

**APRUEBA RESOLUCIÓN EXENTA N°1103 DEL
CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE
CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE
TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA, AÑO 2025.-**

DECRETO ALCALDICIO N° 4758 /2025

ARICA, 12 DE MAYO 2025

VISTOS:

Las facultades que me confieren la Ley N°18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones; la Resolución N°07 del 26.03.2019, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; la Ley N°19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada;

CONSIDERANDO:

- a) La necesidad de aprobar la Resolución Exenta N°1103 de fecha 30 de abril de 2025 del Servicio de Salud Arica de la ejecución del "**Convenio Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en Atención Primaria Municipal, Comuna de Arica, Año 2025**" suscrito entre el Servicio de Salud Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica;

DECRETO:

1. APRUÉBASE la Resolución Exenta N°1103 de fecha 30 de abril de 2025 del Servicio de Salud Arica de la ejecución del "**Convenio Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en Atención Primaria Municipal, Comuna de Arica, Año 2025**" suscrito entre el Servicio de Salud Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica".

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio la Dirección de Salud Municipal, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

ANÓTESE, NOTIFIQUESE Y ARCHÍVESE.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y fines procedentes.



CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL



SR. ORLANDO VARGAS PIZARRO
ALCALDE DE ARICA



GES 20 años

DEPTO. DE ASESORIA JURÍDICA
N° 0404 30-04-2025)
PPSM/MICA

APRUEBA «CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025», SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO DE SALUD ARICA Y PARINACOTA Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ARICA.

RESOLUCIÓN N°
Exenta

1103

ARICA, 30 ABR. 2025

COPIA

VISTOS: El «CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025»; el Decreto N°140, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Las facultades conferidas en el Decreto N°11 de 17 de mayo de 2024, del Ministerio de Salud, sobre nombramiento en calidad de Directora Titular del Servicio de Salud Arica y Parinacota.; La Resolución N°36 de 2024 y la N° 08 de 2025, ambas de la Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del trámite de toma de razón y las atribuciones y facultades conferidas mediante Decreto de Fuerza Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que con fecha 31 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Arica y Parinacota, representado por su Director (S) Sr. Alfredo Figueroa Seguel, por una parte; y la Ilustre Municipalidad de Arica, representado por su Alcalde Sr. Orlando Vargas Pizarro, por la otra; se procedió a suscribir el denominado «**CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025**»;
- 2.- Que el Convenio suscrito por las partes fue recibido en el Departamento de Asesoría Jurídica con fecha 30 de abril del año en curso;
- 3.- Que, el Programa en cuestión fue aprobado mediante la **Resolución Exenta N°1054** del 31 de diciembre del 2024 del Ministerio de Salud (orientaciones técnicas);
- 4.- Que el Programa tiene respaldo de recursos financieros de acuerdo con lo establecido mediante la **Resolución Exenta N°166** de 18 de febrero del 2025, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos al programa;
- 5.- El **Compromiso Presupuestario N°1183/2025**, de 06 de marzo de 2025, refrendado con fecha 07 de marzo de 2025, por la Encargada de Presupuesto(S) y el Jefe del Subdepartamento Financiero;
- 6.- Que, conforme a los antecedentes señalados,

RESUELVO:

1.- APRUÉBESE EL «CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025»; suscrito el día 04 de abril de 2025, entre el Servicio de Salud Arica y Parinacota y la Ilustre Municipalidad de Arica; instrumento que se inserta íntegramente a continuación y se entiende formar parte del presente acto administrativo para todos los efectos legales que deriven de su aplicación:

CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025

En Arica, a 31 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Arica y Parinacota, RUT N° 61.606.000-7, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 18 Septiembre N°1000, Edificio "N", 2do. Piso, de esta ciudad, representado por su Director (S) Sr. Alfredo Figueroa Seguel, RUN N° [REDACTED] Ingeniero Comercial, de ese mismo domicilio, en adelante "**El Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, de la ciudad de Arica, representada por su Alcalde Sr. Orlando Vargas Pizarro, RUN N° [REDACTED] técnico mecánico industrial, de ese mismo domicilio, en adelante

2

“La Municipalidad”, se ha acordado celebrar el presente convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N°19.378, en su artículo 56 inc. 3, establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: *“En el caso que las normas técnicas, planes y Programas que se imparten 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 Decreto Supremo del Ministerio de Salud que determina el aporte estatal a las municipalidades que indica, 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 y de la modernización de la Atención Primaria 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 impulsado el **Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS**.

El referido programa ha sido aprobado por la **Resolución Exenta N° 1054 de fecha 31 de diciembre de 2024** del Ministerio de Salud que se anexa al presente convenio y que se entiende formar parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Este convenio tiene respaldo de recursos financieros en la **Resolución Exenta N°166 de fecha 18 de febrero 2025** del Ministerio de Salud.

El propósito del programa es que personas inscritas en establecimientos de atención primaria de salud cuentan con detección de cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino tiene demostradas posibilidades de pesquisa y tratamiento precoz, con alto costo efectividad. El presente programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso a grupo de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para cáncer cérvico uterino no esté vigente en atención primaria de salud, por lo que con esta estrategia se puede esperar una reducción del 80% de la tasa acumulada de cáncer invasor.

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria.
- B. Incrementar las acciones de contactabilidad y rescate para mujeres, y personas transmasculinos con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, ha asignado a la Municipalidad de Arica recursos destinados a financiar la prestación que se define en los siguientes componentes del **“Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS”**.

Componente N° 1: Mujeres y personas transmasculinos de 25-64 años, que no tienen tamizaje para cáncer cervicouterino, que forman parte de la brecha para lograr una cobertura de 80% de tamizaje en la población.

Criterios de priorización de la población objetivo:

1.1 Se priorizan las siguientes personas en el programa:

- Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Se debe cruzar mujeres del grupo etario de la base inscritos con nómina de mujeres entregada por Citoweb, Revican o Desarrollo Propio.
- Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación interna (revisión de ficha y consultar en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
- Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).

1.2 Fuente de información:

- Registro local
- Planilla de Monitoreo local, formato MINSAL (ANEXO 1, 2 y 3)
- REM; Serie A, Serie P, Serie BM
- Población inscrita validada FONASA.

2. ESTRATEGIA

El programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso a dos grupos, el primero es para mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para cáncer cérvico uterino no esté vigente en atención primaria de salud y el segundo es para población en control de salud cardiovascular en la APS y con diagnóstico de DM2 y otras condiciones de salud, según criterios de priorización (numeral 4.2).

3. Cuadro Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Nombre Componente	Descripción
Detección precoz de cáncer cérvico uterino	<p>Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria.</p> <p>Este componente tiene 2 acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles). <ol style="list-style-type: none"> a. Extensión horaria matrn (a) b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre 2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino

4. Descripción de Subcomponentes

4.1 Subcomponente 1.1: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (Anexo 2)

- A. Servicio provisto:** Controles ginecológicos con tamizaje para cáncer cervicouterino a mujeres, personas transmasculino de 25 a 64 años, complementarios a la oferta habitual.
- B. Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:
 - i. Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar controles ginecológicos preventivos en horario de

17:00 a 20:00 horas, lunes a viernes y/o sábados, considerando población objetivo y contexto del territorio determinado por el diagnóstico local

Es función de los servicios de salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria:

- 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

De acuerdo con realidad territorial, se podrán considerar otras estrategias complementarias a la oferta habitual, distintas de extensión horaria autorizadas por el servicio de salud.

ii. Coordinación y planificación local:

- Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cervicouterino no vigente.
- Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial.

El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

También se recomienda asignar 2 horas mensuales por establecimiento para la elaboración de reporte mensual del indicador para envío al Servicio de Salud.

Las horas financiadas por el PRAPS, deben ser utilizadas sólo para realización de los controles ginecológicos con tamizaje CaCu.

c. Programación de espacios físicos e insumos: según estrategia local.

Para extensión horaria, el uso de espacios será el box ginecológico del establecimiento y los insumos a utilizar serán del mismo origen para la toma de tamizaje en oferta habitual.

En servicios o comunas con clínicas ginecológicas móviles, el equipamiento está considerado para el dispositivo móvil y los insumos a utilizar serán del mismo origen que la toma de tamizaje en oferta habitual, junto con un refuerzo de financiamiento por el programa. La operación de la clínica móvil debe ser dedicada exclusivamente a la realización de controles ginecológicos.

d. Registros:

En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL, Anexo 2.)
- REM A01 Sección G. Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)
- REM A01 Sección H. Programa de cáncer de cuello uterino: VPH Tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS). Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH.
- REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)".

4.2 Subcomponente 1.2: Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. (Anexo 3)

- A. **Servicio provisto:** Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino que den como resultado un contacto efectivo.

Se entenderá por contacto efectivo al rescate por medio de contactabilidad, en que se logra contactar a la persona y ésta queda agendada a control. Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento, serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, esté apagado, fuera de servicio o equivocado.

- B. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:

- i. **Coordinación general:** Para la ejecución se asignará financiamiento a cada comuna seleccionada para realizar rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigente en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial).

ii. **Coordinación y planificación local:**

- a. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para cáncer cérvico uterino.

- b. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Administrativo o TENS para contabilidad de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. Esto considera 3 horas diarias de extensión horaria, 1-2 día a la semana (3-6 horas semanales) para rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigentes en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial). Las funciones del/la administrativa o TENS, son exclusivas para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 asociada al programa, no se debe asignar otras funciones del establecimiento.

- c. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).

- d. **Ejecución de los procedimientos de rescate y citación** Cada centro de salud establece la nómina de personas de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cérvico uterino no vigente a contactar. Se espera que las personas contactadas, tengan un resultado en el agendamiento a tamizaje, para ello se recomienda entrenar al administrativo/TENS en la temática.
Se debe usar los siguientes criterios para dar prioridad de rescate:

- Nunca PAP: Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Para obtener la nómina de usuarias se cruzan bases de datos de mujeres de 25 a 64 años del grupo etario de la base de inscritos FONASA con nómina de mujeres extraída de plataformas de citología (Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- PAP atrasado: Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio)
- PAP atrasado por derivación: Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por Derivación interna (revisión de ficha y consulta en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico)
- PAP atrasado por derivación intersector: Derivación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector)

Registros:

- Registro local
- Planilla de monitoreo (Anexo 3)

- REM

5. Estrategia de intervención del Programa

Considera la implementación de 3 estrategias que permite el logro del objetivo:

- **Realización de controles ginecológicos preventivos en extensión horaria** (17 a 20 hrs. lunes a viernes y/o sábados) en los establecimientos de APS en todo el territorio nacional, esto permite disponer de una oferta de prestaciones en un horario coherente a las necesidades individuales y de cuidado familiar de las usuarias/os. Además, existe oferta de tamizaje CaCu con reforzamiento por subtítulo 21 en establecimientos dependientes de servicio de salud.
- **Rescate y citación de mujeres y personas transmascuino de 25 a 64 con tamizaje CaCu no vigente;** con estas acciones se logra alcanzar a personas con mayor riesgo de cursar una lesión asociada CaCu por falta de detección oportuna.
- **Acercamiento territorial a través de la adquisición/operación de atención extramuro en clínicas ginecológicas móviles** (o carros ginecológicos de arrastre) en territorios cuya cobertura y realidad territorial o geográfica lo requieran. De este modo, se garantiza, el acceso y oportunidad a mujeres que presentan barreras para el uso de servicios, entre otras cosas, por razones laborales y de cuidados. Los tamizajes CaCu realizados en esta modalidad deben considerarse en la programación y ejecución.

6. Indicadores de Componente, Detección precoz de cáncer cérvico uterino:

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t en relación al año t-1	$\left(\frac{\text{Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t} - \text{tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1}}{\text{Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1}} \right) \times 100$	REM A01 Sección G Programad e cáncer de cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario) **	Julio: Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto a mismo periodo año anterior Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	20%

		1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	(N° de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t / N° de tamizajes CaCu programados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t) x 100	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 90% cumplimiento de programación	50%
1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	Complementarios	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	(N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t / N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo (Anexo 1)	Julio: 21% Diciembre: 63%***	20%
1.2 Contactabilidad y rescate de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.		1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo (Anexo 1)	Julio: 70% Diciembre: 70%	10%

** Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH, en donde se sumarán ambos exámenes (sección G + sección H)

***porcentaje calculado en relación con que el 70% de los cupos para control ginecológico provienen de un rescate activo por administrativo, el 30% de derivación interna. El denominador de la fórmula "N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar" se calcula en relación la cantidad de cupos de agenda que el administrativo debe llenar (debería coincidir con el denominador del indicador 1.1.2 de tamizajes programados o ser mayor en caso de que localmente se haya decidido agendar cupos habituales más sobrecupos)

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes mencionado en la cláusula tercera, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud de Arica, asigna a la Municipalidad de Arica la suma total y anual de **\$ 24.876.624 (Veinticuatro millones, ochocientos setenta y seis mil, seiscientos veinticuatro pesos m/n)** Según el siguiente detalle:

Los recursos serán transferidos en dos cuotas (70%-30%), la primera cuota de **\$17.413.636,2 (diecisiete millones cuatrocientos trece mil seiscientos treinta y seis coma 8 pesos m/n.-)** contra total tramitación del presente convenio y su resolución aprobatoria y la segunda cuota de **\$7.462.987,2 (siete millones cuatrocientos sesenta y dos mil novecientos ochenta y siete coma dos pesos m/n.-)** contra el grado de cumplimiento del programa de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 6 de esta cláusula.

El monto para financiar este convenio será imputado al Ítem Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica 2025.

Componente N°1: Detección Precoz de Cáncer cérvico uterino y cáncer de mama

REQUERIMIENTOS	MONTO	DESCRIPCIÓN DETALLE	Y MEDIOS VERIFICADORES
Recurso Humano Remuneraciones pagadas RRHH Valor hora matrona \$7.655	\$19.517.087	Contratación de 15 horas semanales de Profesional Matrona en horario extensión horaria y/o día sábados para control ginecológico preventivo. QUE NO CUENTEN CON EL PAP Vigente o nunca PAP	- Boletas de honorarios - Contratos a Honorarios - Informe de actividades
Recurso Humano	\$4.922.189	Contratación de horas de Administrativo en horario hábil para el rescate y citación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con controles ginecológicos postergados, QUE NO CUENTEN CON EL PAP Vigente o nunca PAP	- Boletas de honorarios - Contratos a Honorarios - Informe de actividades
Operación e Insumos	\$437.348	Recursos para impresión de material educativo promocional e insumos.	-Facturas
Monto Total Componente		24.876.624	

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y del Servicio y que a continuación se señalan:

1. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes de servicio de salud para los dos componentes del programa, de tal forma que permita generar acciones oportunas para el cumplimiento de metas.

El proceso de evaluación del programa se realizará de la siguiente forma:

N°	Fecha corte	Fecha envío MINSAL
1	31 de julio	20 de agosto
2	31 de diciembre	20 de enero del año siguiente

- **Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año 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 40%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60%	0%
Entre 50% y 59,9%	50%
Entre 40% y 49,9%	75%
Menos del 40%	100%

Para el indicador 1.1.1 y 1.1.2 del componente, se realizará evaluación a nivel central, utilizando como fuente REM A01.

Para la evaluación cada servicio de salud debe entregar el siguiente reporte por comuna y establecimiento dependiente:

- Planilla por Servicio de Salud (formato MINSAL), que informe el número de controles ginecológicos con tamizaje CaCu programados y planilla por servicio de salud (formato MINSAL Anexo 1), debe ser enviada a medida que se tramiten los convenios con las comunas y antes del 30 de marzo del año en curso.
- Planilla de Monitoreo de Tamizaje CaCu: contactabilidad (formato MINSAL, Anexo 3): Se debe llenar por servicio de salud una planilla de reporte con datos al 30 de julio del año en curso, relativo al Subcomponente 1.2, indicador 1.2.1 y 1.2.2 con información por cada comuna (municipal) y establecimiento dependiente.

El Servicio de Salud deberá enviar las planillas en formato MINSAL, con información comunal, para ello deberá verificar consistencia de la planilla consolidada, y enviar a nivel central sólo el monitoreo del indicador comunal. La fuente se construye a partir del consolidado que realiza la comuna y envía al Servicio (planilla provista por SS).

En este corte se aplica evaluación de meta, la que estará sujeta a reliquidación por no cumplimiento. En caso de no cumplimiento de la meta al corte, la comuna deberá presentar un informe de justificación y plan de mejora al servicio de salud.

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 a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 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 podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el 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 que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

Monitoreo de Indicadores y medios de verificación

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del programa, mediante el monitoreo y constatación de la realización de la actividad propuesta. La medición del componente se efectuará conforme a la contratación de Recurso Humano y cumplimientos de los subcomponentes definida en la cláusula tercera.

Los medios de verificación que deben presentar los profesionales contratados para el pago mensual son los siguientes:

- Boleta de honorarios.
- Contrato a honorarios.
- Informe de actividades mensuales.
- REM

2.FINANCIAMIENTO Y RELIQUIDACIÓN

a. Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 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 con el marco presupuestario asignado

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".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 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. 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 con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

SEXTA: El Servicio de Salud Arica y Parínacota requerirá a la Municipalidad de Arica los datos e informes relativos a la ejecución del programa y las estrategias específicas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Lo anterior, sin perjuicio de la información que el Servicio pueda solicitar para auditorías internas o en aquellos casos en que lo estime pertinente.

SÉPTIMA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepartamento de Recursos Financieros y el encargado técnico del Programa Cáncer Cervicouterino del Servicio.

Para los efectos de la administración de fondos que serán transferidos, la Municipalidad se obliga a utilizar las normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, dictada por la Contraloría General de la República mediante Res. N° 30 del 11 de marzo de 2015.

Sin perjuicio de lo anterior, La Municipalidad deberá observar lo siguiente:

- a) Solicitar la transferencia electrónica de los recursos y remitir al Servicio el comprobante de ingreso en la cuenta de terceros de la Municipalidad a más tardar dentro del plazo de diez días hábiles contados desde la transferencia de los recursos.
- b) Rendir cuenta mensual de los ingresos y gastos del periodo, a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles siguientes al mes informado.
- c) Rendir cuenta final de la inversión de los recursos transferidos a más tardar dentro del periodo de treinta días hábiles de finalizada la vigencia del Convenio.
- d) La Municipalidad de Arica tendrá la obligación de mantener a disposición de la Contraloría General de la República, toda la documentación que da cuenta de los gastos realizados en los términos establecidos en la referida Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

La Municipalidad se obliga a disponer de los medios verificadores técnicos y financieros (descritos anteriormente), el cual debe ser informado en plataforma SISREC.

OCTAVA: Las partes convienen en fijar la vigencia del presente convenio desde la notificación de la resolución aprobatoria del presente convenio hasta el 31 de diciembre del año en curso. La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados.

Además, las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados. La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad, deberá restituir aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este convenio, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 7 o en el que fuere pertinente, de la Ley de Presupuesto del año respectivo. Que, con posterioridad a la restitución de los montos no utilizados por parte de la Municipalidad a Rentas Generales de la Nación, en el plazo indicado por la Ley de presupuestos respectiva (si así lo indicare), de igual forma el Servicio de Salud realizará análisis financiero del Convenio en base al análisis de informe técnico, a través de visita de parte del Subdepartamento de Recursos Financieros al área financiera de la Municipalidad para análisis de documentos de respaldo de gastos. Luego, emitirá su informe y dará conformidad al gasto ejecutado o en su defecto solicitará el reintegro de aquellos recursos que no hayan sido ejecutados conforme a lo establecido en el presente convenio.

NOVENA: El Servicio de Salud Arica y Parinacota no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad de Arica se exceda en los fondos destinados por el Servicio de salud Arica y Parinacota para la ejecución del mismo, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA: El Servicio no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, a la Ilustre Municipalidad de Arica, no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por la Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA PRIMERA: La Personería del Sr. Alfredo Figueroa Seguel, para actuar en representación del Servicio de Salud Arica y Parinacota, emana del Decreto Exento N°41 de fecha 24 de julio de 2024, del Ministerio de Salud, que informa sobre la subrogancia al cargo de Director del mismo.

La personería del Sr. Orlando Vargas Pizarro para representar a la I. Municipalidad de Arica, consta en el Decreto Alcaldicio N° 5435/2024, de 06 de diciembre de 2024.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en Cuatro (04) ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio Oficina de partes) y uno (1) en el Departamento de Gestión de Recursos Financieros en APS del Ministerio de Salud.

Anexo 1
 Monitoreo componente 1 PRAPS Continuidad de cuidados preventivos
 Trimestre

Servicio de salud, Referente

MONITOREO COMPONENTE 1 PRAPS CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS 2025

Corte	enero a abril
Referente	

N°	Comuna	Subcomponente 1.2 Contactabilidad y restate de personas con tamizaje no vigente										Caracterización Gestión de demanda				
		1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)					Caracterización Gestión de demanda					Meta	N° contactos no efectivos	%		
		1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año 2025/ N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agendas, año 2025) x 100					Caracterización Gestión de demanda					(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en año 2025 / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año 2025) x 100				
		Numerador (contactos programados en la estrategia al año)	Denominador (pacientes programados en la estrategia al año)	Complimiento	Meta	N° cupos agenda al corte	N° de cupos agenda al corte	%	N° NEP	%	Numerador (contacto efectivo)	Denominador (personas contactadas rosas al corte)	Complimiento	Meta	N° contactos no efectivos	%
1		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
2		#DIV/0!	#DIV/0!		25%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
3		#DIV/0!	#DIV/0!		25%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
4		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
5		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
6		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
7		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
8		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
9		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
10		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
11		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
12		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
13		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
14		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
15		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
16		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
17		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
18		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
19		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
20		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
21		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
22		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
23		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
24		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	
25		#DIV/0!	#DIV/0!		20%	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!		0	#DIV/0!	#DIV/0!	70%	#DIV/0!	

Anexo 3

Registro local semanal contactabilidad y rescate de mujeres con controles ginecológicos postergados ADMINISTRATIVOS				1era semana	2da semana	3era semana	4ta semana	TOTAL
Modalidad (marcar x)	Extensión horaria	Gestión agenda (número)	Contatos efectivos semanales					
	Carro móvil		Cupos a contactar semanales (programados)					
Administrativo/a			Contactos No efectivos					
Total, de horas trabajadas en el mes			Cupos regulares					
Establecimiento			Sobrecupos=					
N°	Fecha (dd/mm/aa)	Nombre	Edad	Tipo (efectivo/no efectivo)				

Cupos efectivos semanales: corresponde al contacto que se logra con la persona y este queda agendado para control

Cupos a contactar semanales (programados): Corresponde a los cupos programados a contactar por el administrativo, se compone de los cupos regulares (3 por hora) más sobrecupo (1 por hora) / cupos de atención que el administrativo debe llenar según agenda programada que tenga la profesional, más los sobrecupos programados ¿?

Cupos regulares: del total de cupos a contactar, cuantos de ellos son cupos habituales

Sobrecupos: del total de cupos a contactar, cuantos sobrecupos o cupos por encima de la actividad previamente definida

**Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento. Serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responde, este apagado, fuera de servicio o equivocado.

2.-DÉJASE CONSTANCIA que con la aprobación del convenio que por el presente acto se aprueba, se pone término a cualquier prórroga del mismo celebrada con anterioridad, una vez que el presente convenio se encuentre totalmente tramitado, lo que en ningún caso implica invalidar o dejar sin efecto las acciones desarrolladas en el marco del programa de forma previa al inicio de la vigencia del acuerdo de voluntades.

3.-NOTIFÍQUESE la presente Resolución a la Ilustre Municipalidad de Arica, representada por su Alcalde o quien corresponda, por funcionarios de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arica y Parinacota.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Patricia Sanhueza Zenobio

**SRA. PATRICIA SANHUEZA ZENOBIO
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ARICA Y PARINACOTA**

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes.

- Depto. Programación Financiera de APS MINSAL
- I. Municipalidad de Arica (2)
- Subdirección de Gestión Asistencial SSAP
- Subdepartamento de Dirección en Atención Primaria SSAP
- Encargado/a de Programa SSAP Rocío Silva Jiménez
- Subdepartamento Financiero SSAP
- Depto. de Auditoría SSAP
- Depto. de Asesoría Jurídica SSAP
- Oficina de Partes SSAP



Andrea Guajardo Villarroel

**MINI ANDREA GUAJARDO VILLARROEL
MINISTRO DE FE**



GES 20
años
CAMPESINOS EN ACCIÓN
EN SALUD

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA
PPSM/PCP/MC/AJ/DT/FF/MLTP/RSD

CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, COMUNA DE ARICA 2025

En Arica, a 31 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Arica y Parinacota, RUT N° 61.606.000-7, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 18 Septiembre N°1000, Edificio "N", 2do. Piso, de esta ciudad, representado por su Director (S) Sr. Alfredo Figueroa Seguel, RUN N° [REDACTED], Ingeniero Comercial, de ese mismo domicilio, en adelante "El Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, de la ciudad de Arica, representada por su Alcalde Sr. Orlando Vargas Pizarro, RUN N° [REDACTED], técnico mecánico industrial, de ese mismo domicilio, en adelante "La Municipalidad", se ha acordado celebrar el presente convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N°19.378, en su artículo 56 inc. 3, establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "*En el caso que las normas técnicas, planes y Programas que se imparten 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 Decreto Supremo del Ministerio de Salud que determina el aporte estatal a las municipalidades que indica, 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 y de la modernización de la Atención Primaria 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 impulsado el **Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS**.

El referido programa ha sido aprobado por la **Resolución Exenta N° 1054 de fecha 31 de diciembre de 2024** del Ministerio de Salud que se anexa al presente convenio y que se entiende formar parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Asimismo, por la suscripción del presente Convenio, las partes vienen en dejar constancia que se pone término a cualquier prórroga del mismo celebrada con anterioridad, en especial la aprobada por medio de la Resolución Exenta N° 2856 de fecha 19 de diciembre 2024, que autoriza la prórroga del "Convenio Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y Tratamiento en Atención Primaria de Salud, Comuna Arica" para el año 2025, una vez que el presente convenio se encuentre totalmente tramitado, lo que en ningún caso implica invalidar o dejar sin efecto las acciones desarrolladas en el marco del programa de forma previa al inicio del actual acuerdo de voluntades.

Este convenio tiene respaldo de recursos financieros en la **Resolución Exenta N°166 de fecha 18 de febrero 2025** del Ministerio de Salud.

El propósito del programa es que personas inscritas en establecimientos de atención primaria de salud cuentan con detección de cáncer cervicouterino.

El cáncer cervicouterino tiene demostradas posibilidades de pesquisa y tratamiento precoz, con alto costo efectividad. El presente programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso a grupo de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para cáncer cérvico uterino no esté vigente en atención primaria de salud, por lo que con esta estrategia se puede esperar una reducción del 80% de la tasa acumulada de cáncer invasor.

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el acceso, oportunidad y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos a mujeres o personas transmasculinos con tamizaje para cáncer cervicouterino

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos a mujeres y personas transmasculinos de 25-64 años, cuyo examen de tamizaje para Cáncer Cervicouterino se encuentre no vigente en los establecimientos de atención primaria.
- B. Incrementar las acciones de contactabilidad y rescate a mujeres y personas transmasculinos entre 25-64 años, cuyo exámen de tamizaje para Cáncer Cervicouterino se encuentre no vigente o nunca realizado.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, ha asignado a la Municipalidad de Arica recursos destinados a financiar la prestación que se define en los siguientes componentes del "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS".

Componente N° 1: Mujeres y personas transmasculinos entre 25-64 años, cuyo exámen de tamizaje para cáncer cervicouterino, se encuentre no vigente o nunca realizado.

Criterios de priorización de la población objetivo:

1.1 Se priorizan las siguientes personas en el programa:

- Mujeres de 25 a 64 años inscritas en los centros de salud que nunca se han realizado tamizaje para cáncer cervicouterino. Para ello, se debe utilizar listado de usuarias inscritas cotejando con los datos proporcionados a través de plataforma Citoweb, Revican o Desarrollo local.
- Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje no vigente (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente derivadas/os a través de ficha clínica electrónica (revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
- Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (intersector).

1.2 Fuente de información:

- Registro local
- Planilla de Monitoreo local, formato MINSAL (ANEXO 1, 2 y 3)
- REM; Serie A, Serie P, Serie BM
- Población inscrita validada FONASA.

2. ESTRATEGIA



El programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso hacia las mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para cáncer cérvico uterino no esté vigente o nunca realizado.

3. Cuadro Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Nombre Componente	Descripción
Detección precoz de cáncer cérvico uterino	<p>Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria.</p> <p>Este componente tiene 2 acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles). <ol style="list-style-type: none"> a. Extensión horaria matrón (a) Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre 2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino

4. Descripción de Subcomponentes

4.1 Subcomponente 1.1: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (Anexo 2)

- A. **Servicio provisto:** Controles ginecológicos con tamizaje para cáncer cervicouterino a mujeres, personas transmasculino de 25 a 64 años, complementarios a la oferta habitual.
- B. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:
 - i. **Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar controles ginecológicos preventivos en horario de 17:00 a 20:00 horas, lunes a viernes y/o sábados, considerando población objetivo y contexto del territorio determinado por el diagnóstico local

Es función de los servicios de salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria:

- 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

De acuerdo con la realidad territorial, se podrán considerar otras estrategias complementarias a la oferta habitual, distintas de extensión horaria autorizadas por el servicio de salud.

- ii. **Coordinación y planificación local:**

- a. **Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cervicouterino no vigente.



- b. **Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial.

El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

También se recomienda asignar 2 horas mensuales por establecimiento para la elaboración de reporte mensual del indicador para envío al Servicio de Salud.

Las horas financiadas por el PRAPS, deben ser utilizadas sólo para realización de los controles ginecológicos con tamizaje CaCu.

- c. **Programación de espacios físicos e insumos:** según estrategia local.

Para extensión horaria, el uso de espacios será el box ginecológico del establecimiento y los insumos a utilizar serán del mismo origen para la toma de tamizaje en oferta habitual.

En servicios o comunas con clínicas ginecológicas móviles, el equipamiento está considerado para el dispositivo móvil y los insumos a utilizar serán del mismo origen que la toma de tamizaje en oferta habitual, junto con un refuerzo de financiamiento por el programa. La operación de la clínica móvil debe ser dedicada exclusivamente a la realización de controles ginecológicos.

- d. **Registros:**

En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL, Anexo 2.)
- REM A01 Sección G. Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)
- REM A01 Sección H. Programa de cáncer de cuello uterino: VPH Tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS). Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH.
- REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)".

4.2 Subcomponente 1.2: Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. (Anexo 3)

- A. **Servicio provisto:** Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino que den como resultado un contacto efectivo.

Se entenderá por contacto efectivo al rescate por medio de contactabilidad, en que se logra contactar a la persona y ésta queda agendada a control. Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento, serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, esté apagado, fuera de servicio o equivocado.

- B. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:

- I. **Coordinación general:** Para la ejecución se asignará financiamiento a cada comuna seleccionada para realizar rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje

para CaCu no vigente en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial).

II. Coordinación y planificación local:

- a. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para cáncer cérvico uterino.
- b. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Administrativo o TENS para contabilidad de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. Esto considera 3 horas diarias de extensión horaria, 1-2 día a la semana (3-6 horas semanales) para rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigentes en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial). Las funciones del/la administrativa o TENS, son exclusivas para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 asociada al programa, no se debe asignar otras funciones del establecimiento.
- c. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).
- d. **Ejecución de los procedimientos de rescate y citación** Cada centro de salud establece la nómina de personas de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cérvico uterino no vigente a contactar. Se espera que las personas contactadas, tengan un resultado en el agendamiento a tamizaje, para ello se recomienda entrenar al administrativo/TENS en la temática.
Se debe usar los siguientes criterios para dar prioridad de rescate:
 - Nunca PAP: Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Para obtener la nómina de usuarias se cruzan bases de datos de mujeres de 25 a 64 años del grupo etario de la base de inscritos FONASA con nómina de mujeres extraída de plataformas de citología (Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
 - PAP atrasado: Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio)
 - PAP atrasado por derivación: Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por Derivación interna (revisión de ficha y consulta en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico)
 - PAP atrasado por derivación intersector: Derivación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector)

Registros:

- Registro local
- Planilla de monitoreo (Anexo 3)
- REM

5. Estrategia de intervención del Programa

Considera la implementación de 3 estrategias que permite el logro del objetivo:

- **Realización de controles ginecológicos preventivos en extensión horaria** (17 a 20 hrs. lunes a viernes y/o sábados) en los establecimientos de APS en todo el territorio nacional, esto permite disponer de una oferta de prestaciones en un horario coherente a las necesidades individuales y de cuidado familiar de las usuarias/os. Además, existe oferta de tamizaje CaCu con reforzamiento por subtítulo 21 en establecimientos dependientes del servicio de salud.

- **Rescate y citación de mujeres y personas transmascuino de 25 a 64 con tamizaje CaCu no vigente;** con estas acciones se logra alcanzar a personas con mayor riesgo de cursar una lesión asociada CaCu por falta de detección oportuna.
- **Acercamiento territorial a través de la adquisición/operación de atención extramuro en clínicas ginecológicas móviles** (o carros ginecológicos de arrastre) en territorios cuya cobertura y realidad territorial o geográfica lo requieran. De este modo, se garantiza el acceso y oportunidad a mujeres que presentan barreras para el uso de servicios, entre otras cosas, por razones laborales y de cuidados. Los tamizajes CaCu realizados en esta modalidad deben considerarse en la programación y ejecución.

6. Indicadores de Componente, Detección precoz de cáncer cérvico uterino:

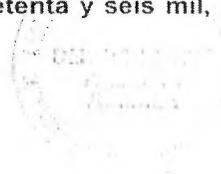
SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t (tratado) en relación al año t-1 (año anterior)	(Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t- tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	REM A01 Sección G Programade cáncer de cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario) **	Julio: Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto a mismo periodo año anterior Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	20%
		1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	(Nº de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t / Nº de tamizajes CaCu programados a mujeres	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 90% cumplimiento de programación	50%

			de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t) x 100			
1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	Complementarios	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	(N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t / N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo (Anexo 1)	Julio: 21% Diciembre 63%***	20%
1.2 Contactabilidad y rescate de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.		1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo (Anexo 1)	Julio: 70% Diciembre: 70%	10%

** Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH, en donde se sumarán ambos exámenes (sección G + sección H)

***porcentaje calculado en relación con que el 70% de los cupos para control ginecológico provienen de un rescate activo por administrativo, el 30% de derivación interna. El denominador de la fórmula "N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar" se calcula en relación la cantidad de cupos de agenda que el administrativo debe llenar (debería coincidir con el denominador del indicador 1.1.2 de tamizajes programados o ser mayor en caso de que localmente se haya decidido agendar cupos habituales más sobrecupos)

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes mencionado en la cláusula tercera, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud de Arica, asigna a la Municipalidad de Arica la suma total y anual de \$ 24.876.624 (Veinticuatro millones, ochocientos setenta y seis mil, seiscientos veinticuatro pesos m/n) Según el siguiente detalle:



Los recursos serán transferidos en dos cuotas (70%-30%), la primera cuota de **\$17.413.637 diecisiete millones cuatrocientos trece mil seiscientos treinta y siete pesos m/n.-)** contra total tramitación del presente convenio y su resolución aprobatoria y la segunda cuota de **\$7.462.987 (siete millones cuatrocientos sesenta y dos mil novecientos ochenta y siete pesos m/n.-)** contra el grado de cumplimiento del programa de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 6 de esta cláusula.

El monto para financiar este convenio será imputado al Ítem Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica 2025.

Componente N°1: Detección Precoz de Cáncer cérvico uterino y cáncer de mama

REQUERIMIENTOS	MONTO	DESCRIPCIÓN DETALLE	Y	MEDIOS VERIFICADORES
Recurso Humanos Remuneraciones pagadas RRHH Valor hora matrona \$7.655	\$19.517.087	Contratación de 15 horas semanales de Profesional Matrona en horario de extensión horaria y/o día sábados para control ginecológico preventivo. QUE NO CUENTEN CON EL PAP Vigente o nunca PAP		- Boletas de honorarios - Contratos a Honorarios - Informe de actividades
Recurso Humano Valor hora Administrativo \$3604	\$4.922.189	Contratación de horas de Administrativo en horario hábil para el rescate y citación de mujeres y personas transmascuino de 25 a 64 años con controles ginecológicos postergados, QUE NO CUENTEN CON EL PAP Vigente o nunca PAP		- Boletas de honorarios - Contratos a Honorarios - Informe de actividades
Operación e Insumos	\$437.348	Recursos para impresión de material educativo promocional e insumos.		-Facturas
Monto Total Componente				24.876.624

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y del Servicio y que a continuación se señalan:

1. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes de servicio de salud para los dos componentes del programa, de tal forma que permita generar acciones oportunas para el cumplimiento de metas.

El proceso de evaluación del programa se realizará de la siguiente forma:

N°	Fecha corte	Fecha envío MINSAL
1	31 de julio	20 de agosto
2	31 de diciembre	20 de enero del año siguiente

- **Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año 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 40%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60%	0%
Entre 50% y 59,9%	50%
Entre 40% y 49,9%	75%
Menos del 40%	100%

Para el indicador 1.1.1 y 1.1.2 del componente, se realizará evaluación a nivel central, utilizando como fuente REM A01.

Para la evaluación cada servicio de salud debe entregar el siguiente reporte por comuna y establecimiento dependiente:

- Planilla por Servicio de Salud (formato MINSAL), que informe el número de controles ginecológicos con tamizaje CaCu programados y planilla por servicio de salud (formato MINSAL Anexo 1), debe ser enviada a medida que se tramiten los convenios con las comunas y antes del 30 de marzo del año en curso.
- Planilla de Monitoreo de Tamizaje CaCu: contactabilidad (formato MINSAL, Anexo 3): Se debe llenar por servicio de salud una planilla de reporte con datos al 30 de julio del año en curso, relativo al Subcomponente 1.2, indicador 1.2.1 y 1.2.2 con información por cada comuna (municipal) y establecimiento dependiente.

El Servicio de Salud deberá enviar las planillas en formato MINSAL, con información comunal, para ello deberá verificar consistencia de la planilla consolidada, y enviar a nivel central sólo el monitoreo del indicador comunal. La fuente se construye a partir del consolidado que realiza la comuna y envía al Servicio (planilla provista por SS).

En este corte se aplica evaluación de meta, la que estará sujeta a reliquidación por no cumplimiento. En caso de no cumplimiento de la meta al corte, la comuna deberá presentar un informe de justificación y plan de mejora al servicio de salud.

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 a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 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 podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el 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 que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

Monitoreo de Indicadores y medios de verificación



El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del programa, mediante el monitoreo y constatación de la realización de la actividad propuesta. La medición del componente se efectuará conforme a la contratación de Recurso Humano y cumplimientos de los subcomponentes definidos en la cláusula tercera.

Los medios de verificación que deben presentar los profesionales contratados para el pago mensual son los siguientes:

- Boleta de honorarios.
- Contrato a honorarios.
- Informe de actividades mensuales.
- REM

2.FINANCIAMIENTO Y RELIQUIDACIÓN

a. Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 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 con el marco presupuestario asignado

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".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 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. 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 con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

SEXTA: El Servicio de Salud Arica y Parinacota requerirá a la Municipalidad de Arica los datos e informes relativos a la ejecución del programa y las estrategias específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Lo anterior, sin perjuicio de la información que el Servicio pueda solicitar para auditorías internas o en aquellos casos en que lo estime pertinente.

SÉPTIMA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepartamento de Recursos Financieros y el encargado técnico del Programa Cáncer Cervicouterino del Servicio.

Para los efectos de la administración de fondos que serán transferidos, la Municipalidad se obliga a utilizar las normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, dictada por la Contraloría General de la República mediante Res. N° 30 del 11 de marzo de 2015.

Sin perjuicio de lo anterior, La Municipalidad deberá observar lo siguiente:

- a) Solicitar la transferencia electrónica de los recursos y remitir al Servicio el comprobante de ingreso en la cuenta de terceros de la Municipalidad a más tardar dentro del plazo de diez días hábiles contados desde la transferencia de los recursos.
- b) Rendir cuenta mensual de los ingresos y gastos del periodo, a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles siguientes al mes informado.
- c) Rendir cuenta final de la inversión de los recursos transferidos a más tardar dentro del periodo de treinta días hábiles de finalizada la vigencia del Convenio.
- d) La Municipalidad de Arica tendrá la obligación de mantener a disposición de la Contraloría General de la República, toda la documentación que da cuenta de los gastos realizados en los términos establecidos en la referida Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

La Municipalidad se obliga a disponer de los medios verificadores técnicos y financieros (descritos anteriormente), el cual debe ser informado en plataforma SISREC.

OCTAVA: Las partes convienen en fijar la vigencia del presente convenio desde la notificación de la resolución aprobatoria del presente convenio hasta el 31 de diciembre del año en curso. La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados.

Además, las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados. La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad, deberá restituir aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este convenio, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 7 o en el que fuere pertinente, de la Ley de Presupuesto del año respectivo. Que, con posterioridad a la restitución de los montos no utilizados por parte de la Municipalidad a Rentas Generales de la Nación, en el plazo indicado por la Ley de presupuestos respectiva (si así lo indicare), de igual forma el Servicio de Salud realizará análisis financiero del Convenio en base al análisis de informe técnico, a través de visita de parte del Subdepartamento de Recursos Financieros al área financiera de la Municipalidad para análisis de documentos de respaldo de gastos. Luego, emitirá su informe y dará conformidad al gasto ejecutado o en su defecto solicitará el reintegro de aquellos recursos que no hayan sido ejecutados conforme a lo establecido en el presente convenio.

NOVENA: El Servicio de Salud Arica y Parinacota no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad de Arica se exceda en los fondos destinados por el Servicio de Salud Arica y Parinacota para la ejecución del mismo, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA: El Servicio no efectuará nuevos giros de recursos hasta que la entidad receptora, esto es, a la Ilustre Municipalidad de Arica, no acredite estar al día con la rendición de cuentas, salvo casos debidamente calificados y expresamente fundados por la Unidad otorgante, en estricto apego a lo dispuesto en el art. 18 de la Res. N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA PRIMERA: La Personería del Sr. Alfredo Figueroa Seguel, para actuar en representación del Servicio de Salud Arica y Parinacota, emana del Decreto Exento N°41 de fecha 24 de julio de 2024, del Ministerio de Salud, que informa subrogancia a el cargo de Director (s) del mismo.

La personería del Sr. Orlando Vargas Pizarro para representar a la I. Municipalidad de Arica, consta en el Decreto Alcaldicio N°5435/2024, de 06 de diciembre de 2024.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en Cuatro (04) ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio Oficina de partes) y uno (1) en el Departamento de Gestión de Recursos Financieros en APS del Ministerio de Salud.



[Handwritten signature]
SR. ORLANDO VARGAS PIZARRO
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
DE ARICA



[Handwritten signature]
SR. ALFREDO FIGUEROA SEGUEL
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD ARICA Y
PARINACOTA



Anexo 3

Registro local semanal contactabilidad y rescate de mujeres con controles ginecológicos postergados ADMINISTRATIVOS		1era semana	2da semana	3era semana	4ta semana	TOTAL
Modalidad (marcar x)	Extensión horaria	Contactos efectivos semanales				
	Cairo móvil					
Administrativo/a	Gestión agenda (número)	Contactos No efectivos				
Total, de horas trabajadas en el mes		Cupos regulares				
Establecimiento		Sobrecupos=				
N°	Fecha (dd/mm/aa)	Nombre	Edad	Tipo (efectivo/no efectivo)		

Cupos efectivos semanales: **corresponde al contacto que se logra con la persona y este queda agendado para control**

Cupos a contactar semanales (programados): **Corresponde a los cupos programados a contactar por el administrativo, se compone de los cupos regulares (3 por hora) más sobrecupo (1 por hora) / cupos de atención que el administrativo debe llenar según agenda programada que tenga la profesional, más los sobrecupos programados**

Cupos regulares: **del total de cupos a contactar, cuantos de ellos son cupos habituales**

Sobrecupos: del total de cupos a contactar, cuantos sobrecupos o cupos por encima de la actividad previamente definida

** Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento. Serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, este apagado, fuera de servicio o equivocado. **