

DECRETO N°

179

TEMUCO,

16 JUN 2026

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N°1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N°164 de 1981, N°39 y N°711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N°19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- El Decreto Alcaldicio N° 5170 de fecha 15 de diciembre de 2025, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2026.
- 5.- Res. Exenta N° 5649 de fecha 13 de febrero de 2025, que aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 6.- Res. Exenta N° 31666 de fecha 22 de diciembre de 2025, que aprueba Prórroga para dar Continuidad Convenio para la ejecución "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 7.- Res. Exenta N° 11887 de fecha 11 de mayo de 2026, que aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 8.- El Decreto Alcaldicio N° 1404 de fecha 04 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, Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 2.- El presente Convenio No generará mayor gasto en su ejecución para el municipio.
- 3.- 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/DVY/ESS/NBP/MRA/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
3782
PROVIDENCIA: _____
FECHA ENTRADA: **14 MAY 2026**
Ministerio de Salud
RESPONDER ANTES DE
Gobierno de Chile

REF.: Aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

RESOLUCION EXENTA Nº **11887**/

TEMUCO, **11 MAYO 2026**

POP/SGB/GMH/CÑM/MPLC

VISTOS; estos antecedentes:

1. Resolución Exenta N° 1033 de fecha 30 de diciembre de 2024, del Ministerio de Salud, que Aprueba Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria.
2. Resolución Exenta N° 146 de fecha 09 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, que asigna recursos destinados a financiar el Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria.
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. Resolución Exenta N° 31666 de fecha 22 de diciembre de 2025, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que autoriza Prórroga para dar continuidad al Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, suscrito con la Municipalidad de Temuco.
6. Oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026 de la Municipalidad de Temuco, mediante el cual solicita la continuidad de los convenios suscritos durante el año 2025 y rinde saldo no ejecutado de los recursos asignados para el año 2025.
7. 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.
8. Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, suscrito con fecha 23 de marzo 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 Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, año 2026.

2. Que, por Resolución Exenta individualizada en Visto N° 2, se informan recursos del Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, año 2026.
3. Que, por Resolución Exenta N° 31666 del Visto N° 5, se autorizó Prórroga para dar continuidad al Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, suscrito con la Municipalidad de Temuco, estableciéndose que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice, 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.
4. Que, por Oficio N° 42 del Visto N° 6, se cumple con rendición de saldo no ejecutado de los recursos asignados para el año 2025 y la solicitud de la continuidad de los convenios.
5. Que, por Memorándum del Visto N° 7, 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.
6. Que con fecha 23 de marzo de 2026, se suscribió Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, 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 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. APRUÉBASE, el Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, suscrito con fecha 23 de marzo 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 23 de marzo 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. PABLO VALDES BALTERA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, 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 **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N°26 de fecha 15 de enero de 2026 y Resolución Exenta N°265 de fecha 02 de marzo de 2026 que modifica la Resolución Exenta N° 26, que se entiende forman parte integrante del mismo.

TERCERA: Que a través de Resolución Exenta N° 31666, de fecha 22 de diciembre de 2025, se autorizó la prórroga a contar del 1ro de enero del año 2026 de la ejecución del Programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA** de Convenio suscrito con la Municipalidad de **TEMUCO**, estableciéndose en su resuelto N° 10 que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice, 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.

CUARTA: Que la Municipalidad ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del Programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, a través de oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026.

QUINTA: Que, por este acto, las partes acuerdan dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 31666, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo y considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

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

Propósito: Contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y hospitales comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria, centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

Objetivo general: Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Objetivos específicos:

- a) Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria".
- b) Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- c) Implementar el cuidado integral centrado en la persona según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónica.

Los componentes del Programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA** son los siguientes:

Componente	Productos esperados
Componente 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario. La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 3 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.	1. Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas. 2. Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal. 3. Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.
Componente 2: Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	1. Planes de mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud. 2. Evaluación de los avances planificados.
Componente 3: Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	1. Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.

	2. Población estratificada según riesgo. 3. Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos. 4. Equipo de salud con actualización de conocimientos. 5. Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.
--	--

SÉPTIMA: 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 **\$ 150.793.867.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

Establecimiento	Componente 1, 2 y 3		Monto \$
CESFAM LABRANZA	\$8.552.700		\$8.552.700
CESFAM AMANECER	\$12.105.503		\$12.105.503
CESFAM SANTA ROSA	\$8.552.700		\$8.552.700
CESFAM MONSEÑOR VALECH	\$5.677.130		\$5.677.130
CESFAM VILLA ALEGRE	\$7.425.756		\$7.425.756
CESFAM EL CARMEN	\$8.006.479		\$8.006.479
CECOSF LAS QUILAS	\$2.213.640		\$2.213.640
CECOSF ARQUENCO	\$2.213.640		\$2.213.640
CECOSF VILLA EL SALAR	\$2.213.640		\$2.213.640
Establecimiento	Componente 1 y 2	*Componente 3	Monto \$
DSM TEMUCO	\$ -	\$10.170.353	\$10.170.353
CESFAM PUEBLO NUEVO	\$5.608.339	\$36.222.824	\$41.831.163
CESFAM PEDRO DE VALDIVIA	\$5.608.339	\$36.222.824	\$41.831.163
Total			\$ 150.793.867.-

*Del recurso financiero individualizado como **COMPONENTE 3**, deberá resguardarse al menos las siguientes contrataciones:

Gobernanza	N° funcionarios	N° meses
Profesional por comuna en DSM (22 horas)	1	12
Para establecimientos de salud	N° funcionarios	N° meses
Profesional (44 horas)	1	12
TENS (44 horas)	1	12
Refuerzo horas medicas o QF (11 horas en total)	1	12

OCTAVA: 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 por éste para estrategias específicas.

NOVENA: 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 de sus objetivos.

Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejoras a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo de año.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación:

- **La primera evaluación se realizará con corte 30 de abril:** El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, indicando los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del Programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el séptimo día hábil del mes de mayo del año respectivo, a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 22 de mayo del año en curso, el informe consolidado.
- **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto del año, de acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado 10 indicadores y medios de verificación. El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el séptimo día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 17 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

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 sea inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

- **La tercera evaluación y final,** se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá estar ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

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.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendiendo el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la

reliquidación del programa. Excepcionalmente cuando exista razones fundamentadas que causen el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL 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 y evaluación de las metas al final del periodo, por cada centro de salud en convenio.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y 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 exista continuidad del presente programa.

DÉCIMA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, de los siguientes indicadores y metas:

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y /o autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal. Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar	Numerador: N° de centros de salud evaluados y /o autoevaluados conforme instrumentos definidos Denominador: N° de Centros de Salud comprometidos a evaluar y /o autoevaluar	100% de los centros de salud comprometidos con aplicación del instrumento definido.	“Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmada	Plataforma de convenios.	15%	25%
Componente 2 Implementar, plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: N° de actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	25%	35%
Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento

Componente 3. Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometido con agendamiento según nivel de estratificación.	Informe de avance cual-cuantificativo de establecimientos o comuna, emitido por Servicio de Salud.	20%	20%
	Ingresos a cuidados integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado	Numerador N° de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado Denominador N° total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral.	REM A 05	20%	20%

- Los establecimientos con recursos específicos para el desarrollo del COMPONENTE 3 tendrán como meta para el año 2026, ingresar a ECICEP: **CESFAM PUEBLO NUEVO** al 30% y **CESFAM PEDRO DE VALDIVIA** 35% de la población estratificada. El 50% de estos ingresos deberán estar centrados en población G3. Los establecimientos de salud que no tienen recursos financieros diferenciados para la implementación del COMPONENTE 3, tendrán como meta mínima para el año 2026, los ingresos programados en aplicativo *Programación de SSASUR*. Detalle a continuación:

	CECOSF ARQUENCO	CECOSF LAS QUILAS	CECOSF VILLA EL SALAR	CESFAM AMANECER	CESFAM EL CARMEN	CESFAM LABRANZA	CESFAM SANTA ROSA	CESFAM VILLA ALEGRE	C.S.D.A M. SERGIO VALECH
Actividad	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año
Ingreso g3 (Dupla)	30	12	30	46	140	400	158	50	45
Ingreso g1 y g2	13	150	0	0	140	0	0	35	387
META SEGÚN PROGRAMACION 2026	43	162	30	46	280	400	158	85	432

DÉCIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: 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**

DÉCIMA TERCERA: 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

DÉCIMA CUARTA: 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.

DÉCIMA QUINTA: 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.

DÉCIMA SEXTA: 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.

DÉCIMA SÉPTIMA: 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.

DÉCIMA OCTAVA: 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.

DÉCIMA NOVENA: 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.

VIGÉSIMA: 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.

VIGÉSIMA PRIMERA: 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 de 2025. Por su parte, la personería de **DR. PABLO VALDÉS BALTERA**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resol N° 98 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

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

2. **IMPÚTESE** el gasto que irroge 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. PABLO VALDÉS BALTERA
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 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
COMUNA DE TEMUCO

POP/SGB/CNM/MPLC/GMH

En Temuco, a 23 de marzo 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. PABLO VALDÉS BALTERA**, 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 **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N°26 de fecha 15 de enero de 2026 y Resolución Exenta N°265 de fecha 02 de marzo de 2026 que modifica la Resolución Exenta N° 26, que se entiende forman parte integrante del mismo.

TERCERA: Que a través de Resolución Exenta N° 31666, de fecha 22 de diciembre de 2025, se autorizó la prórroga a contar del 1ro de enero del año 2026 de la ejecución del Programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA** de Convenio suscrito con la Municipalidad de **TEMUCO**, estableciéndose en su resuelto N° 10 que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice, 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.

CUARTA: Que la Municipalidad ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del Programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**, a través de oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026.

QUINTA: Que, por este acto, las partes acuerdan dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 31666, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo y considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

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

Propósito: Contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y hospitales comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria, centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

Objetivo general: Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Objetivos específicos:

- Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria".
- Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Implementar el cuidado integral centrado en la persona según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónica.

Los componentes del Programa MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA son los siguientes:

Componente	Productos esperados
Componente 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario. La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 3 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.	- Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas. - Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal. - Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Componente 2: Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	1. Planes de mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud. 2. Evaluación de los avances planificados.
Componente 3: Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	1. Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención. 2. Población estratificada según riesgo. 3. Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos. 4. Equipo de salud con actualización de conocimientos. 5. Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.

SEPTIMA: 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 \$ 150.793.867.-, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

Establecimiento	Componente 1, 2 y 3		Monto \$
CESFAM LABRANZA	\$8.552.700		\$8.552.700
CESFAM AMANECER	\$12.105.503		\$12.105.503
CESFAM SANTA ROSA	\$8.552.700		\$8.552.700
CESFAM MONSEÑOR VALECH	\$5.677.130		\$5.677.130
CESFAM VILLA ALEGRE	\$7.425.756		\$7.425.756
CESFAM EL CARMEN	\$8.006.479		\$8.006.479
CECOSF LAS QUILAS	\$2.213.640		\$2.213.640
CECOSF ARQUENCO	\$2.213.640		\$2.213.640
CECOSF VILLA EL SALAR	\$2.213.640		\$2.213.640
Establecimiento	Componente 1 y 2	*Componente 3	Monto \$
DSM TEMUCO	\$ -	\$10.170.353	\$10.170.353
CESFAM PUEBLO NUEVO	\$5.608.339	\$36.222.824	\$41.831.163
CESFAM PEDRO DE VALDIVIA	\$5.608.339	\$36.222.824	\$41.831.163
Total			\$ 150.793.867.-

*Del recurso financiero individualizado como **COMPONENTE 3**, deberá resguardarse al menos las siguientes contrataciones:

Gobernanza	N° funcionarios	N° meses
Profesional por comuna en DSM (22 horas)	1	12
Para establecimientos de salud	N° funcionarios	N° meses
Profesional (44 horas)	1	12
TENS (44 horas)	1	12
Refuerzo horas medicas o QF (11 horas en total)	1	12

OCTAVA: 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 por éste para estrategias específicas.

NOVENA: 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 de sus objetivos.

Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejoras a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo de año.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación:

- **La primera evaluación se realizará con corte 30 de abril:** El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, indicando los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del Programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el séptimo día hábil del mes de mayo del año respectivo, a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 22 de mayo del año en curso, el informe consolidado.

La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año, de acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado 10 indicadores y medios de verificación. El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el séptimo día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 17 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

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 sea inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá estar ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

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.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendiendo el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa. Excepcionalmente cuando exista razones fundamentadas que causen el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas, A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL 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 y evaluación de las metas al final del periodo, por cada centro de salud en convenio.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y 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 exista continuidad del presente programa.

DECIMA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, de los siguientes indicadores y metas:





Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y /o autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	Numerador: Nº de centros de salud evaluados y /o autoevaluados conforme instrumentos definidos Denominador: Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar y /o autoevaluar	100% de los centros de salud comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Quando no aplique este indicador
	Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar					
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmada	Plataforma de convenios.	15%	25%
Componente 2 Implementar, plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: Nº de actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	25%	35%
Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento



Componente 3.
Implementar, el Cuidado Integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometido con agendamiento según nivel de estratificación.	Informe de avance cual-cuantificativo de establecimientos o comuna, emitido por Servicio de Salud.	20%	20%
Ingresos a cuidados integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado	Numerador N° de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado Denominador N° total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral.	REM A 05	20%	20%

Los establecimientos con recursos específicos para el desarrollo del COMPONENTE 3 tendrán como meta para el año 2026, ingresar a ECICEP: **CESFAM PUEBLO NUEVO** al 30% y **CESFAM PEDRO DE VALDIVIA** 35% de la población estratificada. El 50% de estos ingresos deberán estar centrados en población G3. Los establecimientos de salud que no tienen recursos financieros diferenciados para la implementación del COMPONENTE 3, tendrán como meta mínima para el año 2026, los ingresos programados en aplicativo *Programación de SSASUR*. Detalle a continuación:

	CECOSF ARQUENCO	CECOSF LAS QUILAS	CECOSF VILLA EL SALAR	CESFAM AMANECER	CESFAM EL CARMEN	CESFAM LABRANZA	CESFAM SANTA ROSA	CESFAM VILLA ALEGRE	C.S.D.A M. SERGIO VALECH
Actividad	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año	N° Act. Año
Ingreso g3 (Dupla)	30	12	30	46	140	400	158	50	45
Ingreso g1 y g2	13	150	0	0	140	0	0	35	387
META SEGÚN PROGRAMACION 2026	43	162	30	46	280	400	158	85	432

DECIMA PRIMERA: 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 SEGUNDA: 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 TERCERA: 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

DECIMA CUARTA: 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 QUINTA: 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 SEXTA: 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 SEPTIMA: 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 OCTAVA: 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 NOVENA: 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.

VIGESIMA: 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.

VIGESIMA PRIMERA: 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 de 2024. Por su parte, la personería de **DR. PABLO VALDÉS BALTERA**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resol N° 98 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

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

