

DECRETO N°

TEMUCO,

VISTOS:

239

21 JUL 2026

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 2026, que Aprueba Convenio "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.

N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2026.

gasto en su ejecución para el municipio por un monto de \$ 9.134.689.

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/DVV/JZR/NBP/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.



MUNICIPIO DE TEMUCO
Ministerio de Salud
DEPARTAMENTO DE PARTES 5524
PROVIDENCIA
FECHA ENTREGA 14 JUL 2026
F. DOC. N°
RESPONDEDOR ANTES DE

POP/INB/GMH/MSC

37

REF.: Aprueba Convenio "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

RESOLUCION EXENTA N° 16996

TEMUCO, 13 JUL 2026

VISTOS; estos antecedentes:

1. Resolución Exenta N° 967 de fecha 02 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, que Aprueba Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud.
2. Resolución Exenta N° 248 de fecha 24 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, que asigna recursos destinados a financiar el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud.
3. Ley de Presupuesto N° 21.796 que establece el presupuesto del Sector Público para el año 2026.
4. El Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.
5. Memorándum N° 32 de fecha 10 de febrero de 2026, del Departamento Jurídico, en el cual da Visto Bueno a formato tipo de Convenios año 2026, asociados a los Programas vinculados a recursos de Atención Primaria de Salud, complementado por correo electrónico de fecha 17 de febrero de 2026 del Departamento Jurídico.
6. Convenio Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, suscrito con fecha 25 de junio de 2026, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

1. Que, por Resolución Exenta individualizada en Visto N° 1, se aprueba Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, año 2026.
2. Que, por Resolución Exenta individualizada en Visto N° 2, se informan recursos del Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, año 2026.

3. Que, por Memorándum del Visto N° 5, se da visto bueno por parte de Departamento Jurídico a formato tipo de Convenios año 2026, asociados a los Programas vinculados a recursos de Atención Primaria de Salud.
4. Que con fecha 25 de junio de 2026, se suscribió Convenio Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

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. Ley N° 19.799/02, sobre Documentos electrónicos, Firma Electrónica y Servicios de Certificación de dicha firma.
3. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
4. D.F.L. 1/19.414/97 del M. de Salud;
5. Decreto N° 37/2026 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director/a del Servicio de Salud Araucanía Sur.
6. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica.
7. Ley N° 19.378. establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal
8. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos
9. Resol N° 36/2024 y N° 03/2026 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. APRUÉBASE, el Convenio Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, suscrito con fecha 25 de junio de 2026, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, que se entiende parte integrante de esta resolución, cuyas cláusulas son las siguientes:

En Temuco, a 25 de Junio de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, Temuco, representada por su Subdirector Médico (S), **DR. IVAN NIESEL BARRIENTOS**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **ROBERTO NEIRA ABURTO**, 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.º 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 4to del Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, 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, emanadas del Ministerio de Salud e incorporando a la Atención Primaria 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.

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N° 967 de fecha 02 de diciembre de 2025, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignándosele recursos a través de Resolución Exenta N° 248 de fecha 24 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

Propósito: Personas acceden oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo general: Disponer de los recursos y procesos que permitan que las personas con enfermedades crónicas accedan oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

Objetivos específicos:

1. Otorgar acceso oportuno a medicamentos (del listado definido en las Orientaciones Técnicas del FOFAR), insumos y dispositivos médicos, a personas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
2. Fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los Servicios de Salud, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos, así como dar acceso a servicios farmacéuticos a la población beneficiaria de los establecimientos de salud.

CUARTA: Los componentes del Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, son los siguientes:

COMPONENTE	PRODUCTOS
Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y	1. Las recetas se despachan total y oportunamente a personas con enfermedades crónicas en control de Salud Cardiovascular.
	2. Las personas que reciben medicamentos asociados a este programa son parte de la población bajo control de salud cardiovascular.
	3. Los reclamos de los usuarios atinentes al programa son solucionados (acta firmada de entrega de medicamentos) dentro de 24 horas hábiles.

Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.	4. Los Servicios de Salud cuentan con stock de seguridad de los medicamentos del programa, lo que permite apoyar a los establecimientos de salud en caso de desabastecimiento de alguno de estos medicamentos.
	5. La merma acumulada de productos farmacéuticos en establecimientos de la comuna o Servicios de Salud debe ser menor al 0,99% (línea base nacional) cumplir como merma acumulada por el establecimiento en el periodo a monitorizar.
	6. Entrega de Servicios Farmacéuticos, a través del profesional Químico Farmacéutico, lo cual permitirá mejorar la adherencia farmacológica a sus tratamientos de las personas beneficiarias de este programa.
	7. Se cuenta con atención permanente de botiquines/farmacia de Centros de Salud Familiar durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, incluyendo extensión horaria. Además de verificar que posea stock crítico de medicamentos descritos en Orientación Técnica vigente.
	8. Se realiza la entrega de medicamentos en domicilio de acuerdo con los lineamientos señalados en Orientación Técnica vigente, en énfasis a personas con dependencia severa, sus cuidadores y adultos mayores de Establecimientos de Larga Estadía de Adulto Mayor (ELEAM) y Centros Diurnos de Adultos Mayor (CEDIAM).
	9. Se realizan curaciones avanzadas de ulcera de pie diabético y ulcera venosa por Enfermera capacitada, lo cual permite una evolución favorable del paciente.

QUINTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$557.000.000.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ECNTs EN APS		
ESTRATEGIA	DETALLE	TOTAL \$ CONVENIO
Medicamentos	Según OOTT vigente	\$392.395.832
RRHH	01 químico/a Farmacéutico/a 44 horas	\$26.852.136
RRHH	04 TENS 44 horas	\$35.204.565
RRHH	01 Enfermero/a 11 horas	\$4.438.482
Insumos Curación de Pie Diabético	Según OOTT vigente	\$41.214.318
Entrega Fármacos Domicilio CSF Amanecer	RRHH TENS 44 horas	\$8.699.784
	Movilización	\$12.734.310
Entrega Fármacos Domicilio CSF Labranza	RRHH TENS 44 horas	\$8.699.784
Insumos Úlcera Venosa	Según OOTT vigente	\$26.760.789
TOTAL PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ECNTs EN APS		\$557.000.000

SEXTA: El Municipio se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, coordinando la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas.

Las partes acuerdan el acceso preferente para los usuarios del Subsistema "Seguridades y Oportunidades" de la Ley N°20.595 por éste para estrategias específicas, según lo establecido en la glosa 4 del Programa APS de la Ley de Presupuesto del sector público vigente para el año 2026.

SEPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

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.

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la **reliquidación** del Programa.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de junio de cada año, se deberá informar en informe modelo que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 70%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global de programa	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 70%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
< a 40,00%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Segunda evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al 31 de diciembre de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición

Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para la adquisición de insumos destinados a fortalecer o mejorar las acciones contempladas en el Programa, siempre dentro del mismo año presupuestario. A su vez, los Servicios de Salud deberán solicitar autorización a referente del programa de la División de Atención Primaria para proceder con dicha autorización.

OCTAVA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del **Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**, de los siguientes indicadores y metas:

Indicadores primarios (sujetos a reliquidación)

Indicador N° 1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

- **Fórmula:** $(\text{Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado} / \text{Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado}) \times 100$.
- **Numerador:** Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en periodo evaluado.
Con oportunidad: se define como la receta despachada completamente al momento y al día de la solicitud de despacho realizada por la persona beneficiaria del programa.
- **Denominador:** Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en el periodo evaluado.
Solicitada: corresponde aquellas recetas que son requeridas en los botiquines/farmacias para su despacho por las personas beneficiarias.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección I Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular.
- **Meta 1:** 100% de las recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular son despachadas con oportunidad y en su totalidad al momento de ser solicitadas en los botiquines/farmacias de los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección I.1 (COL11) / REM A 04 Sección I COL11 + COL12.

Para cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud se debe tomar en cuenta el porcentaje total de establecimientos que forman parte del programa en su respectiva red asistencial.

En los casos en que un establecimiento de salud entregue tratamiento farmacológico por dos meses, se deberá registrar en el REM A04 Sección I.1 la dispensación correspondiente a dos recetas.

El indicador N°1 permite obtener información clave para el cumplimiento de accesibilidad de los medicamentos a la población beneficiaria, como son:

- Porcentaje y volumen de cumplimiento.
- Brecha entre fármacos solicitados y entregados.
- Brecha en la oportunidad de la entrega por medicamento.
- N° de días de demora en la dispensación por medicamento.
- Fármacos con mayor brecha en la dispensación por oportunidad y completitud.

De la gestión de fármacos es posible hacer seguimiento de:

- Distribución de fármacos según estado (cumplida, incumplida por oportunidad, incumplida por completitud).
- Distribución de fármacos según brecha de completitud.
- Distribución de fármacos según brecha de oportunidad.

El listado de medicamentos asociados los controles de salud cardiovascular a considerar, para tributar a este indicador y al REM A04 sección J se encuentra en Anexo N° 7 de la OOT Programa FOFAR vigente.

Indicador N° 2: Porcentaje de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado.

- **Fórmula:** $(\text{Número de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado} / \text{Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado}) \times 100$.
- **Numerador:** Número de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado.
- **Denominador:** Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección I Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular y REM P04 sección A, Población bajo control de Salud Cardiovascular.

- **Meta 2:** 100% de las personas en control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Semestral, anual
- **Ruta REM:** REM P 03 Sección A COL01.

Se estima que cerca del 100% de las personas bajo control de salud cardiovascular tienen indicación de tratamiento farmacológico, el cual se entrega mensualmente. Por lo tanto, para la evaluación de este indicador, se deberá considerar lo siguiente:

Todas las recetas que incluyan al menos un medicamento listado en el Anexo N°7 de las OOT Programa FOFAR deberán ser registradas.

Se deberá identificar a todas las personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria durante el período evaluado

Indicador N° 3: Porcentaje establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo y se encuentran funcionando en extensión horaria, en el periodo evaluado.

- **Fórmula:** $(N^{\circ} \text{ de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20\% CPM) del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado} / N^{\circ} \text{ Total de establecimientos de Atención Primaria de Salud supervisados en el periodo evaluado}) * 100.$
- **Numerador:** (N° de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20% CPM) del del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado.
- **Denominador:** N° Total de establecimientos supervisados de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) * 100.
- **Medio de verificación:** Pauta de evaluación de disponibilidad de medicamentos del Programa Fondo de Farmacia.
- **Meta 3:** 100% de los establecimientos supervisados cumplen con el stock mínimo y el botiquín/farmacia se encuentra funcionamiento en extensión horaria.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.

- I. Se debe evaluar que el centro de salud disponga de un stock de a lo menos un 20% del Consumo Promedio Mensual (CPM) de los medicamentos señalados en Anexo N° 8 de la OOT Programa FOFAR vigente, entendiéndose para tal efecto, por CPM, como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita.
- II. Los Servicios de Salud deberán realizar a lo menos tres visitas mensuales en extensión horaria a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de su jurisdicción, para evaluar la existencia de stock mínimo disponible (a lo menos un 20% del CPM) del listado de medicamentos

- definidos en el Programa y supervisar que el botiquín/farmacia se encuentre funcionando en extensión horaria.
- III. En los casos de que el Centro de Salud Familiar, quede a una distancia de traslado mayor a 3 horas desde el Servicio de Salud, o que el traslado deba realizarse vía aérea, se podrá realizar esta supervisión vía telemática (vía sistema de ficha electrónica o a través de una videollamada).
 - IV. Dicha evaluación quedará registrada mediante la aplicación de una Pauta que evidencie la existencia del stock mínimo, la cual será consolidada en informe semestral remitido por el Servicio de Salud a referente técnico del Programa. La Pauta de evaluación estará contenida en las Orientaciones Técnicas del Programa.
 - V. En aquellas comunas que no tienen Centros de Salud Familiar el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.

Indicador N° 4: Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas.

- **Fórmula:** (Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado/Total de actividades farmacéuticas programadas durante el año evaluado) x 100.
- **Numerador:** Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total de actividades programadas durante el año evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección H.1, Servicios Farmacéuticos.
- **Meta 4:** 50% de cumplimiento a junio y 100% cumplimiento de las actividades comprometidas a diciembre.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección H.1 (Σ actividades registradas en el periodo evaluado (COL02).

Si el cumplimiento indicador N° 4 es inferior al 50% y 100% según corte, se deberá ponderar el resultado obtenido, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del indicador, Corte junio	Porcentaje cumplimiento global del indicador, Corte diciembre	Porcentaje de ponderación del indicador
≥ 50%	100%	20
Entre 40,00% y 49,99%	Entre 90,00% y 99,99%	15
Entre 30,00% y 39,99%	Entre 80,00% y 89,99%	10
Entre 20,00% y 29,99%	Entre 70,00% y 79,99%	5
< a 20%	< a 70%	0

- I. Para este indicador, las definiciones y rendimiento de las actividades farmacéuticas se encuentran descritas en la Orientación Técnica de programación en red vigente al año.

- II. Se debe considerar, que los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas que reciben recursos del Programa FOFAR y que cuentan con profesional Químico Farmacéutico (44 horas) deberán destinar al menos 11 horas semanales, para realizar actividades farmacéuticas o en su efecto un proporcional respecto de las horas contratadas (33 hrs. 22 hrs. u 11 hrs.).
- III. Quedan excluidos de este indicador, aquellos profesionales Químicos Farmacéuticos con dedicación exclusiva en Droguería y aquellos con dedicación exclusiva gestión comunal.
- IV. En el caso de que la comuna, no cuente con horas de Químico Farmacéutico, el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.

Indicadores secundarios. No sujetos a reliquidación, el no cumplimiento de estos indicadores puede condicionar la entrega de recursos del año siguiente.

Indicador N° 5: Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.

- **Fórmula:** (Número de reclamos solucionados en menos de 24 horas/Total de reclamos recibidos) x 100.
- **Numerador:** Número de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.
- **Denominador:** Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa.
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, registro proporcionado por cada Servicio de Salud o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR.
- **Meta 5:** 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.

Es importante considerar que las “24 horas hábiles” se refiere al tiempo que transcurre entre el momento que se genera el reclamo y las siguientes 24 horas, sin considerar los días de fin de semana ni feriados.

Indicador N° 6: Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total de medicamentos adquiridos.

- **Fórmula:** (Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado / Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado) x 100.
- **Numerador:** Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL (informes corte programado) y/o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 6:** 0.99% de merma comunal.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.

El cumplimiento del indicador N°6 es inferior al 100%, se deberá ponderar su resultado obtenido de acuerdo con el siguiente cuadro:

Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
$X \leq 0,99\%$	100%
$1,24\% \geq X \leq 1,00\%$	75%
$1,49\% \geq X \leq 1,25\%$	50%
$2,00\% \geq X \leq 1,50\%$	25%
$X > 2,00\%$	0%

El monitoreo del **indicador 6, mermas**, se realizará mediante una fórmula de cálculo dentro de las plataformas MINSAL disponibles, o mediante el registro proporcionado por cada SS, el que se construirá con las siguientes consideraciones para cada establecimiento:

- I. Se considerará como merma todo aquel medicamento que se encuentre vencido, deteriorado, extraviado o bien que no esté apto para dispensar a usuarios.
- II. La valoración de las mermas e inventario se debe realizar en conformidad a lo establecido en las Normas Internacionales Contables para el Sector Público (NICSP).
- III. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa) y el precio ponderado de cada medicamento.
- IV. En forma semestral los municipios deberán enviar el consolidado de mermas generadas tanto en los establecimientos como en bodegas o droguerías comunales en conjunto con el inventario realizado de las mismas. Este informe debe considerar unidades y monto valorizado.

Indicador N° 7: Inventarios valorizados de medicamentos del Programa FOFAR.

- **Fórmula:** (N° de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) + inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre) / (N° de comunas + 1 (Droguería del SS) + N° de establecimientos APS dependientes del SS).
- **Numerador:** N° de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) + inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre).
- **Denominador:** N° de comunas + 1 (Droguería del SS) + N° de establecimientos APS dependientes del SS.
- **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
- **Meta 7:** 100% comunas, establecimientos dependientes del SS y la Droguería del SS, realizan informe con detalle del inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre).
- **Frecuencia:** Semestral y anual

- I. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa).
- II. El informe de inventario valorizado deberá contener los stocks disponibles en los establecimientos de salud de la comuna y el stock en Droguería Comunal y deberá considerar el precio ponderado por cada medicamento.
- III. El inventario deberá ser realizado en los meses de junio y diciembre del año en curso.
- IV. Tanto en el numerador como en el denominador, se deberán considerar el total de comunas de la jurisdicción de la Servicio de Salud, stock de la Droguería del SS y los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que reciban financiamiento a través del Programa FOFAR.

Indicador N° 8: Porcentaje de Servicios de Salud y Comunas que cumplan con Recursos Humanos contratado, financiados con el Programa FOFAR (incluye aquellos cargos financiados por Subtítulo N°21 - 22 y 24).

- **Fórmula:** (Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente/Total de Recursos Humanos Asignado a comuna o Servicio de Salud) x 100.
- **Numerador:** Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente.
- **Denominador:** Total de Recursos Humano Asignado a comuna o Servicio de Salud Financiado por el Programa FOFAR.
- **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
- **Meta 8:** 100% de los Servicios de Salud y Comunas cumplan con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.

NOVENA: FINANCIAMIENTO. 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, asociada al subtítulo 24 03 298 "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 glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 57° 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 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de salud Municipal.

DECIMA: 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 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. 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.

DECIMA PRIMERA: TRANSFERENCIA. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad 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 y de acuerdo al siguiente detalle:

En dos cuotas, la primera una vez tramitada la resolución aprobatoria, la que equivale al 70% del valor total de la cuota y la segunda que equivale al 30% del total del convenio, durante el mes de octubre del presente año, sujeto a la evaluación del cumplimiento de metas y en los términos que se señala en el programa

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
70,00%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

DECIMA SEGUNDA: Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 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 República "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. Esto deberá ser 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 aceptarán 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 República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

DECIMA TERCERA: El Servicio, 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.

DECIMA CUARTA: 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.

El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del 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.

DECIMA QUINTA: 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.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA SEPTIMA: 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 6° de la Ley 19862.

DECIMA OCTAVA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente 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 (según corresponda) del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, que el Sr. Alcalde solicite vía oficio la continuidad del Convenio, adjuntando un informe el estado de avance técnico financiero al 30 de noviembre del año en curso.

Sin perjuicio de ello, por razones de buen servicio y del cumplimiento de las obligaciones legales y constitucionales que tiene el SERVICIO, para con los beneficiarios legales, las prestaciones se iniciarán desde el 1° de enero de 2026 con anterioridad a la fecha de vigencia del convenio, quedando su pago condicionado a la total tramitación de la resolución aprobatoria, todo ello en conformidad a lo establecido en el Dictamen N° 11.189 de 2008 del Organismo Contralor ya referido.

DECIMA NOVENA: La personería de **ROBERTO NEIRA ABURTO** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en el decreto N° 5208 de fecha 06 de diciembre 2024. Por su parte, la personería de **DR. IVAN NIESEL BARRIENTOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resol N° 98 de fecha 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

VIGESIMA: El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y el otro en poder del Servicio de Salud.

2. **IMPÚTESE** el gasto que irrogue el presente convenio al Ítem 24-03-298 del Presupuesto del Servicio de Salud, según la naturaleza del mismo.

3. **NOTIFÍQUESE**, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


(PDF) DR. CRISTIAN OYANADER PARRA
SUBDIRECTOR MÉDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

DISTRIBUCION:

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



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR CONVENIO PROGRAMA FONDO DE FARMACIA COMUNA DE TEMUCO

POP/GMH/MSC

En Temuco, a 25 de Junio de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, Temuco, representada por su Subdirector Médico (S), **DR. IVAN NIESEL BARRIENTOS**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **ROBERTO NEIRA ABURTO**, 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.º 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 4to del Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, 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, emanadas del Ministerio de Salud e incorporando a la Atención Primaria 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 Trasmisibles en Atención Primaria de Salud**.

El referido Programa aprobado por **Resolución Exenta N° 967 de fecha 02 de diciembre de 2025**, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignándosele recursos a través de **Resolución Exenta N° 248 de fecha 24 de febrero de 2026**, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

Propósito: Personas acceden oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo general: Disponer de los recursos y procesos que permitan que las personas con enfermedades crónicas accedan oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

Objetivos específicos:

1. Otorgar acceso oportuno a medicamentos (del listado definido en las Orientaciones Técnicas del FOFAR), insumos y dispositivos médicos, a personas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
2. Fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los Servicios de Salud, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos, así como dar acceso a servicios farmacéuticos a la población beneficiaria de los establecimientos de salud.

CUARTA: Los componentes del **Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**, son los siguientes:

COMPONENTE	PRODUCTOS
Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.	1. Las recetas se despachan total y oportunamente a personas con enfermedades crónicas en control de Salud Cardiovascular.
	2. Las personas que reciben medicamentos asociados a este programa son parte de la población bajo control de salud cardiovascular.
	3. Los reclamos de los usuarios atinentes al programa son solucionados (acta firmada de entrega de medicamentos) dentro de 24 horas hábiles.
	4. Los Servicios de Salud cuentan con stock de seguridad de los medicamentos del programa, lo que permite apoyar a los establecimientos de salud en caso de desabastecimiento de alguno de estos medicamentos.
	5. La merma acumulada de productos farmacéuticos en establecimientos de la comuna o Servicios de Salud debe ser menor al 0,99% (línea base nacional) cumplir como merma acumulada por el establecimiento en el periodo a monitorizar.
	6. Entrega de Servicios Farmacéuticos, a través del profesional Químico Farmacéutico, lo cual permitirá mejorar la adherencia farmacológica a sus tratamientos de las personas beneficiarias de este programa.
	7. Se cuenta con atención permanente de botiquines/farmacia de Centros de Salud Familiar durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, incluyendo extensión horaria. Además de verificar que posea stock crítico de medicamentos descritos en Orientación Técnica vigente.
	8. Se realiza la entrega de medicamentos en domicilio de acuerdo con los lineamientos señalados en Orientación Técnica vigente, en énfasis a personas con dependencia severa, sus cuidadores y adultos mayores de Establecimientos de Larga Estadía de Adulto Mayor (ELEAM) y Centros Diurnos de Adultos Mayor (CEDIAM).
	9. Se realizan curaciones avanzadas de ulcera de pie diabético y ulcera venosa por Enfermera capacitada, lo cual permite una evolución favorable del paciente.

QUINTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$557.000.000.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ECNTs EN APS		
ESTRATEGIA	DETALLE	TOTAL \$ CONVENIO
Medicamentos	Según OOTT vigente	\$392.395.832
RRHH	01 químico/a Farmacéutico/a 44 horas	\$26.852.136
RRHH	04 TENS 44 horas	\$35.204.565
RRHH	01 Enfermero/a 11 horas	\$4.438.482
Insumos Curación de Pie Diabético	Según OOTT vigente	\$41.214.318
Entrega Fármacos Domicilio CSF Amanecer	RRHH TENS 44 horas	\$8.699.784
	Movilización	\$12.734.310
Entrega Fármacos Domicilio CSF Labranza	RRHH TENS 44 horas	\$8.699.784
Insumos Úlcera Venosa	Según OOTT vigente	\$26.760.789
TOTAL PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ECNTs EN APS		\$557.000.000

SEXTA: El Municipio se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, coordinando la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas.

Las partes acuerdan el acceso preferente para los usuarios del Subsistema “Seguridades y Oportunidades” de la Ley N°20.595 por éste para estrategias específicas, según lo establecido en la glosa 4 del Programa APS de la Ley de Presupuesto del sector público vigente para el año 2026.

SEPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

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.

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la **reliquidación** del Programa.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de junio de cada año, se deberá informar en informe modelo que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 70%, de acuerdo con el siguiente cuadro:



Porcentaje cumplimiento global de programa	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 70%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
< a 40,00%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.



Segunda evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al 31 de diciembre de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.



En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para la adquisición de insumos destinados a fortalecer o mejorar las acciones contempladas en el Programa, siempre dentro del mismo año presupuestario. A su vez, los Servicios de Salud deberán solicitar autorización a referente del programa de la División de Atención Primaria para proceder con dicha autorización.

OCTAVA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud, de los siguientes indicadores y metas:

Indicadores primarios (sujetos a reliquidación)

Indicador N° 1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

- **Fórmula:** (Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado / Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) x 100.





- **Numerador:** Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en periodo evaluado.

Con oportunidad: se define como la receta despachada completamente al momento y al día de la solicitud de despacho realizada por la persona beneficiaria del programa.

- **Denominador:** Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en el periodo evaluado.

Solicitada: corresponde aquellas recetas que son requeridas en los botiquines/farmacias para su despacho por las personas beneficiarias.

- **Medio de verificación:** REM A04 Sección I Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular.
- **Meta 1:** 100% de las recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular son despachadas con oportunidad y en su totalidad al momento de ser solicitadas en los botiquines/farmacias de los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección I.1 (COL11) / REM A 04 Sección I COL11 + COL12.



Para cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud se debe tomar en cuenta el porcentaje total de establecimientos que forman parte del programa en su respectiva red asistencial.

En los casos en que un establecimiento de salud entregue tratamiento farmacológico por dos meses, se deberá registrar en el REM A04 Sección I.1 la dispensación correspondiente a dos recetas.

El indicador N°1 permite obtener información clave para el cumplimiento de accesibilidad de los medicamentos a la población beneficiaria, como son:



- Porcentaje y volumen de cumplimiento.
- Brecha entre fármacos solicitados y entregados.
- Brecha en la oportunidad de la entrega por medicamento.
- N° de días de demora en la dispensación por medicamento.
- Fármacos con mayor brecha en la dispensación por oportunidad y completitud.

De la gestión de fármacos es posible hacer seguimiento de:

- Distribución de fármacos según estado (cumplida, incumplida por oportunidad, incumplida por completitud).
- Distribución de fármacos según brecha de completitud.
- Distribución de fármacos según brecha de oportunidad.



El listado de medicamentos asociados los controles de salud cardiovascular a considerar, para tributar a este indicador y al REM A04 sección J se encuentra en Anexo N° 7 de la OOTT Programa FOFAR vigente.

Indicador N° 2: Porcentaje de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el período evaluado.

- **Fórmula:** (Número de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado / Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) x 100.
- **Numerador:** Número de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.
- **Denominador:** Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección I Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular y REM P04 sección A, Población bajo control de Salud Cardiovascular.
- **Meta 2:** 100% de las personas en control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Semestral, anual
- **Ruta REM:** REM P 03 Sección A COL01.

Se estima que cerca del 100% de las personas bajo control de salud cardiovascular tienen indicación de tratamiento farmacológico, el cual se entrega mensualmente. Por lo tanto, para la evaluación de este indicador, se deberá considerar lo siguiente:

Todas las recetas que incluyan al menos un medicamento listado en el Anexo N°7 de las OOTT Programa FOFAR deberán ser registradas.

Se deberá identificar a todas las personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria durante el período evaluado

Indicador N° 3: Porcentaje establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo y se encuentran funcionando en extensión horaria, en el periodo evaluado.

- **Fórmula:** (N° de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20% CPM) del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado / N° Total de establecimientos de Atención Primaria de Salud supervisados en el periodo evaluado) * 100.
- **Numerador:** (N° de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20% CPM) del del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado.
- **Denominador:** N° Total de establecimientos supervisados de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) * 100.



- **Medio de verificación:** Pauta de evaluación de disponibilidad de medicamentos del Programa Fondo de Farmacia.
- **Meta 3:** 100% de los establecimientos supervisados cumplen con el stock mínimo y el botiquín/farmacia se encuentra funcionamiento en extensión horaria.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.



- I. Se debe evaluar que el centro de salud disponga de un stock de a lo menos un 20% del Consumo Promedio Mensual (CPM) de los medicamentos señalados en Anexo N° 8 de la OOT Programa FOFAR vigente, entendiéndose para tal efecto, por CPM, como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita.
- II. Los Servicios de Salud deberán realizar a lo menos tres visitas mensuales en extensión horaria a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de su jurisdicción, para evaluar la existencia de stock mínimo disponible (a lo menos un 20% del CPM) del listado de medicamentos definidos en el Programa y supervisar que el botiquín/farmacia se encuentre funcionando en extensión horaria.
- III. En los casos de que el Centro de Salud Familiar, quede a una distancia de traslado mayor a 3 horas desde el Servicio de Salud, o que el traslado deba realizarse vía aérea, se podrá realizar esta supervisión vía telemática (vía sistema de ficha electrónica o a través de una videollamada).
- IV. Dicha evaluación quedará registrada mediante la aplicación de una Pauta que evidencie la existencia del stock mínimo, la cual será consolidada en informe semestral remitido por el Servicio de Salud a referente técnico del Programa. La Pauta de evaluación estará contenida en las Orientaciones Técnicas del Programa.
- V. En aquellas comunas que no tienen Centros de Salud Familiar el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.



Indicador N° 4: Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas.

- **Fórmula:** (Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado/Total de actividades farmacéuticas programadas durante el año evaluado) x 100.
- **Numerador:** Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total de actividades programadas durante el año evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección H.1, Servicios Farmacéuticos.
- **Meta 4:** 50% de cumplimiento a junio y 100% cumplimiento de las actividades comprometidas a diciembre.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección H.1 (Σ actividades registradas en el periodo evaluado (COL02)).



Si el cumplimiento indicador N° 4 es inferior al 50% y 100% según corte, se deberá ponderar el resultado obtenido, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del indicador, Corte junio	Porcentaje cumplimiento global del indicador, Corte diciembre	Porcentaje de ponderación del indicador
≥ 50%	100%	20
Entre 40,00% y 49,99%	Entre 90,00% y 99,99%	15
Entre 30,00% y 39,99%	Entre 80,00% y 89,99%	10
Entre 20,00% y 29,99%	Entre 70,00% y 79,99%	5
< a 20%	< a 70%	0



- I. Para este indicador, las definiciones y rendimiento de las actividades farmacéuticas se encuentran descritas en la Orientación Técnica de programación en red vigente al año.
- II. Se debe considerar, que los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas que reciben recursos del Programa FOFAR y que cuentan con profesional Químico Farmacéutico (44 horas) deberán destinar al menos 11 horas semanales, para realizar actividades farmacéuticas o en su efecto un proporcional respecto de las horas contratadas (33 hrs. 22 hrs. u 11 hrs.).
- III. Quedan excluidos de este indicador, aquellos profesionales Químicos Farmacéuticos con dedicación exclusiva en Droguería y aquellos con dedicación exclusiva gestión comunal.
- IV. En el caso de que la comuna, no cuente con horas de Químico Farmacéutico, el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.



Indicadores secundarios. No sujetos a reliquidación, el no cumplimiento de estos indicadores puede condicionar la entrega de recursos del año siguiente.

Indicador N° 5: Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.

- **Fórmula:** (Número de reclamos solucionados en menos de 24 horas/Total de reclamos recibidos) x 100.
- **Numerador:** Número de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.
- **Denominador:** Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa.
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, registro proporcionado por cada Servicio de Salud o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR.
- **Meta 5:** 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.



Es importante considerar que las “24 horas hábiles” se refiere al tiempo que transcurre entre el momento que se genera el reclamo y las siguientes 24 horas, sin considerar los días de fin de semana ni feriados.

Indicador N° 6: Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total de medicamentos adquiridos.



- **Fórmula:** (Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado / Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado) x 100.
- **Numerador:** Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL (informes corte programado) y/o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 6:** 0.99% de merma comunal.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.



El cumplimiento del indicador N°6 es inferior al 100%, se deberá ponderar su resultado obtenido de acuerdo con el siguiente cuadro:

Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
$X \leq 0,99\%$	100%
$1,24\% \geq X \leq 1,00\%$	75%
$1,49\% \geq X \leq 1,25\%$	50%
$2,00\% \geq X \leq 1,50\%$	25%
$X > 2,00\%$	0%

El monitoreo del **indicador 6, mermas**, se realizará mediante una fórmula de cálculo dentro de las plataformas MINSAL disponibles, o mediante el registro proporcionado por cada SS, el que se construirá con las siguientes consideraciones para cada establecimiento:



- I. Se considerará como merma todo aquel medicamento que se encuentre vencido, deteriorado, extraviado o bien que no esté apto para dispensar a usuarios.
- II. La valoración de las mermas e inventario se debe realizar en conformidad a lo establecido en las Normas Internacionales Contables para el Sector Público (NICSP).
- III. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa) y el precio ponderado de cada medicamento.
- IV. En forma semestral los municipios deberán enviar el consolidado de mermas generadas tanto en los establecimientos como en bodegas o droguerías comunales en conjunto con el inventario realizado de las mismas. Este informe debe considerar unidades y monto valorizado.



Indicador N° 7: Inventarios valorizados de medicamentos del Programa FOFAR.

- **Fórmula:** (N° de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) +



inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre) / (N° de comunas + 1 (Droguería del SS) + N° de establecimientos APS dependientes del SS).

- **Numerador:** N° de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) + inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre).
- **Denominador:** N° de comunas + 1 (Droguería del SS) + N° de establecimientos APS dependientes del SS.
- **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
- **Meta 7:** 100% comunas, establecimientos dependientes del SS y la Droguería del SS, realizan informe con detalle del inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre).
- **Frecuencia:** Semestral y anual

- I. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa).
- II. El informe de inventario valorizado deberá contener los stocks disponibles en los establecimientos de salud de la comuna y el stock en Droguería Comunal y deberá considerar el precio ponderado por cada medicamento.
- III. El inventario deberá ser realizado en los meses de junio y diciembre del año en curso.
- IV. Tanto en el numerador como en el denominador, se deberán considerar el total de comunas de la jurisdicción de la Servicio de Salud, stock de la Droguería del SS y los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que reciban financiamiento a través del Programa FOFAR.

Indicador N° 8: Porcentaje de Servicios de Salud y Comunas que cumplan con Recursos Humanos contratado, financiados con el Programa FOFAR (incluye aquellos cargos financiados por Subtítulo N°21 - 22 y 24).

- **Fórmula:** (Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente/Total de Recursos Humanos Asignado a comuna o Servicio de Salud) x 100.
- **Numerador:** Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente.
- **Denominador:** Total de Recursos Humano Asignado a comuna o Servicio de Salud Financiado por el Programa FOFAR.
- **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
- **Meta 8:** 100% de los Servicios de Salud y Comunas cumplan con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.
- **Frecuencia:** Semestral, anual.

NOVENA: FINANCIAMIENTO. 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, asociada al subtítulo 24 03 298 "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 glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 57° 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 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de salud Municipal.

DECIMA: 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 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. 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.

DECIMA PRIMERA: TRANSFERENCIA. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad 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 y de acuerdo al siguiente detalle:

En **dos cuotas**, la primera una vez tramitada la resolución aprobatoria, la que equivale al 70% del valor total de la cuota y la segunda que equivale al 30% del total del convenio, durante el mes de octubre del presente año, sujeto a la evaluación del cumplimiento de metas y en los términos que se señala en el programa

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
70,00%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

DECIMA SEGUNDA: 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 República "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. Esto deberá ser 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 aceptarán 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 República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

DECIMA TERCERA: El Servicio, 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.

DECIMA CUARTA: 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.

El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del 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.

DECIMA QUINTA: 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.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA SEPTIMA: 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 6° de la Ley 19862.

DECIMA OCTAVA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **1° de enero** hasta el **31 de diciembre de 2026**. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente 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 (según corresponda) del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, que el Sr. Alcalde solicite vía oficio la continuidad del Convenio, adjuntando un informe el estado de avance técnico financiero al 30 de noviembre del año en curso.

Sin perjuicio de ello, por razones de buen servicio y del cumplimiento de las obligaciones legales y constitucionales que tiene el SERVICIO, para con los beneficiarios legales, las prestaciones se iniciarán desde el 1° de enero de 2026 con anterioridad a la fecha de vigencia del convenio, quedando su pago condicionado a la total tramitación de la resolución aprobatoria, todo ello en conformidad a lo establecido en el Dictamen N° 11.189 de 2008 del Organismo Contralor ya referido.

DECIMA NOVENA: La personería de **ROBERTO NEIRA ABURTO** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en el decreto N° 5208 de fecha 06 de diciembre 2024. Por su parte, la personería de **DR. IVAN NIESEL BARRIENTOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resol N° 98 de fecha 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

VIGESIMA: El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y el otro en poder del Servicio de Salud.


ROBERTO NEIRA ABURTO
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO


(PDF) DR. IVAN NIESEL BARRIENTOS
SUBDIRECTOR MÉDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR


Vº Bº
D. Asesoría Jurídica


GESTIÓN TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE SALUD


JEFE UNIDAD DE CONVENIOS
DEPARTAMENTO DE SALUD


JEFE GESTIÓN ADM Y FZAS
DEPARTAMENTO DE SALUD


DIRECTOR
DEPARTAMENTO DE SALUD