

0290
DECRETO N° _____

PADRE LAS CASAS,

11 MAYO 2012

VISTOS:

1. La Ley N° 19.391/95, que crea la comuna de Padre Las Casas.
2. La ley N° 19.543/97, que regula el traspaso de Servicios Municipales, entre las comunas que indica.
3. El Decreto Alcaldicio N° 3.501 de fecha 14.12.11 que aprueba el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Departamento de Salud para el año 2012.
4. El convenio de fecha 13 de marzo de 2012, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Padre Las Casas, en cuya virtud se transfieren recursos para la ejecución del convenio con mandato **"PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - AÑO 2012"**.
5. La Resolución Exenta N° 1.708 del Servicio de Salud Araucanía Sur, de fecha 02 de mayo de 2012, que financia la ejecución del convenio con mandato **"PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - AÑO 2012"**.
6. El Decreto Alcaldicio N° 2.737 de fecha 06.12.2008, mediante el cual se nombra como Alcalde electo de las Municipalidad de Padre Las Casas a don Juan Eduardo Delgado Castro.
7. El Decreto Alcaldicio N° 1.405 de fecha 06 de junio de 2011, mediante el cual se fija el orden de subrogancia para la alcaldía en ausencia del titular.
8. Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695/98, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1. **Apruébese**, el convenio con mandato **"PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - AÑO 2012"**, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Padre Las Casas, por un monto total de **\$83.001.090.-** distribuido en las siguientes estrategias:

> RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES OTORRINOLARINGOLOGIA	: \$ 12.969.000.-
> UAPO	: \$ 62.074.890.-
> CIRUGIA MENOR	: \$ 7.957.200.-

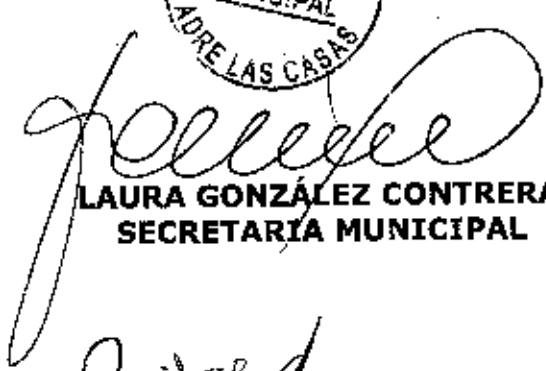
2. **Desígnese**, las funciones de responsable de la ejecución, seguimiento y control técnico de este convenio al Coordinador médico de la comuna, **Dr. Patricio Cárdenas Galindo**; del mismo modo, asígnese las funciones de control y seguimiento de los procesos administrativos del presente convenio a la **Sra. Sandra Sánchez Hermosilla**, funcionaria del Departamento de Salud Municipal, o quienes legalmente le subroguen o reemplacen.

2. **Impútese**, el gasto que origine el presente convenio, a la cuenta 114.05 - "Aplicación de Fondos en Administración", con cargo a La Resolución Exenta N° 1.708 de fecha 02 de mayo de 2012, que aprueba el convenio con mandato **"PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - AÑO 2012"**, que se entiende parte integrante de esta Resolución.

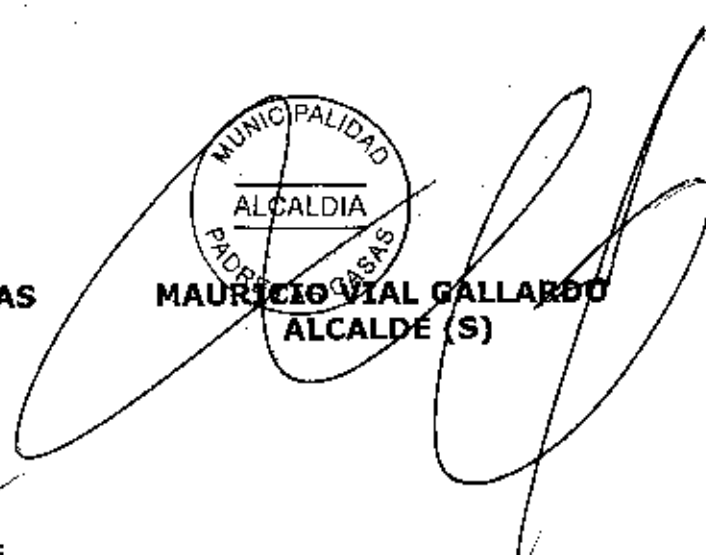
3. El referido documento se entiende formar parte integrante del presente Decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE




LAURA GONZÁLEZ CONTRERAS
SECRETARÍA MUNICIPAL




MAURICIO VIAL GALLARDO
ALCALDE (S)

CMH/DF/SSH/CTG/cfg

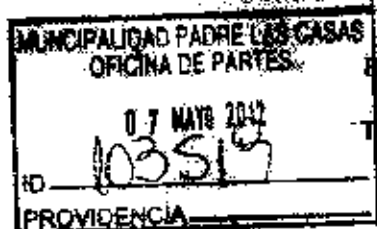
DISTRIBUCION:

- DEPARTAMENTO DE SALUD, PROGRAMAS
- OFICINA DE PARTES

103985



REF: Aprueba convenio Programa de Resolutividad en APS, Municipalidad de Padre Las Casas



RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1708

TEMUCO, 02 MAY 2012

MABS/FPH/JCC

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.-Convenio de Traspaso de Establecimientos de salud, de acuerdo con las normas del D.F.L. N° 1.3063/80, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.-Convenio de fecha 13 de marzo de 2012, suscrito entre la Municipalidad de Padre Las Casas y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-
- 3.-Solicitud aprobada por Dpto. de Atención primaria y Red Asistencial mediante correo electrónico, en orden a tramitar los convenios.
- 4.-Programa de Resolutividad en APS, aprobado por Resol. Exta. N°20 de 13.01.2012.
- 5.-Memorandum N° 134 de fecha 05.04.2012 del Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial.

Lo dispuesto en:

- 1.-D.F.L. N° 1 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud.
- 2.-D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.-D.S. N° 120/10, del Ministerio de Salud.-
- 4.-D. F. L N° 1/19.414/97 del M. de Salud.-
- 5.-Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.-
- 6.-Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.-APRUEBASE, CONVENIO de fecha 13 de marzo de 2012, suscrito entre el Servicio Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Padre Las Casas que se entiende parte integrante de esta Resolución y en cuya virtud se transfieren recursos para la ejecución del referido Programa, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco a 13 de marzo de 2012 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **Dra. MARÍA ANGÉLICA BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Padre Las Casas, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Manquehue N° 1441, Padre Las Casas, representada por su Alcalde **D. JUAN EDUARDO DELGADO CASTRO** 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° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 59 del 23 de Diciembre de 2011, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos

	Nº fármacos glaucoma anual	600	3.186.000
	Nº Inyecciones Oculares anual	4320	18.351.360
	subtotal		62.074.890
	Total Estrategia		75.043.890

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Nº Cirugía por continuidad	Nº procedimiento (2 Salas)	400	7.957.200
		Total Estrategia		7.957.200

TOTAL PROGRAMA	83.001.090
-----------------------	-------------------

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Julio del año en curso. 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 al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado en el Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

Indicadores:

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad médica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas médicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas médicas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo médico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo médico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo médico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada
 - Fórmula de cálculo: $(\text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, la tabla de rebaja es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar 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.

NOVENA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Depto. de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que

dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DECIMA PRIMERA: 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso.

Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sea necesario introducirle en su operación.

DECIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

2.- **TRANSFERASE** la suma total y única de \$ 83.001.090.- conforme se dispone en cláusula séptima del convenio.

3.- **IMPUTESE**, el gasto que origina el convenio, ítem 24-03-298 del Presupuesto del Servicio Salud Araucanía Sur.

4.- **NOTIFIQUESE** la presente Resolución al Sr. Alcalde de la Municipalidad, a Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio.-



NOTESE Y COMUNIQUESE.

ANGELICA BARRIA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

26.04.2012N°670.

DISTRIBUCION:

-MUNICIPALIDAD

-SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES/DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

-DEPARTAMENTO DE ATENCION PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL

-DPTO. JURIDICO.

-DPTO. FINANZAS.

-AUDITORIA.

-ARCHIVO.



**SERVICIO DE SALUD
ARAUCANÍA SUR
MPN/JCC**

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

En Temuco a 13 de marzo de 2012 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **Dra. MARIA ANGÉLICA BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Padre Las Casas, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Manquehue N° 1441, Padre Las Casas, representada por su Alcalde **D. JUAN EDUARDO DELGADO CASTRO** 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° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 59 del 23 de Diciembre de 2011, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 20 de 13 Enero del 2012, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)



Otorrinología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: 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 \$ 83.001.090, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE 1	SUBCOMPONENTES	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
	Otorrinolaringología	Nº consultas hipoacusia	70	7.262.640
		Nº consultas síndrome vertiginoso	24	2.490.048
		Nº consultas otitis	31	3.216.312
		subtotal		12.969.000
	GAPO	Nº consulta vicio	1500	
		nº consultas glaucoma nuevo	50	
		nº control	150	
		nº otras consultas	100	
		Nº Consultas T. Médico	2300	
		Gasto operacional	4100	24.704.730
		nº lentes GAPO	1440	15.832.800
		Nº fármacos glaucoma anual	600	3.186.000
		Nº lubricante Oculares anual	4320	18.351.360
		subtotal		62.074.890
		Total Estrategia		75.043.890

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Nº Cirugía por continuidad	Nº procedimiento (2 Salas)	400	7.957.200
		Total Estrategia		7.957.200

TOTAL PROGRAMA				83.001.090
-----------------------	--	--	--	-------------------

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud;



En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme a demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Julio del año en curso. 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 al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%



Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provenirá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

- La tercera evaluación y fin, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado en el Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administran Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales como parte de la redistribución que se realiza en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

Indicadores:

- Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

- Indicador: Cumplimiento de la actividad médica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas médicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas médicas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
- Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo médico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo médico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo médico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

DECIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



D. JUAN EDUARDO DELGADO CASTRO
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE PADRE LAS CASAS

DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRIA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR