ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

SECRETARÍA MUNICIPAL

DECRETO ALCALDICIO N° 2637

LA LIGUA, 28 OCT 2026

MAT.: Convenio Programa Más Salud en Comunidad.

VISTOS:

1. Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", y sus modificaciones posteriores.
2. La Resolución N° 36, del 2024, y N° 3, del 2026, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.
3. La Sentencia de Proclamación, de fecha 30 de noviembre de 2024, del Tribunal Electoral Regional de Valparaíso, que proclama como Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua al Sr. Patricio Pallares Valenzuela.
4. Decreto Alcaldicio N° 10121, de fecha 31 de diciembre de 2025, que designa subrogancia del Sr. Alcalde.
5. Decreto Alcaldicio N° 2578, de fecha 21 de octubre de 2026, que designa subrogancia en la Secretaría Municipal.
6. Resolución Exenta N° 4898, de fecha 16 de junio de 2026.
7. Convenio "Programa Mas Salud en Comunidad", de fecha 25 de mayo de 2026.

CONSIDERANDO:

1. Que, con fecha 25 de mayo de 2026, la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota – Petorca suscribieron Convenio Programa Más Salud en Comunidad.

2. Que, dicho Convenio fue aprobado por Resolución Exenta N° 4898 de fecha 16 de junio de 2026, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota – Petorca.

Por tanto, y en atención a las consideraciones pretéritamente expuestas,

DECRETO:

1. APRUÉBESE Y RATIFÍQUESE el Convenio Programa "Programa Mas Salud en Comunidad", de fecha 25 de mayo de 2026 , suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

SECRETARIA MUNICIPAL

CONTINUACION DECRETO ALCALDICIO N° 2637

2. DÉJESE CONSTANCIA que el texto del convenio forma parte integrante del presente Decreto.

3. IMPÚTESE el gasto que pueda generar el presente Decreto al ítem que corresponda del presupuesto vigente del Departamento de Salud Municipal.

4. TÉNGASE PRESENTE que, en virtud del artículo 52 de la Ley N° 19.880, lo dispuesto en el punto 1 del presente acto administrativo rige con efecto retroactivo ya que produce consecuencias favorables para los interesados y no lesiona derechos de terceros.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
ALCALDE
PATRICIO PALLARES

Patricio Pallares Valenzuela
ALCALDE

María Alejandra Álvarez Moraga
SECRETARIA(O) MUNICIPAL

DISTRIBUCIÓN:
- DESAM
- DAF
- Oficina de Partes
- Correlativo

PPV/aam.-

RECIBIDO
23 OCT 2026
A.M. P.M.
17:40

RECIBIDO
17:24
26 OCT 2026
ALCALDIA
A.M. PM.

RECIBIDO
11:30
28 OCT 2026
SECRETARIA MUNICIPAL
A.M. P.M.

EXAMINADO
26 OCT 2026
CONTRALORIA
LALIGUA

I. MUNICIPALIDAD
CONTRALOR MUNICIPAL
LA LIGUA

INT. N°410/2026 - RESOLUCIÓN LA LIGUA

Correlativo: 4898 / 16-06-2026

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Haroldo Enrique Faúndez Romero	DIRECCIÓN SSVQ	Director (s) Servicio de Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Nancy Carolina Valenzuela Méndez	DIRECCIÓN SSVQ	Abogado
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Egle Eugenia Zavala Díaz	DIRECCIÓN SSVQ	Jefa Departamento Juridico
Christian Arturo Cárdenas Silva	DIRECCIÓN SSVQ	Referente APS

Anexos:

Nombre	Folio	Código verificación
INT. N°410/2026 - CONVENIO LA LIGUA	1JR8OCLCV	PKFKGLSFI

I.MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
OFICINA DE PARTES
21 OCT 2026
FOLIO 5 N° 078
Func

RECIBIDO
21 OCT 2026
SECRETARIA MUNICIPAL

Verificar: https://verificar.ssvq.cl/

Folio: 1JR-8OD-K08

Código de verificación: IJS-D8F-CGE

Documento Firmado Digitalmente SSVQ

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA - PETORCA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°410 de fecha 09.06.2026

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N°18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N°29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N°19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N°118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N°36/2024 y Resolución N°3/2026, ambas de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.796 de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional para el año 2026. La Resolución Exenta RA 120950/302/2024 del S.S. Viña del Mar-Quillota-Petorca; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004, N°26/2025 y N°24/2025, del Ministerio de Salud. Ley N°21.784/2025 que modifica la denominación del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

CONSIDERANDO:

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, así como a las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL y a la modernización de la Atención Primaria, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **"Programa Más Salud en Comunidad",** que es de ejecución anual y debe ser implementado íntegramente dentro del período establecido en el presente convenio.

2. Que, el referido Programa sido aprobado por **Resolución Exenta N° 261 del 02 de marzo de 2026** y, la asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 375 de fecha 20 de abril de 2026,** ambas del Ministerio de Salud.

3. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, conviene en transferir a la **I.**

Municipalidad de La Ligua como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **Programa Más Salud en Comunidad.**

4. El Convenio suscrito con fecha 25 de mayo de 2026, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **Programa Más Salud en Comunidad.**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 25 de mayo de 2026, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **Programa Más Salud en Comunidad.**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°36/2024 y Resolución N°3/2026, ambas de la Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 25 de mayo de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Director (S) don **HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, chileno, Ingeniero Civil Industrial, C.I N° ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Diego Portales N°555, comuna y ciudad de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad.

La Municipalidad delega en el Departamento de salud Municipal, dependiente de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, la función de administrar y gestionar los servicios de salud primaria en la comuna, ejecutando medidas tendientes a materializar acciones y programas de salud comunitaria; administrar los recursos humanos, materiales y

financieros del servicio y organizar, coordinar, administrar y gestionar la atención primaria de salud municipal en la comuna, integrándose a la red comunal asistencial.

PRIMERO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, así como a las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL y a la modernización de la Atención Primaria, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **"Programa Más Salud en Comunidad",** que es de ejecución anual y debe ser implementado íntegramente dentro del período establecido en el presente convenio.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 261 del 02 de marzo de 2026** y, la asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 375 de fecha 20 de abril de 2026,** ambas del Ministerio de Salud.

SEGUNDO: El **"Programa Más Salud en Comunidad",** tiene las siguientes características y objetivos:

1. **Objetivo General:**
   Contribuir al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población mediante la consolidación de estrategias de promoción y prevención en salud que reconozcan, fortalezcan y proyecten las capacidades personales y comunitarias, promoviendo su rol protagónico en el marco de la Atención Primaria de Salud.

2. **Objetivo Específico:**

   - Implementar acciones de promoción y prevención en salud orientadas a mejorar el bienestar integral de la población en el marco de la Atención Primaria de Salud.
   - Fortalecer la participación comunitaria mediante el desarrollo de estrategias que involucren activamente a personas y organizaciones sociales en los cuidados integrales de salud en sus territorios.
   - Promover la generación de condiciones habilitantes a nivel comunal que faciliten la gestión y el ejercicio efectivo de la participación comunitaria en salud.
   - Fomentar el desarrollo de capacidades en las comunidades para la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, en coherencia con el enfoque territorial de la APS.

TERCERO: Las intervenciones del Programa serán a través de los siguientes componentes:

Componente	Descripción
1. Cuidados Promocionales de la salud comunitaria	Este componente tiene por objetivo la realización de intervenciones grupales en colectividades previamente identificadas y priorizadas, a partir del diagnóstico de salud comunitaria del establecimiento de salud y de la coordinación intersectorial. Una vez definido el grupo objetivo, se elabora un plan intersectorial de promoción que integra estrategias orientadas a fortalecer las capacidades de las personas y comunidades para mantener y potenciar la salud y el bienestar, mediante el desarrollo de recursos salutogénicos, como entornos protectores y vínculos sociales significativos. En su implementación, articula las funciones esenciales de la promoción de la salud: coordinación intersectorial, abogacía,

	comunicación social, participación comunitaria y educación para la salud. Estas acciones se integran a la gestión territorial de la Atención Primaria, promoviendo actividad física, alimentación equilibrada, salud mental positiva, entornos saludables y prácticas de bienestar, como parte de los planes comunales de salud y de la continuidad del cuidado con énfasis en el curso de vida: Niñez y adolescencia: Contribuye a fortalecer hábitos protectores de la salud física y mental y habilidades socioemocionales mediante acciones de promoción intersectorial en espacios educativos o comunitarios. Personas adultas: Refuerza la educación para la salud y el autocuidado, realiza actividades comunales o grupales que promuevan la actividad física, la alimentación saludable y la salud mental.
2. Prevención, detección y automanejo en salud.	Este componente tiene por objetivo la realización de intervenciones individuales a partir de las evaluaciones preventivas realizadas mediante el Examen de Medicina Preventiva (EMP) u otras estrategias de pesquisa en APS. El flujo de intervención comprende tres etapas: pesquisa de riesgo (incluyendo el tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), intervención consensuada —que puede incluir, entre otros, talleres, consejerías, seguimiento remoto, recomendación social, incorporando la intervención breve o motivacional cuando exista consumo de riesgo y la referencia asistida en casos que lo requieran— y evaluación de salida posterior a la intervención. En el manejo de los factores de riesgo identificados, se integran acciones de prevención primaria y secundaria orientadas a anticipar riesgos, detectar precozmente condiciones que afectan la salud y fortalecer las capacidades personales para el automanejo y la preservación de la funcionalidad. El componente pone énfasis en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y en las condiciones que comprometen la funcionalidad o el bienestar, desde una perspectiva de curso de vida, asegurando continuidad y coherencia en el cuidado entregado por la Atención Primaria de Salud: Niñez y adolescencia: la pesquisa temprana de riesgos físicos, mentales y sociales en entornos educativos y comunitarios, priorizando la salud mental, la prevención de consumos y el fomento de entornos seguros y protectores, en coordinación con el intersector. Personas adultas: Fortalecen la prevención y el control oportuno de factores de riesgo, favoreciendo la detección precoz de enfermedades crónicas, la participación en actividades preventivas, hábitos saludables y el desarrollo de capacidades para el automanejo de la salud.
3. Continuidad de los cuidados en comunidad.	Este componente tiene por objetivo asegurar la continuidad de los procesos de promoción, prevención y cuidados que realizan los equipos de sector en los establecimientos de salud mediante la captación activa de la población, la adherencia a las intervenciones y la vinculación comunitaria de las personas, familias y grupos priorizados. Incluye la incorporación de la población a controles, el seguimiento de quienes se encuentran bajo control, y la coordinación con redes comunitarias e intersectoriales que favorezcan la continuidad en el

	proceso de cuidado a través de la implementación de iniciativas de cuidados comunitarios por parte de la comunidad, incluyendo la recomendación social de estas como activos de salud para la comunidad en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Estas iniciativas de cuidados comunitarios deben reforzar la continuidad y coherencia de las acciones sanitarias a lo largo del curso de vida, promoviendo la participación efectiva de las personas y sus comunidades en la gestión de su salud y bienestar del establecimiento de salud. En este marco, la identificación, movilización y recomendación social de activos comunitarios constituye un componente estratégico de la atención integral en el espacio comunitario. Dichos activos —entendidos como recursos, capacidades, organizaciones, redes y espacios significativos disponibles en el territorio— contribuyen de manera sustantiva a fortalecer la cohesión social, ampliar las oportunidades de conexión social y favorecer el despliegue de cuidados comunitarios que complementan y potencian la acción de los equipos de salud.

La participación de las personas en los componentes podrá ser diferenciada, pudiendo acceder a uno, dos o a la totalidad de ellos, de acuerdo con sus necesidades, trayectorias y pertinencia técnica establecida por los establecimientos de APS. Para favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención, la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

La estrategia de intervención del programa reconoce que la salud y el bienestar de las personas y sus familias a lo largo del curso de vida están determinados por condiciones sociales, económicas, culturales, de género y ambientales que configuran sus oportunidades y estilos de vida. En este marco, el programa orienta su accionar a fortalecer los factores protectores y a actuar sobre los factores modificables vinculados a los estilos de vida, los comportamientos y las condiciones sociales, mediante intervenciones personales, grupales y comunitarias que promueven el autocuidado, la participación y la cohesión social. Por lo tanto, es fundamental tener en consideración que la estrategia de intervención del programa se debe insertar en el marco de otras estrategias contenidas en la consolidación del MAIS (Planes de Salud Comunitarios), validando y/o actualizando la información de los diagnósticos de salud para la planificación y ejecución de actividades promocionales y preventivas que aportan a otros desafíos de los equipos de APS (por ejemplo, metas sanitarias). De esa forma, se busca integrar acciones de los equipos de salud, evitando la duplicidad o fragmentación de actividades, evitando la sobrecarga de trabajo.

La implementación del programa se organiza a través de tres niveles complementarios de acción:

- Intervenciones individuales, dirigidas a la detección oportuna de riesgos, el desarrollo de planes consensuados de automanejo y el seguimiento de las personas, priorizando el abordaje preventivo y la continuidad del cuidado.

- Intervenciones grupales, orientadas a la prevención y promoción de hábitos saludables, el fortalecimiento de habilidades protectoras y la educación para la salud, articuladas con el intersector y adaptadas a las etapas del curso de vida.

- Intervenciones comunitarias, destinadas a fortalecer la participación social, la articulación intersectorial y el uso de activos comunitarios para el bienestar, favoreciendo la sostenibilidad de las acciones y la autonomía local en los cuidados de la salud.

Para fortalecer la participación de la comunidad en la gestión del programa se conformará una instancia comunal de coordinación participativa, que operará como espacio permanente de comunicación, articulación y seguimiento entre la red de salud y las comunidades, en concordancia con la Norma General de Participación Social en la Gestión Pública de Salud del Ministerio de Salud (Resolución Exenta N°857 de 18 de junio de 2024).

Esta instancia, cuya denominación podrá adaptarse a la realidad local, constituye un mecanismo de gobernanza y estará compuesto por representantes de los equipos de Atención Primaria, organizaciones comunitarias, instituciones educativas e intersectoriales. Su función será garantizar la coherencia entre las estrategias territoriales del programa y las prioridades comunales definidas en el Plan de Salud Comunitaria de cada establecimiento.

Las siguientes intervenciones orientan la implementación territorial del programa y ejemplifican el tipo de prestaciones que pueden desarrollarse según cada componente, el cual deben adaptar a las características y prioridades locales a fin de cumplir con el propósito del programa, lo que incluye la aplicación de un cuestionario de ingreso y egreso de los participantes, complementario al de bienestar integral en salud (WHO 5) que será proporcionado por la División de Atención Primaria.

1: Cuidados Promocionales de la salud comunitaria Componente	**2: Prevención, detección y automanejo en salud. Componente**	**3: Continuidad de los cuidados en comunidad**
Talleres de promoción y bienestar: • Salud mental positiva y gestión emocional. • Alimentación saludable y preparaciones comunitarias. • Actividad física y movimiento consciente. Convivencia y autocuidado relacional. • Bienestar laboral y autocuidado de equipos de salud. • Vida saludable en espacios comunitarios o educativos.	**Talleres preventivos y de automanejo:** • Automanejo de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, dislipidemias). • Prevención de riesgo cardiovascular y metabólico en personas con malnutrición por exceso y sedentarismo • Manejo del estrés, ansiedad y depresión. • Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.	**Captación activa:** • Incorporación de personas al control preventivo mediante estrategias comunitarias, territoriales o de búsqueda activa. • Registro y actualización de población no controlada o con controles pendientes (Ficha CLAP, EMP).
Consejerías grupales: • Alimentación equilibrada y autocuidado nutricional.	**Consejerías individuales:** • Salud mental y bienestar emocional. • Alimentación equilibrada	**Adherencia y continuidad de intervenciones:** • Monitoreo de adherencia a talleres, consejerías e intervenciones establecidas en el plan consensuado.

• Salud mental positiva, manejo de estrés y bienestar emocional. • Convivencia, respeto y relaciones saludables.	• Actividad física y reducción del sedentarismo. • Prevención de consumos de riesgo. • Intervenciones breves en alcohol, tabaco y otras drogas en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes. • Entrevista motivacional para la toma de decisiones en salud.	• Recordatorios, citaciones, seguimiento remoto o presencial para asegurar la permanencia en el proceso preventivo. • Identificación de interrupciones, barreras o ausentismo, y activación de acciones correctivas locales. • Recomendación social a recursos y activos comunitarios que apoyen el automanejo y la continuidad del cuidado.
Otras acciones de promoción: • Ferias comunales y entornos saludables. • Escuelas comunitarias de bienestar. • Caminatas, pausas activas y actividades intergeneracionales.	**Seguimientos y acompañamientos:** • Seguimiento presencial o remoto de personas con factores de riesgo identificados. • Referencia asistida frente a la pesquisa de consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas. • Recomendación social y derivación a talleres, recursos o	**Vinculación comunitaria:** • Difusión y dinamización de activos comunitarios. • Articulación y encuentro con redes comunitarias que contribuyan al bienestar, la participación y la continuidad del cuidado. • Desarrollo de iniciativas de cuidados comunitarios promocionales y preventivas con participación de la comunidad. • Coordinación con juntas de vecinos, organizaciones sociales, establecimientos educacionales y oficinas municipales para asegurar continuidad de la gestión intersectorial. • Fortalecimiento de redes comunitarias para garantizar la sostenibilidad y continuidad del cuidado en el territorio.

COMPLEMENTARIEDADES

a) Complementariedades internas

El Programa se enmarca en la necesidad de responder de manera integral a las demandas de la población, optimizando el uso de los recursos públicos y evitando la fragmentación de las acciones. Más que mantener estructuras separadas, propone una estrategia que integra capacidades, reorganiza equipos y focaliza los esfuerzos en intervenciones de alto impacto sanitario y social, garantizando coherencia con los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

El eje central de esta complementariedad es la articulación territorial y multisectorial, reconociendo que la salud se construye desde los determinantes sociales y requiere la acción coordinada de diversos sectores, niveles del sistema y actores comunitarios. En este marco, el Programa instala la transversalidad del cuidado integral a lo largo del curso de vida y fortalece el rol preventivo y promocional de la APS.

Los cuidados integrales en APS se entienden como la provisión continua y coordinada de servicios que abordan la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con enfoque en la persona, la familia y el territorio. En este sentido, los Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) se integran como herramientas clave para la detección temprana, la estratificación de riesgo y la vinculación oportuna a talleres e intervenciones comunitarias.

A nivel comunal, la articulación intersectorial se definirá según las dinámicas locales, potenciando instancias existentes como la Comisión Mixta de Salud y Educación y espacios participativos consolidados, sin crear nuevas estructuras obligatorias. Asimismo, se promoverá el trabajo conjunto con las principales oficinas municipales vinculadas al ámbito social y comunitario como DIDECO, OPD, Oficinas de la Mujer, Discapacidad, Jóvenes, Migrantes, Seguridad Pública, Deportes, Cultura y programas de promoción social, etc., fortaleciendo las estrategias preventivas, promocionales y la continuidad del cuidado en el territorio.

b) complementariedad a nivel externo

El Programa reconoce ámbitos de complementariedad con otras políticas y programas del Estado que contribuyen a la promoción de salud, la prevención de riesgos y el fortalecimiento comunitario en la Atención Primaria de Salud. Dichas complementariedades no implican coordinación operativa obligatoria en todos los territorios, sino vías de articulación posibles que podrán activarse según pertinencia local, disponibilidad institucional y alcance programático de los actores involucrados.

En este marco, se reconocen ámbitos de complementariedad temática con iniciativas de otros sectores del Estado vinculadas a: promoción de entornos educativos saludables (Ministerio de Educación), actividad física y vida activa (Ministerio del Deporte y Sistema Elige Vivir Sano), desarrollo social y apoyos comunitarios (Ministerio de Desarrollo Social y Familia), prevención de consumo de sustancias (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol), desarrollo urbano saludable (MINVU / SUBDERE) y bienestar cultural y artístico territorial (Ministerio de las Culturas).

CUARTO: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través "del Servicio", asigna al Municipio, desde el acto administrativo que aprueba el presente convenio, la suma anual y única de **$52.567.791.- (Cincuenta y dos millones, quinientos sesenta y siete mil, setecientos noventa y un pesos),** para el cumplimiento del presente convenio y alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el programa, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello. A su vez, la Municipalidad acepta la referida suma y se obliga a aplicarla y ejecutarla únicamente en el **"Programa Más Salud en Comunidad".**

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

1) **La primera**: correspondiente al 70% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

2) **La segunda:** correspondiente al 30% del total, que se transferirá en el mes de octubre y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

QUINTO: La rendición financiera mensual se informará y rendirá a través de la Plataforma SISREC, conforme a lo dictado en la Resolución N°30/2015 de la Contraloría General de la República.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS	CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos a la comuna en dos (2) cuotas:	
Cuota 1 (70%)	**$36.797.454**
Cuota 2 (30%)	**$15.770.337**
Requisitos para la transferencia de la Cuota 1	La primera cuota se transferirá contra total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisitos para la transferencia de la Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición de cuentas de la cuota anterior por parte de la Municipalidad y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

SEXTO: Los recursos asignados en virtud del presente convenio serán distribuidos por componentes, de acuerdo con el siguiente detalle:

ITEM	MONTO ASIGNADO
Recurso Humano (componentes 1, 2 y 3)	$40.522.264
Acciones Componente 1: Cuidados promocionales de la salud comunitaria	$3.045.527
Acciones Componente 3: Continuidad de los cuidados en comunidad	$5.000.000
Insumos y movilización	$4.000.000
TOTAL	**$52.567.791**

Componentes del programa y recursos entregados a la comuna por Ítem:

Los recursos asociados al presente programa deberán destinarse exclusivamente al financiamiento de actividades vinculadas a su ejecución, considerando los objetivos, metas, indicadores, estrategias, población beneficiaria y localización definidos.

Asimismo, podrán ser utilizados en acciones de carácter promocional, preventivo y de continuidad del cuidado, incluyendo recurso humano, bienes y servicios, insumos, materiales, apoyos logísticos, movilización, capacitaciones y otros gastos necesarios para el cumplimiento de los objetivos programáticos, en coherencia con la planificación territorial y sanitaria de cada establecimiento.

Componentes del Programa:

- **Componente 1: Cuidados promocionales de la salud comunitaria**
  Los recursos podrán destinarse a la ejecución de talleres, actividades educativas, acciones intersectoriales, fortalecimiento de entornos saludables y estrategias de participación comunitaria, incluyendo los apoyos operativos necesarios para su implementación.

La planificación deberá resguardar coherencia con las metas sanitarias y la sostenibilidad de las acciones en el territorio.

- **Componente 2: Prevención, detección y automanejo en salud**
  Se podrán financiar intervenciones individuales y grupales tales como consejerías, intervenciones breves, talleres de automanejo y actividades educativas orientadas al

cambio de conducta y control de factores de riesgo, asegurando la continuidad del cuidado y el adecuado registro para efectos de monitoreo.

- **Componente 3: Continuidad de los cuidados en comunidad**
  Este componente estará orientado a fortalecer la captación activa, el seguimiento y la vinculación comunitaria de personas y grupos priorizados, promoviendo la recomendación social de activos comunitarios como estrategia de continuidad del cuidado.

  Incluye la ejecución de iniciativas comunitarias en salud, definidas en coherencia con el diagnóstico territorial y elaboradas participativamente entre las organizaciones comunitarias y el establecimiento de salud, conforme al formulario establecido en la Orientación Técnica del programa.

  Para estos efectos, cada establecimiento contará con un monto mínimo anual de $5.000.000, cuyo uso será objeto de revisión técnica conforme a la planificación y selección de iniciativas.

Se establece que, dentro del componente 3:

- Solo podrán financiarse recursos humanos de carácter temporal, que no impliquen continuidad contractual, y que no superen el 20% del total del financiamiento aprobado.
- No podrá destinarse más del 20% del monto asignado a la contratación de servicios especializados.
- No se permitirá el arriendo de inmuebles ni la inversión en infraestructura.
- En caso de traspaso de bienes a organizaciones comunitarias, deberá existir el correspondiente acto administrativo, conforme a la normativa municipal vigente (comodato).

Medios de verificación para la rendición financiera

Se considerarán como medios de verificación:

- Registros de asistencia que incluyan, a lo menos: fecha, nombre de la actividad, nombre y firma del responsable, nombre completo de los participantes, RUT, organización a la que pertenecen y firma.
- Registro fotográfico, el cual deberá estar respaldado por lista de asistencia, no constituyendo por sí solo medio de verificación.
- Sistematización de actividades tales como conversatorios, reuniones, encuentros u otros.

Consideraciones generales

Recursos humanos:

Corresponden a capacidades previamente asociadas a las líneas programáticas, resguardando la continuidad de funciones de promoción, prevención y cuidados comunitarios.

En caso de requerirse incremento de dotación, este deberá contar con evaluación técnica y aprobación del Servicio de Salud correspondiente.

Movilización:

Destinada al traslado del personal y beneficiarios hacia los territorios, exclusivamente para actividades del programa.

Insumos:

Incluyen materiales, implementos, artículos y elementos de apoyo necesarios para la ejecución de actividades, incluyendo material de difusión.

Restricciones de uso de los recursos
No podrán financiarse con cargo a este programa:
- Compra, construcción o arriendo de bienes inmuebles.
- Adquisición de vehículos.
- Inversión en infraestructura.
- Gastos no relacionados directamente con los objetivos del programa.
- Pago de deudas, multas, intereses u otros compromisos ajenos a la ejecución.

Otras disposiciones
Excepcionalmente, y previa justificación y aprobación del Servicio de Salud, podrán adquirirse bienes inventariables necesarios para la ejecución de actividades, los cuales deberán ser debidamente registrados conforme a la normativa vigente.

El plan de gastos deberá ser visado y aprobado por la contraparte técnica del Servicio de Salud previo a su ejecución.

La ejecución del programa deberá resguardar criterios de pertinencia, proporcionalidad y trazabilidad del gasto, asegurando su coherencia con los componentes del programa y con la planificación anual del establecimiento, la cual deberá ser aprobada por el Servicio de Salud correspondiente.

SÉPTIMO: Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización previa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, por medio de una solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente. Tal redistribución requerirá una modificación del convenio y como tal implica la formalización de la misma, la que una vez acordada deberá ser aprobada por Resolución.

OCTAVO: 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.

NOVENO: 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), y de conformidad a la siguiente tabla:

Detalle por Ítem:

Población total para ingresar para el año 2026	Recurso Humano (RRHH)	Acciones Componente 1 y 3	Insumos Y movilización	Total
467	$40.522.264	$8.045.527	$4.000.000	**$52.567.791**

En caso de que la Municipalidad requiera 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, deberá solicitarse la autorización del Servicio, quien determinará la pertinencia de lo requerido

DÉCIMO: "La Municipalidad" se obliga a:

1. Cumplir las acciones señaladas por el presente convenio desarrollando estrategias específicas.
2. Implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.
3. Mantener los recursos transferidos por "el Servicio" en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte del servicio.
4. A contar con los profesionales y técnicos contratados por las horas definidas por el presente convenio, como así mismo asegurar la movilización de los equipos para otorgar las atenciones a las personas que requieran evaluación o de continuidad a las que ya han sido ingresadas al programa.
5. Contar con la disponibilidad de insumos definidos para el programa.
6. Realizar las contrataciones del personal para dar cumplimiento al objeto del presente convenio, a través de la contratación a plazo fijo o indefinido regulada en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal o en su caso a través de un contrato de honorarios cuando correspondiere conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 18.883 Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales aplicable en forma supletoria en Salud Primaria según lo dispuesto en el Artículo 4 de la Ley 19.378, ya citada.
7. Rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa, en sistema SISREC.

DÉCIMO PRIMERO: La I. Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las actividades y metas del programa de acuerdo con la siguiente tabla:

Indicadores y medios de verificación de metas

Indicadores de propósito

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo
Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	(N° de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 post intervención/ N° total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa) x100

Indicadores Complementarios

Compo-nentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Pondera-ción	Medio Verificación
1, 2 y 3	Porcentaje de actividades de promoción, prevención y continuidad del cuidado ejecutadas conforme al Plan de Salud Comunitaria.	(Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas en el Plan de Salud Comunitaria) × 100	≥ 85%	10	REM A 19a Sección B Reporte Plan de Salud Comunitaria (Meta Sanitaria 8) (Indicador Instrumento certificación MAIS 2.1 Integralidad)
2	Porcentaje de personas con Examen de Medicina Preventiva (EMP) alterado que cuentan con un plan de salud consensuado registrado en ficha.	(N° de personas con EMP alterado que cuentan con plan de salud consensuado registrado en ficha / N° total de personas con EMP alterado) × 100	≥ 70%	20	Año 1: Registro local de EMP realizado que cuentan con plan de cuidado.
	Porcentaje de intervenciones breves realizadas a personas de 10 años y más con consumo de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas.	(N° de intervenciones breves en alcohol, tabaco y otras drogas realizadas a personas con consumo de riesgo/N° de tamizajes de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas aplicados) x 100	8%	10	Numerador: REM A27 Sección F Denominador: REM A03 Sección D.1
	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en factores de riesgo definidos en el plan consensuado post intervención del programa.	(N° de personas que presentan mejoría, en al menos un factor de riesgo definidos en el plan consensuado post intervención / N° total de personas con plan consensuado evaluadas (pre y post intervención)) x 100.	≥ 40%	20	Año 1: Registro local
	Adherencia de personas participantes que completan el ciclo de talleres del programa	(N° de personas que completan > al 80% del ciclo de talleres del programa/ Total de personas ingresadas a ciclos de talleres del programa) × 100	≥ 60%	10	Registro de Asistencia de sesiones de talleres
3	Porcentaje de personas participantes mejoran su conexión social a los 3 meses o al egreso del programa a través de la recomendación social de activos comunitarios.	(N° de personas participantes del programa que a los 3 meses o posterior del egreso del programa participan de actividades comunitarias / N° total de personas egresadas del programa) × 100	≥30%	15	REM A19b Registro local de seguimiento telefónico a los 3 meses de egreso para verificación de vinculación con activos recomendados
	Porcentaje de establecimientos de salud de APS ejecutan	(N° de establecimientos de salud de APS ejecutan		15	Registro pauta comunal.

	exitosamente al menos una iniciativa de cuidados comunitarios en salud postuladas por la comunidad.	exitosamente al menos una iniciativa de cuidados comunitarios en salud postuladas por la comunidad en el año t/ N° total de establecimientos de APS de las comunas que atiende el programa en el año t) *100			REM A19B sección B.

DÉCIMO SEGUNDO: Plan de Indicador y Evaluación de metas.

El proceso de monitoreo se realizará mensualmente, para ello la Municipalidad deberá enviar los datos que aparecen en las tablas de: Indicadores y medios de verificación de metas, descrito en la cláusula precedente, al referente técnico del programa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca al correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de julio y 31 de diciembre, emitiendo informes de avance técnico y financiero. Cada comuna deberá enviar sus reportes al Servicio de Salud respectivo, el cual consolidará la información y la remitirá al Ministerio de Salud antes del 20 de agosto y del 20 de enero del año siguiente. El ministerio de salud implementará una plataforma/módulo informático para el registro de procesos y resultados del programa. En su ausencia, los ejecutores deberán mantener registros locales que permiten informar los indicadores del programa

DÉCIMO TERCERO: Incumplimiento de metas

En caso de que la Municipalidad no alcance el porcentaje de cumplimiento exigido a la fecha del pago de la segunda cuota, se efectuará un proceso de reliquidación de recursos. Lo anterior, implica un ajuste o corrección en el financiamiento del proyecto, después de una evaluación de su progreso y resultados, de conformidad al plan de indicador y evaluación de metas descrito en la cláusula precedente, modificando el presupuesto para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Los recursos que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

Una vez realizada la segunda evaluación de cumplimiento de los componentes del Programa, las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, redistribuyéndose proporcionalmente las metas, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización por escrito del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente, Orientaciones técnicas y objetivos de las estrategias del Programa. Dicha redistribución requerirá una modificación del convenio, la cual debe ser formalizada mediante el acto administrativo correspondiente.

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

DÉCIMO CUARTO: El proceso de evaluación se efectuará en dos etapas anuales, considerando tanto el avance técnico como el cumplimiento financiero.

a. **Primera evaluación**: Se efectuará con corte al **31 de julio** de la presente anualidad. Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas. de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación.

   Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (30%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
40% o más	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

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

b. **Segunda evaluación**: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo final de la cláusula precedente, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria. las comunas mantienen a todo evento la obligatoriedad de la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

   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.

DÉCIMO QUINTO: El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa con los detalles y especificaciones que se estime del caso, en conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, pudiendo ejecutar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, disponiendo de un sistema de registros que permita la evaluación control y monitoreo de las actividades con indicadores confiables, de fácil recolección y manejo a nivel local.

Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMO SEXTO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la establecida en el presente convenio. En caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para la ejecución del mismo, será de su exclusiva responsabilidad el pago de los saldos que excedan los montos transferidos.

Por su parte, la Ilustre Municipalidad, a través de su Departamento de Salud Municipal, se compromete a ejecutar el programa conforme a las cláusulas del presente convenio, declarando conocer los componentes establecidos y obligándose a realizar el gasto presupuestario en el respectivo programa conforme a la normativa vigente.

Queda expresamente prohibida la imputación de gastos presupuestarios a otros programas de Atención Primaria de Salud distintos al presente.

Asimismo, la Ilustre Municipalidad declara conocer las resoluciones ministeriales que aprueban el programa y sus componentes.

DÉCIMO SÉPTIMO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, mediante fiscalización realizada por la Unidad de Convenios y Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio, sin perjuicio de las facultades de supervisión del Ministerio de Salud y de la Contraloría General de la República, de conformidad con lo establecido en la Resolución N°30/2015 y Resolución N°1858/2023, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

La Municipalidad deberá rendir cuenta de los recursos transferidos mediante el Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), de conformidad con la normativa vigente. Las rendiciones deberán efectuarse mediante la presentación de documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previamente autorizados por el ministro de fe de la Municipalidad, que respalden los gastos efectuados. Tales documentos deberán justificar cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles asociados al SISREC (como ministro de fe, encargado, analista y administrador) estarán sujetos a responsabilidad administrativa, debiendo informarse oportunamente al Servicio cualquier cambio en dichas designaciones. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe estará sujeto a responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y debidamente fundados en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio podrá disponer un procedimiento alternativo, informando a la Contraloría General de la República para su conocimiento, debiendo regularizarse posteriormente en la plataforma una vez superados los inconvenientes.

La Municipalidad deberá reintegrar a la Tesorería General de la República los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, dentro de los plazos establecidos en la normativa vigente, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio, conforme a lo establecido en el art. 26 de la Ley N°21.796, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2026, y en concordancia con el DL N°1263, del año 1975 y lo dispuesto en el art. 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General; no pudiendo extenderse el proceso de rendición de cuentas por más de seis meses contados desde la finalización de las actividades.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud, que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

La Municipalidad deberá ejecutar el presente convenio aplicando sus sistemas de control y rendición de cuentas conforme a lo dispuesto en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, especialmente en lo relativo al control sobre recursos transferidos, evaluación de resultados y obligaciones de rendición, debiendo adoptar las medidas necesarias para asegurar el correcto uso de los fondos públicos.

El periodo a rendir del mes de enero 2027 corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026, cuyos pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados, pues sólo podrán incorporarse en la rendición aquellos gastos que sean anteriores a la tramitación del presente convenio y siempre que correspondan al año presupuestario 2026.

DÉCIMO OCTAVO: Vigencia del Convenio:

- La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá **hasta el 31 de diciembre de 2026**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

  Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, para aquellas comunas que acrediten haber dado continuidad ininterrumpida a los programas que han sido fusionados, la vigencia del "Programa Más Salud en Comunidad" se extenderá, para efectos de ejecución y rendición de los recursos asociados, desde el **01 de enero de 2026** y hasta el **31 de diciembre de 2026.** Lo anterior, por razones de buen servicio, continuidad del servicio y de urgencia sanitaria, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

  Para hacer efectiva la excepción señalada, la comuna deberá acreditar la continuidad ininterrumpida a los programas fusionados durante el referido periodo, mediante documento emitido por su autoridad competente. Dicha información deberá ser enviada y aprobada por el referente técnico del programa del S.S. Posteriormente, la comuna deberá subir el documento firmado a la Plataforma SISREC.

- Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

- Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

- El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley N°21.796.

DÉCIMO NOVENO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico del Servicio (o quienes legalmente les subroguen, quienes contarán con las facultades necesarias para el cumplimiento de los objetivos del programa) respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud, y quien, además, deberá velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes; a su vez, tendrá a su cargo la responsabilidad de elaborar y tramitar un certificado técnico para ser adjuntado a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del "Programa Más Salud en Comunidad" a **Leonardo Morales** correo electrónico leo.mobe.93@gmail.com.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa. La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca al correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl

VIGÉSIMO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

VIGÉSIMO PRIMERO: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno con la Municipalidad y el restante, en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°26/2025 y N°24/2025, del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

3. **ASÍGNESE,** a la **Ilustre Municipalidad de La Ligua**, recursos por un monto total de **$52.567.791.- (Cincuenta y dos millones, quinientos sesenta y siete mil, setecientos noventa y un pesos).** Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

1) **La primera cuota:** correspondiente al 70% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

2) **La segunda cuota:** correspondiente al 30% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, de acuerdo a la evaluación realizada por parte del referente técnico.

4. **DECLÁRESE**, la vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta el **31 de diciembre de 2026**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

   Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, para aquellas comunas que acrediten haber dado continuidad ininterrumpida a los programas que han sido fusionados, la vigencia del "Programa Más Salud en Comunidad" se extenderá, para efectos de ejecución y rendición de los recursos asociados, desde el **01 de enero de 2026** y hasta el **31 de diciembre de 2026.** Lo anterior, por razones de buen servicio, continuidad del servicio y de urgencia sanitaria, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

   Para hacer efectiva la excepción señalada, la comuna deberá acreditar la continuidad ininterrumpida a los programas fusionados durante el referido periodo, mediante documento emitido por su autoridad competente. Dicha información deberá ser enviada y aprobada por el referente técnico del programa del S.S. Posteriormente, la comuna deberá subir el documento firmado a la Plataforma SISREC.

5. **DECLÁRESE,** en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

6. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

7. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución N°30/2015 y Resolución Exenta N°1858, de la Contraloría General de la República.

8. **ESTABLÉCESE,** El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico del Servicio (o quienes legalmente les subroguen, quienes contarán con las facultades necesarias para el cumplimiento de los objetivos del programa) respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud, y quien, además, deberá velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes; a su vez, tendrá a su cargo la responsabilidad de elaborar y tramitar un certificado técnico para ser adjuntado a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

9. **ESTABLÉCESE,** que la Ilustre Municipalidad a designado como administrador y coordinador a **Leonardo Morales** correo electrónico leo.mobe.93@gmail.com, quien actuará como referente técnico comunal para el Programa Más Salud en Comunidad.

10. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

11. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución a los recursos contemplados en la Ley N°21.796 de Presupuesto del Sector Público para el año 2026, específicamente al subtítulo 24 ítem 03 298 "Reforzamiento Municipal" del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

12. **DISPÓNGASE,** la publicación del presente acto administrativo en el sitio de Gobierno Transparente de este Servicio de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

13. **COMUNÍQUESE,** la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO
DIRECTOR (S)
S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

KLGO.RFN/ABG.EZD/MAT.HMP/NUT.CCS/scc.
DISTRIBUCIÓN:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.P.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.P.
- Dpto. Jurídico S.S.V.Q.P.
- Of. de Partes S.S.V.Q.P.

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA- PETORCA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

PROGRAMA MÁS SALUD EN COMUNIDAD

En Viña del Mar, a 25 de mayo de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Director (S) don **HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, chileno, Ingeniero Civil Industrial, C.I N° , ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Diego Portales N°555, comuna y ciudad de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad.

La Municipalidad delega en el Departamento de salud Municipal, dependiente de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, la función de administrar y gestionar los servicios de salud primaria en la comuna, ejecutando medidas tendientes a materializar acciones y programas

de salud comunitaria; administrar los recursos humanos, materiales y financieros del servicio y organizar, coordinar, administrar y gestionar la atención primaria de salud municipal en la comuna, integrándose a la red comunal asistencial.

PRIMERO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, así como a las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL y a la modernización de la Atención Primaria, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **"Programa Más Salud en Comunidad",** que es de ejecución anual y debe ser implementado íntegramente dentro del período establecido en el presente convenio.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 261 del 02 de marzo de 2026** y, la asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 375 de fecha 20 de abril de 2026,** ambas del Ministerio de Salud.

SEGUNDO: El **"Programa Más Salud en Comunidad",** tiene las siguientes características y objetivos:

1. **Objetivo General:**
   Contribuir al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población mediante la consolidación de estrategias de promoción y prevención en salud que reconozcan, fortalezcan y proyecten las capacidades personales y comunitarias, promoviendo su rol protagónico en el marco de la Atención Primaria de Salud.

2. **Objetivo Específico:**

   - Implementar acciones de promoción y prevención en salud orientadas a mejorar el bienestar integral de la población en el marco de la Atención Primaria de Salud.
   - Fortalecer la participación comunitaria mediante el desarrollo de estrategias que involucren activamente a personas y organizaciones sociales en los cuidados integrales de salud en sus territorios.
   - Promover la generación de condiciones habilitantes a nivel comunal que faciliten la gestión y el ejercicio efectivo de la participación comunitaria en salud.
   - Fomentar el desarrollo de capacidades en las comunidades para la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, en coherencia con el enfoque territorial de la APS.

TERCERO: Las intervenciones del Programa serán a través de los siguientes componentes:

Componente	Descripción
1. Cuidados Promocionales de la salud comunitaria	Este componente tiene por objetivo la realización de intervenciones grupales en colectividades previamente identificadas y priorizadas, a partir del diagnóstico de salud comunitaria del establecimiento de salud y de la coordinación intersectorial. Una vez definido el grupo

	objetivo, se elabora un plan intersectorial de promoción que integra estrategias orientadas a fortalecer las capacidades de las personas y comunidades para mantener y potenciar la salud y el bienestar, mediante el desarrollo de recursos salutogénicos, como entornos protectores y vínculos sociales significativos. En su implementación, articula las funciones esenciales de la promoción de la salud: coordinación intersectorial, abogacía, comunicación social, participación comunitaria y educación para la salud. Estas acciones se integran a la gestión territorial de la Atención Primaria, promoviendo actividad física, alimentación equilibrada, salud mental positiva, entornos saludables y prácticas de bienestar, como parte de los planes comunales de salud y de la continuidad del cuidado con énfasis en el curso de vida: Niñez y adolescencia: Contribuye a fortalecer hábitos protectores de la salud física y mental y habilidades socioemocionales mediante acciones de promoción intersectorial en espacios educativos o comunitarios. Personas adultas: Refuerza la educación para la salud y el autocuidado, realiza actividades comunales o grupales que promuevan la actividad física, la alimentación saludable y la salud mental.
2. Prevención, detección y automanejo en salud.	Este componente tiene por objetivo la realización de intervenciones individuales a partir de las evaluaciones preventivas realizadas mediante el Examen de Medicina Preventiva (EMP) u otras estrategias de pesquisa en APS. El flujo de intervención comprende tres etapas: pesquisa de riesgo (incluyendo el tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), intervención consensuada —que puede incluir, entre otros, talleres, consejerías, seguimiento remoto, recomendación social, incorporando la intervención breve o motivacional cuando exista consumo de riesgo y la referencia asistida en casos que lo requieran— y evaluación de salida posterior a la intervención. En el manejo de los factores de riesgo identificados, se integran acciones de prevención primaria y secundaria orientadas a anticipar riesgos, detectar precozmente condiciones que afectan la salud y fortalecer las capacidades personales para el automanejo y la preservación de la funcionalidad. El componente pone énfasis en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y en las condiciones que comprometen la funcionalidad o el bienestar, desde una perspectiva de curso de vida, asegurando continuidad y coherencia en el cuidado entregado por la Atención Primaria de Salud: Niñez y adolescencia: la pesquisa temprana de riesgos físicos, mentales y sociales en entornos educativos y comunitarios, priorizando la salud mental, la prevención de consumos y el fomento de entornos seguros y protectores, en coordinación con el intersector.

	Personas adultas: Fortalecen la prevención y el control oportuno de factores de riesgo, favoreciendo la detección precoz de enfermedades crónicas, la participación en actividades preventivas, hábitos saludables y el desarrollo de capacidades para el automanejo de la salud.
3. Continuidad de los cuidados en comunidad.	Este componente tiene por objetivo asegurar la continuidad de los procesos de promoción, prevención y cuidados que realizan los equipos de sector en los establecimientos de salud mediante la captación activa de la población, la adherencia a las intervenciones y la vinculación comunitaria de las personas, familias y grupos priorizados. Incluye la incorporación de la población a controles, el seguimiento de quienes se encuentran bajo control, y la coordinación con redes comunitarias e intersectoriales que favorezcan la continuidad en el proceso de cuidado a través de la implementación de iniciativas de cuidados comunitarios por parte de la comunidad, incluyendo la recomendación social de estas como activos de salud para la comunidad en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Estas iniciativas de cuidados comunitarios deben reforzar la continuidad y coherencia de las acciones sanitarias a lo largo del curso de vida, promoviendo la participación efectiva de las personas y sus comunidades en la gestión de su salud y bienestar del establecimiento de salud. En este marco, la identificación, movilización y recomendación social de activos comunitarios constituye un componente estratégico de la atención integral en el espacio comunitario. Dichos activos —entendidos como recursos, capacidades, organizaciones, redes y espacios significativos disponibles en el territorio— contribuyen de manera sustantiva a fortalecer la cohesión social, ampliar las oportunidades de conexión social y favorecer el despliegue de cuidados comunitarios que complementan y potencian la acción de los equipos de salud.

La participación de las personas en los componentes podrá ser diferenciada, pudiendo acceder a uno, dos o a la totalidad de ellos, de acuerdo con sus necesidades, trayectorias y pertinencia técnica establecida por los establecimientos de APS. Para favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención, la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

La estrategia de intervención del programa reconoce que la salud y el bienestar de las personas y sus familias a lo largo del curso de vida están determinados por condiciones sociales, económicas, culturales, de género y ambientales que configuran sus oportunidades y estilos de vida. En este marco, el programa orienta su accionar a fortalecer

los factores protectores y a actuar sobre los factores modificables vinculados a los estilos de vida, los comportamientos y las condiciones sociales, mediante intervenciones personales, grupales y comunitarias que promueven el autocuidado, la participación y la cohesión social. Por lo tanto, es fundamental tener en consideración que la estrategia de intervención del programa se debe insertar en el marco de otras estrategias contenidas en la consolidación del MAIS (Planes de Salud Comunitarios), validando y/o actualizando la información de los diagnósticos de salud para la planificación y ejecución de actividades promocionales y preventivas que aportan a otros desafíos de los equipos de APS (por ejemplo, metas sanitarias). De esa forma, se busca integrar acciones de los equipos de salud, evitando la duplicidad o fragmentación de actividades, evitando la sobrecarga de trabajo.

La implementación del programa se organiza a través de tres niveles complementarios de acción:

- Intervenciones individuales, dirigidas a la detección oportuna de riesgos, el desarrollo de planes consensuados de automanejo y el seguimiento de las personas, priorizando el abordaje preventivo y la continuidad del cuidado.

- Intervenciones grupales, orientadas a la prevención y promoción de hábitos saludables, el fortalecimiento de habilidades protectoras y la educación para la salud, articuladas con el intersector y adaptadas a las etapas del curso de vida.

- Intervenciones comunitarias, destinadas a fortalecer la participación social, la articulación intersectorial y el uso de activos comunitarios para el bienestar, favoreciendo la sostenibilidad de las acciones y la autonomía local en los cuidados de la salud.

Para fortalecer la participación de la comunidad en la gestión del programa se conformará una instancia comunal de coordinación participativa, que operará como espacio permanente de comunicación, articulación y seguimiento entre la red de salud y las comunidades, en concordancia con la Norma General de Participación Social en la Gestión Pública de Salud del Ministerio de Salud (Resolución Exenta N°857 de 18 de junio de 2024).

Esta instancia, cuya denominación podrá adaptarse a la realidad local, constituye un mecanismo de gobernanza y estará compuesto por representantes de los equipos de Atención Primaria, organizaciones comunitarias, instituciones educativas e intersectoriales. Su función será garantizar la coherencia entre las estrategias territoriales del programa y las prioridades comunales definidas en el Plan de Salud Comunitaria de cada establecimiento.

Las siguientes intervenciones orientan la implementación territorial del programa y ejemplifican el tipo de prestaciones que pueden desarrollarse según cada componente, el cual deben adaptar a las características y prioridades locales a fin de cumplir con el propósito del programa, lo que incluye la aplicación de un cuestionario de ingreso y egreso de los participantes, complementario al de bienestar integral en salud (WHO 5) que será proporcionado por la División de Atención Primaria.

1: Cuidados Promocionales de la salud comunitaria Componente	2: Prevención, detección y automanejo en salud. Componente	3: Continuidad de los cuidados en comunidad
Talleres de promoción y bienestar: • Salud mental positiva y gestión emocional. • Alimentación saludable y preparaciones comunitarias. • Actividad física y movimiento consciente. Convivencia y autocuidado relacional. • Bienestar laboral y autocuidado de equipos de salud. • Vida saludable en espacios comunitarios o educativos.	**Talleres preventivos y de automanejo:** • Automanejo de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, dislipidemias). • Prevención de riesgo cardiovascular y metabólico en personas con malnutrición por exceso y sedentarismo • Manejo del estrés, ansiedad y depresión. • Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.	**Captación activa:** • Incorporación de personas al control preventivo mediante estrategias comunitarias, territoriales o de búsqueda activa. • Registro y actualización de población no controlada o con controles pendientes (Ficha CLAP, EMP).
Consejerías grupales: • Alimentación equilibrada y autocuidado nutricional. • Salud mental positiva, manejo de estrés y bienestar emocional. • Convivencia, respeto y relaciones saludables.	**Consejerías individuales:** • Salud mental y bienestar emocional. • Alimentación equilibrada • Actividad física y reducción del sedentarismo. • Prevención de consumos de riesgo. • Intervenciones breves en alcohol, tabaco y otras drogas en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes. • Entrevista motivacional para la toma de decisiones en salud.	**Adherencia y continuidad de intervenciones:** • Monitoreo de adherencia a talleres, consejerías e intervenciones establecidas en el plan consensuado. • Recordatorios, citaciones, seguimiento remoto o presencial para asegurar la permanencia en el proceso preventivo. • Identificación de interrupciones, barreras o ausentismo, y activación de acciones correctivas locales. • Recomendación social a recursos y activos comunitarios que apoyen el automanejo y la continuidad del cuidado.
Otras acciones de promoción: • Ferias comunales y entornos saludables.	**Seguimientos y acompañamientos:** • Seguimiento presencial o remoto de personas con	**Vinculación comunitaria:** • Difusión y dinamización de activos comunitarios. • Articulación y encuentro con redes comunitarias que

• Escuelas comunitarias de bienestar. • Caminatas, pausas activas y actividades intergeneracionales.	factores de riesgo identificados. • Referencia asistida frente a la pesquisa de consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas. • Recomendación social y derivación a talleres, recursos o	contribuyan al bienestar, la participación y la continuidad del cuidado. • Desarrollo de iniciativas de cuidados comunitarios promocionales y preventivas con participación de la comunidad. • Coordinación con juntas de vecinos, organizaciones sociales, establecimientos educacionales y oficinas municipales para asegurar continuidad de la gestión intersectorial. • Fortalecimiento de redes comunitarias para garantizar la sostenibilidad y continuidad del cuidado en el territorio.

COMPLEMENTARIEDADES

a) Complementariedades internas

El Programa se enmarca en la necesidad de responder de manera integral a las demandas de la población, optimizando el uso de los recursos públicos y evitando la fragmentación de las acciones. Más que mantener estructuras separadas, propone una estrategia que integra capacidades, reorganiza equipos y focaliza los esfuerzos en intervenciones de alto impacto sanitario y social, garantizando coherencia con los principios de la Atención Primaria de Salud (APS).

El eje central de esta complementariedad es la articulación territorial y multisectorial, reconociendo que la salud se construye desde los determinantes sociales y requiere la acción coordinada de diversos sectores, niveles del sistema y actores comunitarios. En este marco, el Programa instala la transversalidad del cuidado integral a lo largo del curso de vida y fortalece el rol preventivo y promocional de la APS.

Los cuidados integrales en APS se entienden como la provisión continua y coordinada de servicios que abordan la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con enfoque en la persona, la familia y el territorio. En este sentido, los Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) se integran como herramientas clave para la detección temprana, la estratificación de riesgo y la vinculación oportuna a talleres e intervenciones comunitarias.

A nivel comunal, la articulación intersectorial se definirá según las dinámicas locales, potenciando instancias existentes como la Comisión Mixta de Salud y Educación y espacios participativos consolidados, sin crear nuevas estructuras obligatorias. Asimismo, se

promoverá el trabajo conjunto con las principales oficinas municipales vinculadas al ámbito social y comunitario como DIDECO, OPD, Oficinas de la Mujer, Discapacidad, Jóvenes, Migrantes, Seguridad Pública, Deportes, Cultura y programas de promoción social, etc., fortaleciendo las estrategias preventivas, promocionales y la continuidad del cuidado en el territorio.

b) complementariedad a nivel externo

El Programa reconoce ámbitos de complementariedad con otras políticas y programas del Estado que contribuyen a la promoción de salud, la prevención de riesgos y el fortalecimiento comunitario en la Atención Primaria de Salud. Dichas complementariedades no implican coordinación operativa obligatoria en todos los territorios, sino vías de articulación posibles que podrán activarse según pertinencia local, disponibilidad institucional y alcance programático de los actores involucrados.

En este marco, se reconocen ámbitos de complementariedad temática con iniciativas de otros sectores del Estado vinculadas a: promoción de entornos educativos saludables (Ministerio de Educación), actividad física y vida activa (Ministerio del Deporte y Sistema Elige Vivir Sano), desarrollo social y apoyos comunitarios (Ministerio de Desarrollo Social y Familia), prevención de consumo de sustancias (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol), desarrollo urbano saludable (MINVU / SUBDERE) y bienestar cultural y artístico territorial (Ministerio de las Culturas).

CUARTO: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través "del Servicio", asigna al Municipio, desde el acto administrativo que aprueba el presente convenio, la suma anual y única de **$52.567.791.- (Cincuenta y dos millones, quinientos sesenta y siete mil, setecientos noventa y un pesos),** para el cumplimiento del presente convenio y alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el programa, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello. A su vez, la Municipalidad acepta la referida suma y se obliga a aplicarla y ejecutarla únicamente en el **"Programa Más Salud en Comunidad".**

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

1) **La primera**: correspondiente al 70% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

2) **La segunda:** correspondiente al 30% del total, que se transferirá en el mes de octubre y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

QUINTO: La rendición financiera mensual se informará y rendirá a través de la Plataforma SISREC, conforme a lo dictado en la Resolución N°30/2015 de la Contraloría General de la República.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS	CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos a la comuna en dos (2) cuotas:	
Cuota 1 (70%)	**$36.797.454**
Cuota 2 (30%)	**$15.770.337**
Requisitos para la transferencia de la Cuota 1	La primera cuota se transferirá contra total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisitos para la transferencia de la Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición de cuentas de la cuota anterior por parte de la Municipalidad y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

SEXTO: Los recursos asignados en virtud del presente convenio serán distribuidos por componentes, de acuerdo con el siguiente detalle:

ITEM	MONTO ASIGNADO
Recurso Humano (componentes 1, 2 y 3)	$40.522.264
Acciones Componente 1: Cuidados promocionales de la salud comunitaria	$3.045.527
Acciones Componente 3: Continuidad de los cuidados en comunidad	$5.000.000
Insumos y movilización	$4.000.000
TOTAL	**$52.567.791**

Componentes del programa y recursos entregados a la comuna por Ítem:

Los recursos asociados al presente programa deberán destinarse exclusivamente al financiamiento de actividades vinculadas a su ejecución, considerando los objetivos, metas, indicadores, estrategias, población beneficiaria y localización definidos.

Asimismo, podrán ser utilizados en acciones de carácter promocional, preventivo y de continuidad del cuidado, incluyendo recurso humano, bienes y servicios, insumos, materiales, apoyos logísticos, movilización, capacitaciones y otros gastos necesarios para el cumplimiento de los objetivos programáticos, en coherencia con la planificación territorial y sanitaria de cada establecimiento.

Componentes del Programa:

- **Componente 1: Cuidados promocionales de la salud comunitaria**
  Los recursos podrán destinarse a la ejecución de talleres, actividades educativas, acciones intersectoriales, fortalecimiento de entornos saludables y estrategias de participación comunitaria, incluyendo los apoyos operativos necesarios para su implementación.

La planificación deberá resguardar coherencia con las metas sanitarias y la sostenibilidad de las acciones en el territorio.

- **Componente 2: Prevención, detección y automanejo en salud**
  Se podrán financiar intervenciones individuales y grupales tales como consejerías, intervenciones breves, talleres de automanejo y actividades educativas orientadas al cambio de conducta y control de factores de riesgo, asegurando la continuidad del cuidado y el adecuado registro para efectos de monitoreo.

- **Componente 3: Continuidad de los cuidados en comunidad**
  Este componente estará orientado a fortalecer la captación activa, el seguimiento y la vinculación comunitaria de personas y grupos priorizados, promoviendo la recomendación social de activos comunitarios como estrategia de continuidad del cuidado.

  Incluye la ejecución de iniciativas comunitarias en salud, definidas en coherencia con el diagnóstico territorial y elaboradas participativamente entre las organizaciones comunitarias y el establecimiento de salud, conforme al formulario establecido en la Orientación Técnica del programa.

  Para estos efectos, cada establecimiento contará con un monto mínimo anual de $5.000.000, cuyo uso será objeto de revisión técnica conforme a la planificación y selección de iniciativas.

Se establece que, dentro del componente 3:

- Solo podrán financiarse recursos humanos de carácter temporal, que no impliquen continuidad contractual, y que no superen el 20% del total del financiamiento aprobado.
- No podrá destinarse más del 20% del monto asignado a la contratación de servicios especializados.
- No se permitirá el arriendo de inmuebles ni la inversión en infraestructura.
- En caso de traspaso de bienes a organizaciones comunitarias, deberá existir el correspondiente acto administrativo, conforme a la normativa municipal vigente (comodato).

Medios de verificación para la rendición financiera

Se considerarán como medios de verificación:

- Registros de asistencia que incluyan, a lo menos: fecha, nombre de la actividad, nombre y firma del responsable, nombre completo de los participantes, RUT, organización a la que pertenecen y firma.
- Registro fotográfico, el cual deberá estar respaldado por lista de asistencia, no constituyendo por sí solo medio de verificación.
- Sistematización de actividades tales como conversatorios, reuniones, encuentros u otros.

Consideraciones generales

Recursos humanos:

Corresponden a capacidades previamente asociadas a las líneas programáticas, resguardando la continuidad de funciones de promoción, prevención y cuidados comunitarios.

En caso de requerirse incremento de dotación, este deberá contar con evaluación técnica y aprobación del Servicio de Salud correspondiente.

Movilización:
Destinada al traslado del personal y beneficiarios hacia los territorios, exclusivamente para actividades del programa.

Insumos:
Incluyen materiales, implementos, artículos y elementos de apoyo necesarios para la ejecución de actividades, incluyendo material de difusión.

Restricciones de uso de los recursos
No podrán financiarse con cargo a este programa:

- Compra, construcción o arriendo de bienes inmuebles.
- Adquisición de vehículos.
- Inversión en infraestructura.
- Gastos no relacionados directamente con los objetivos del programa.
- Pago de deudas, multas, intereses u otros compromisos ajenos a la ejecución.

Otras disposiciones
Excepcionalmente, y previa justificación y aprobación del Servicio de Salud, podrán adquirirse bienes inventariables necesarios para la ejecución de actividades, los cuales deberán ser debidamente registrados conforme a la normativa vigente.

El plan de gastos deberá ser visado y aprobado por la contraparte técnica del Servicio de Salud previo a su ejecución.

La ejecución del programa deberá resguardar criterios de pertinencia, proporcionalidad y trazabilidad del gasto, asegurando su coherencia con los componentes del programa y con la planificación anual del establecimiento, la cual deberá ser aprobada por el Servicio de Salud correspondiente.

SÉPTIMO: Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización previa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, por medio de una solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente. Tal redistribución requerirá una modificación del convenio y como tal implica la formalización de la misma, la que una vez acordada deberá ser aprobada por Resolución.

OCTAVO: 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".

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

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.

NOVENO: 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), y de conformidad a la siguiente tabla:

Detalle por Ítem:

Población total para ingresar para el año 2026	Recurso Humano (RRHH)	Acciones Componente 1 y 3	Insumos Y movilización	Total
467	$40.522.264	$8.045.527	$4.000.000	**$52.567.791**

En caso de que la Municipalidad requiera 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, deberá solicitarse la autorización del Servicio, quien determinará la pertinencia de lo requerido

DÉCIMO: "La Municipalidad" se obliga a:

1. Cumplir las acciones señaladas por el presente convenio desarrollando estrategias específicas.
2. Implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.
3. Mantener los recursos transferidos por "el Servicio" en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte del servicio.
4. A contar con los profesionales y técnicos contratados por las horas definidas por el presente convenio, como así mismo asegurar la movilización de los equipos para otorgar las atenciones a las personas que requieran evaluación o de continuidad a las que ya han sido ingresadas al programa.
5. Contar con la disponibilidad de insumos definidos para el programa.
6. Realizar las contrataciones del personal para dar cumplimiento al objeto del presente convenio, a través de la contratación a plazo fijo o indefinido regulada en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal o en su caso a través de un contrato de honorarios cuando correspondiere conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 18.883 Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales aplicable en forma supletoria en Salud Primaria según lo dispuesto en el Artículo 4 de la Ley 19.378, ya citada.

7. Rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa, en sistema SISREC.

DÉCIMO PRIMERO: La I. Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las actividades y metas del programa de acuerdo con la siguiente tabla:

Indicadores y medios de verificación de metas

Indicadores de propósito

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo
Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	(N° de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 post intervención/ N° total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa) x100

Indicadores Complementarios

Compo-nentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Ponderación	Medio Verificación
1, 2 y 3	Porcentaje de actividades de promoción, prevención y continuidad del cuidado ejecutadas conforme al Plan de Salud Comunitaria.	(Número de actividades ejecutadas en el período / Número total de actividades programadas en el Plan de Salud Comunitaria) × 100	≥ 85%	10	REM A 19a Sección B Reporte Plan de Salud Comunitaria (Meta Sanitaria 8) (Indicador Instrumento certificación MAIS 2.1 Integralidad)
2	Porcentaje de personas con Examen de Medicina Preventiva (EMP) alterado que cuentan con un plan de salud consensuado registrado en ficha.	(N° de personas con EMP alterado que cuentan con plan de salud consensuado registrado en ficha / N° total de personas con EMP alterado) × 100	≥ 70%	20	Año 1: Registro local de EMP realizado que cuentan con plan de cuidado.
	Porcentaje de intervenciones breves realizadas a personas de 10 años y más con consumo de riesgo de alcohol,	(N° de intervenciones breves en alcohol, tabaco y otras drogas realizadas a personas con consumo de riesgo/N° de	8%	10	Numerador: REM A27 Sección F Denominador: REM A03 Sección D.1

	tabaco y otras drogas.	tamizajes de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas aplicados) x 100			
	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en factores de riesgo definidos en el plan consensuado post intervención del programa.	(N° de personas que presentan mejoría, en al menos un factor de riesgo definidos en el plan consensuado post intervención / N° total de personas con plan consensuado evaluadas (pre y post intervención)) x 100.	≥ 40%	20	Año 1: Registro local
	Adherencia de personas participantes que completan el ciclo de talleres del programa	(N° de personas que completan > al 80% del ciclo de talleres del programa/ Total de personas ingresadas a ciclos de talleres del programa) × 100	≥ 60%	10	Registro de Asistencia de sesiones de talleres
3	Porcentaje de personas participantes mejoran su conexión social a los 3 meses o al egreso del programa a través de la recomendación social de activos comunitarios.	(N° de personas participantes del programa que a los 3 meses o posterior del egreso del programa participan de actividades comunitarias / N° total de personas egresadas del programa) × 100	≥30%	15	REM A19b Registro local de seguimiento telefónico a los 3 meses de egreso para verificación de vinculación con activos recomendados
	Porcentaje de establecimientos de salud de APS ejecutan exitosamente al menos una iniciativa de cuidados comunitarios en salud postuladas por la comunidad.	(N° de establecimientos de salud de APS ejecutan exitosamente al menos una iniciativa de cuidados comunitarios en salud postuladas por la comunidad en el año t/ N° total de establecimientos de		15	Registro pauta comunal. REM A19B sección B.

		APS de las comunas que atiende el programa en el año t) *100			

DÉCIMO SEGUNDO: Plan de Indicador y Evaluación de metas.

El proceso de monitoreo se realizará mensualmente, para ello la Municipalidad deberá enviar los datos que aparecen en las tablas de: Indicadores y medios de verificación de metas, descrito en la cláusula precedente, al referente técnico del programa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca al correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de julio y 31 de diciembre, emitiendo informes de avance técnico y financiero. Cada comuna deberá enviar sus reportes al Servicio de Salud respectivo, el cual consolidará la información y la remitirá al Ministerio de Salud antes del 20 de agosto y del 20 de enero del año siguiente. El ministerio de salud implementará una plataforma/módulo informático para el registro de procesos y resultados del programa. En su ausencia, los ejecutores deberán mantener registros locales que permiten informar los indicadores del programa

DÉCIMO TERCERO: Incumplimiento de metas

En caso de que la Municipalidad no alcance el porcentaje de cumplimiento exigido a la fecha del pago de la segunda cuota, se efectuará un proceso de reliquidación de recursos. Lo anterior, implica un ajuste o corrección en el financiamiento del proyecto, después de una evaluación de su progreso y resultados, de conformidad al plan de indicador y evaluación de metas descrito en la cláusula precedente, modificando el presupuesto para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Los recursos que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

Una vez realizada la segunda evaluación de cumplimiento de los componentes del Programa, las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, redistribuyéndose proporcionalmente las metas, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización por escrito del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente, Orientaciones técnicas y objetivos de las estrategias del Programa. Dicha redistribución requerirá una modificación del convenio, la cual debe ser formalizada mediante el acto administrativo correspondiente.

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

DÉCIMO CUARTO: El proceso de evaluación se efectuará en dos etapas anuales, considerando tanto el avance técnico como el cumplimiento financiero.

a. **Primera evaluación**: Se efectuará con corte al **31 de julio** de la presente anualidad. Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas. de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación.

   Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (30%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
40% o más	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

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

b. **Segunda evaluación**: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo final de la cláusula precedente, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria. las comunas mantienen a todo evento la obligatoriedad de la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

   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.

DÉCIMO QUINTO: El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa con los detalles y especificaciones que se estime del caso, en conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, pudiendo ejecutar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, disponiendo de un sistema de registros que permita la evaluación control y monitoreo de las actividades con indicadores confiables, de fácil recolección y manejo a nivel local.

Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMO SEXTO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la establecida en el presente convenio. En caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para la ejecución del mismo, será de su exclusiva responsabilidad el pago de los saldos que excedan los montos transferidos.

Por su parte, la Ilustre Municipalidad, a través de su Departamento de Salud Municipal, se compromete a ejecutar el programa conforme a las cláusulas del presente convenio, declarando conocer los componentes establecidos y obligándose a realizar el gasto presupuestario en el respectivo programa conforme a la normativa vigente.

Queda expresamente prohibida la imputación de gastos presupuestarios a otros programas de Atención Primaria de Salud distintos al presente.

Asimismo, la Ilustre Municipalidad declara conocer las resoluciones ministeriales que aprueban el programa y sus componentes.

DÉCIMO SÉPTIMO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, mediante fiscalización realizada por la Unidad de Convenios y Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio, sin perjuicio de las facultades de supervisión del Ministerio de Salud y de la Contraloría General de la República, de conformidad con lo establecido en la Resolución N°30/2015 y Resolución N°1858/2023, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

La Municipalidad deberá rendir cuenta de los recursos transferidos mediante el Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), de conformidad con la normativa vigente. Las rendiciones deberán efectuarse mediante la presentación de documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previamente autorizados por el ministro de fe de la Municipalidad, que respalden los gastos efectuados. Tales documentos deberán justificar cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles asociados al SISREC (como ministro de fe, encargado, analista y administrador) estarán sujetos a responsabilidad administrativa, debiendo informarse oportunamente al Servicio cualquier

cambio en dichas designaciones. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe estará sujeto a responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y debidamente fundados en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio podrá disponer un procedimiento alternativo, informando a la Contraloría General de la República para su conocimiento, debiendo regularizarse posteriormente en la plataforma una vez superados los inconvenientes.

La Municipalidad deberá reintegrar a la Tesorería General de la República los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, dentro de los plazos establecidos en la normativa vigente, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio, conforme a lo establecido en el art. 26 de la Ley N°21.796, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2026, y en concordancia con el DL N°1263, del año 1975 y lo dispuesto en el art. 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General; no pudiendo extenderse el proceso de rendición de cuentas por más de seis meses contados desde la finalización de las actividades.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud, que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

La Municipalidad deberá ejecutar el presente convenio aplicando sus sistemas de control y rendición de cuentas conforme a lo dispuesto en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, especialmente en lo relativo al control sobre recursos transferidos, evaluación de resultados y obligaciones de rendición, debiendo adoptar las medidas necesarias para asegurar el correcto uso de los fondos públicos.

El periodo a rendir del mes de enero 2027 corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026, cuyos pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados, pues sólo podrán incorporarse en la rendición aquellos gastos que sean anteriores a la tramitación del presente convenio y siempre que correspondan al año presupuestario 2026.

DÉCIMO OCTAVO: Vigencia del Convenio:

- La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá **hasta el 31 de diciembre de 2026**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, para aquellas comunas que acrediten haber dado continuidad ininterrumpida a los programas que han sido fusionados, la vigencia del "Programa Más Salud en Comunidad" se extenderá, para efectos de ejecución y rendición de los recursos asociados, desde el **01 de enero de 2026** y hasta el **31 de diciembre de 2026.** Lo anterior, por razones de buen servicio, continuidad del servicio y de urgencia sanitaria, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

Para hacer efectiva la excepción señalada, la comuna deberá acreditar la continuidad ininterrumpida a los programas fusionados durante el referido periodo, mediante documento emitido por su autoridad competente. Dicha información deberá ser enviada y aprobada por el referente técnico del programa del S.S. Posteriormente, la comuna deberá subir el documento firmado a la Plataforma SISREC.

- Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

- Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

- El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley N°21.796.

DÉCIMO NOVENO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico del Servicio (o quienes legalmente les subroguen, quienes contarán con las facultades necesarias para el cumplimiento de los objetivos del programa) respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud, y quien, además, deberá velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes; a su vez, tendrá a su cargo la responsabilidad de elaborar y tramitar un certificado técnico para ser adjuntado a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del "Programa Más Salud en Comunidad" a **Leonardo Morales** correo electrónico leo.mobe.93@gmail.com.

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa. La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca al correo electrónico christian.cardenas@redsalud.gob.cl

VIGÉSIMO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

VIGÉSIMO PRIMERO: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno con la Municipalidad y el restante, en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°26/2025 y N°24/2025, del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

Powered by ecert
Firma electrónica avanzada
PATRICIO DANIEL PALLARES VALENZUELA
2026.06.03 12:21:48 -0400

PATRICIO PALLARES VALENZUELA	**HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**
ALCALDE	**DIRECTOR (S)**
I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA	**S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**

KLGO.RFN/ABG.NGM/MAT.HMP/NUT.CCS/NUT.ABP/scc.

Documento Firmado Digitalmente SSVQ