

DECRETO N° **7338**

CAÑETE, 23 JUN 2020

VISTOS

- La Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confiere.-
- La Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.-

CONSIDERANDO

- El Convenio de fecha 18 de Marzo del año 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete, representada por su Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra, y el Servicio de Salud Arauco representado por su Director Sr. Leonardo Rivas Solar, Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2020.-
- La Resolución Exenta N° 637 de fecha 02 de Abril del año 2020, que aprueba dicho Convenio.-

DECRETO

- 1.- APRUEBASE**, el Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete y el Servicio de Salud Arauco.-
- 2.- IMPUTASE**, los ingresos y gastos del que irroga la ejecución de presente Decreto Alcaldicio, al Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2020, ingreso 214-05-07, egreso 114-05-07.-

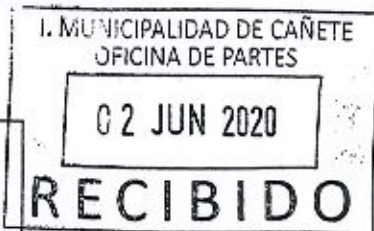
ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE


JESSICA CAMPOS SOTO
SECRETARÍA MUNICIPAL


JORGE RADONICH BARRA
ALCALDE

V° B° Control/AETH/lpaj
DISTRIBUCION

- Secretaría Municipal
- Unidad de Control
- Departamento de Salud Municipal
- Unidad de Finanzas Depto. Salud
- IDDOC N° 312612



solano 312.020
1768

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 637
MAT.: Aprueba Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS); I. Municipalidad de Cañete año 2020.

DEPTO. ASESORIA JURÍDICA MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
MCC/W/TP/JFB/GAY/CAÑETE DEPTO. SALUD

RECIBIDO
Fecha: 12-06-20 LEBU,
VISTOS: Nº: 272

02 ABR. 2020

1. Las atribuciones previstas en el Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 del año 1979.-
2. La Ley 19.414 de 1995, del Ministerio de Salud, que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Arauco.-
3. El D.S. 140 de 2004 del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.-
4. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 1996 del Ministerio de Salud, que crea al Servicio de Salud Arauco.-
5. El Decreto Afecto N. 06 de fecha 22 de enero de 2019 del Ministerio de Salud, que designa Director Titular del Servicio de Salud Arauco a don Leonardo Rivas Solar.-
6. La Ley 21.192 del Presupuestos del Sector Público para el año 2020.-
7. La Resolución Exenta N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que establece normas de Procedimientos de Rendición de Cuentas.-
8. La Resolución N° 6,7 y 8 todas del año 2019 de la Contraloría General de la República.-

CONSIDERANDO:

1. La Resolución Exenta N° 996 de fecha 19 de diciembre del 2019, que aprueba Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS), del Ministerio de Salud.-
2. La Resolución Exenta N°92 de fecha 20 de febrero de 2020, que distribuye recursos de dicho Programa.-
3. El Memorandum de solicitud N° 54 de 16 de marzo de 2020, de Jefe Subrogante Depto. Atención Primaria de Salud y Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arauco.-
4. Convenio con fecha 18 de marzo de 2020, entre el Servicio de Salud Arauco y la Municipalidad de Cañete.-
5. La necesidad de aprobar Convenio , de manera de hacerlo operativo y dar cumplimiento a los fines del mismo.-

RESUELVO:

1. **APRÚEBASE** por medio de la presente Resolución Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en Atención Primaria (MAIS), de fecha 18 de marzo de 2020 suscrito con I. Municipalidad de Cañete.-
2. **AUTORIZÁSE** la transferencia a I. Municipalidad de Cañete la suma total y única de **\$2.888.394.- (dos millones ochocientos ochenta y ocho mil trescientos noventa y cuatro pesos).**-
3. **IMPÚTASE** los gastos que irrogue la presente Resolución al Subt. 24, 2403298 "Atención Primaria" Ley 19.378.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE y ARCHÍVESE.-



ING. 214.05.07.

610. 114.05.07.

DISTRIBUCIÓN:

- ◆ Municipalidad de Cañete
- ◆ Depto. APS y Gestión Asistencial- SSA
- ◆ S.D.M- SSA
- ◆ Depto. Recursos Financieros- SSA
- ◆ Depto. Asesoría Jurídica - SSA
- ◆ Oficina de Partes - SSA



CONVENIO
PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2020
SERVICIO DE SALUD ARAUCO
CON
I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE

En Lebu a 18 de marzo 2020, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Carrera N°302, Lebu, representado por su **Director Sr. Leonardo Rivas Solar**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD CAÑETE**, persona jurídica de derecho público, Rut 69.160.500-0, domiciliada en calle Arturo Prat N°220 de la comuna de Cañete, representada por su **Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el Ministerio de Salud, en su Decreto Anual reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°996 de fecha 19 de Diciembre de 2019**, que aprueba el programa y **Resolución N° 92 de fecha 20 de Febrero de 2020**, que distribuye los recursos, ambas del Ministerio de Salud y anexas del presente convenio y que se entiende forman parte integrante del mismo, y en el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes componentes, estrategias y productos esperados del "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la Atención Primaria":

Componente N° 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 2 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.
- En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. El centro de salud y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.
- Las evaluaciones y pre evaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa.

Componente N° 2: Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

Estrategias:

- Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/Comunidad).
- Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que debe seguir implementando el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

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

Estrategias:

- Estratificación según riesgo, de la población de 15 y más años beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones.
- En los Cesfam definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas con cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de caso entre otros.
- En los Cesfam definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, plan de cuidado colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.
- Para la población sin condición crónica o aun no diagnosticada, se fortalecen acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

Se asignan recursos a los Servicios de Salud para la implementación.

Productos esperados:

Componente N° 1:

- Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal.
- Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los centros de Salud.

Componente N° 2:

- Planes de mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Evaluación de los avances planificados.

Componente N° 3:

- Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.
- Población estratificada según riesgo
- Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos
- Equipo de salud con actualización de conocimientos
- Incorporación de recurso humano que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusula tercera y quinta el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio de Cañete, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$2.888.394.- (Dos millones ochocientos ochenta y ocho mil trescientos noventa y cuatro pesos)**, para consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

El Municipio se compromete a dividir el monto asignado en los siguientes establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo a la siguiente distribución:

CECOSF ANTIQUINA	\$1.053.594
PSR PANGUECO	\$305.800
PSR CAYUCUPIL	\$305.800
PSR LLENQUEHUE	\$305.800
PSR HUENTELOLEN	\$305.800
PSR LLONCAO	\$305.800
PSR POCUNO	\$305.800
TOTAL	\$2.888.394.-

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y además se compromete a financiar exclusivamente las actividades relacionadas al programa, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

El Servicio de Salud determinara la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, acordes a las necesidades del Programa.

Se exceptúan las actividades de celebración, paseos y de orden recreativo.

QUINTA: Además de las estrategias definidas en la cláusula tercera, también el Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general y objetivos específicos del Programa, es decir:

Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

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

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las estrategias definidas en la cláusula tercera y quinta, de acuerdo al punto VI. Monitoreo y Evaluación del Programa, que forma parte integrante de este convenio.

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

La primera evaluación se realizará con corte al 30 de Abril: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, indicando los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, en virtud de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año respectivo; a su vez, el Servicio de Salud deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo del año en curso, el informe consolidado.

La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado VII indicadores y medios de verificación. El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez, el Servicio de Salud deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de septiembre del año respectivo, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

Para el caso de que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud sea inferior al 60%, procederá la reliquidación del Programa en el mes de octubre del año respectivo. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento. Los recursos que resulten de la reliquidación, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a aquellas comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha de corte del año en curso, en el mismo programa.

La tercera evaluación y final, se efectuara al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio de verificación	Peso relativo	Peso relativo
Componente 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal. Este Indicador es solo para nuevos establecimientos de salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Hospitales Comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar.	Numerador: N° de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumentos definidos. Denominador: N° de Centros de Salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar	100% de los centros de salud comprometidos con aplicación del instrumento definido	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de Convenios	15%	30%
Componente 2: Implementar, plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma .	Numerador: N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas Denominador:	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejoras.	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por el Servicio de Salud	65%	70%

Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud		Indicador: Nº actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras				
Componente 3: Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador: Nº de establecimientos con agendamiento o según nivel de estratificación Denominador: Nº total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avances cuali-cuantitativos de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	20%	Cuando no aplique este indicador
	Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado	Numerador: Nº de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado. Denominador: Nº total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral	REM A05	20%	Cuando no aplique este indicador

SEPTIMA: En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del Programa. No obstante lo anterior, si

existen razones fundadas, la comuna podrá solicitar que no se aplique la reliquidación, siempre que presente una solicitud en ese sentido ante el Servicio de Salud, adjuntando los antecedentes que respaldan las razones de incumplimiento, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, analizará la petición y sus antecedentes y de estimarlo procedente los remitirá al Ministerio de Salud, que resolverá finalmente la petición.

Lo anterior, no obsta a que el Servicio de Salud evalúe el Programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas cumplan su obligación de rendir cuenta y evaluar las metas al final del periodo, por cada centro de salud en convenio.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, siempre que el Programa se encuentre vigente en ese año.

OCTAVA: Los recursos serán asignados por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio y el 30% restante en octubre del año respectivo, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa

NOVENA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera y quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Señalar que el programa es parte del convenio y además que el Servicio impartirá normas técnicas para la ejecución de dicho programa para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud Arauco y el Municipio acuerdan otorgar mandato al Servicio Salud Arauco para que este modifique de manera unilateral el presente convenio solo en cuanto dicha modificación tenga por objeto beneficio para el municipio: Modificación que importe mayor asignación de recursos, rebaja de los indicadores o cumplimiento de metas, extensión de plazo de ejecución, bastando para ello la dictación de la Resolución Exenta que modifica el convenio, entendiéndose formar parte integrante del convenio primitivo.

DÉCIMA TERCERA: La personería de Sr. Leonardo Rivas Solar para representar al Servicio de Salud de Arauco consta en Decreto Afecto N° 06 de fecha 22 de enero de 2019, del Ministerio de Salud.

La personería de don Jorge Radonich Barra, para actuar en representación de la I. Municipalidad de Cañete consta en Decreto Alcaldicio N° 10731 del 06 de diciembre de 2016.


DÉCIMA CUARTA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo


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





SR. JORGE RADONICH BARRA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE





SR. LEONARDO RIVAS SOLAR
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCO

