



MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES
SECRETARÍA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO
MGM/MAV

1260 121

105725 -

9711



MAT: Ratifica convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de las Condes año 2026.

DECRETO SECCIÓN 1ª N.º 2710

LAS CONDES, 14 AGO 2026

VISTOS:

- Lo establecido en el DFL N°1/19.653 de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- Lo establecido en el D.F.L. N.º 1 del Ministerio del Interior, publicado en el diario oficial del día 26 de julio de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- El convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de las Condes año 2026, suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Municipalidad de Las Condes, de fecha 11 de mayo de 2026.
- Resolución Exenta N° 801, de fecha 12 de junio de 2026, emitida por el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que aprueba el convenio mencionado en el párrafo precedente.
- El Decreto Alcaldicio N°2961/P2026 de fecha 07 de julio de 2026, que establece el orden de subrogancia al cargo de Administrador Municipal.
- Decreto alcaldicio sección 1ª N°1125 de fecha 13 de marzo 2014, que delega atribuciones al Administrador Municipal.
- Decreto alcaldicio N°3593/P2024 de fecha 06 de diciembre de 2024, que designa el cargo de Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- La necesidad de ratificar el convenio suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Municipalidad de Las Condes denominado convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de las Condes año 2026.
- Que el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Metropolitano Oriente conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de \$59.411.698.- (Cincuenta y nueve millones cuatrocientos once mil seiscientos noventa y ocho pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del Programa Mas Salud en Comunidad.



DECRETO:

- 1º. **RATIFÍCASE** en todas y cada una de sus partes el convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de las Condes año 2026, suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Municipalidad de Las Condes, suscrito el 11 de mayo de 2026.
- 2º. El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Metropolitano Oriente conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de \$59.411.698.- (Cincuenta y nueve millones cuatrocientos once mil seiscientos noventa y ocho pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento del convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de las Condes año 2026, suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Municipalidad de Las Condes, conforme lo establecido en la cláusula tercera del convenio aprobado por Resolución Exenta N° 801, de fecha 12 de junio de 2026, cuya utilización de recursos está contemplada de la siguiente forma:

ITEM	MONTO
RR.HH e Insumos y movilización (\$) componente (1-2-3)	\$49.411.698
Acciones (\$) componente 1-3	\$10.000.000
TOTAL	\$59.411.698

RRHH* (profesionales categoría B y/o TENS y/o gestores comunitarios).

- 3°. El Municipio se compromete a utilizar los recursos asignados para financiar la ejecución del convenio Programa Mas Salud en Comunidad Comuna de Las Condes año 2026, conforme a lo establecido en la cláusula cuarta del presente convenio, a través de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.
- 4°. La Municipalidad de las Condes se obliga a registrar a través de la plataforma SISREC, las prestaciones otorgadas a los usuarios aplicando las condiciones administrativo – técnicas ya descritas en este convenio, en la periodicidad indicada conforme a lo dispuesto en la cláusula décima y décima primera del convenio. La Corporación de Educación y Salud será responsable de este acto a través de sus establecimientos a cargo, entregando las nóminas de prestaciones, respaldos documentales físicos o electrónicos digitalizados, según corresponda, validados por el ministro de Fe comunal.
- 5°. El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2026. Sin perjuicio de lo anterior, en cuanto a las obligaciones derivadas de la rendición de cuentas, éstas subsistirán hasta el cierre del proyecto en SISREC, una vez aprobada la rendición o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados no rendidos u observados, conforme a lo previsto en el artículo 26 de la Ley de Presupuestos del año 2026. Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero del 2026, por lo que dichas atenciones se imputarán a los recursos transferidos según el presente convenio.
- 6°. El presente Decreto se publicará desde la fecha de su total tramitación en el portal de Transparencia Municipal de acuerdo con la Ley N.º20.285 y a su vez será notificado a la Corporación de Educación y Salud de Las Condes, por el secretario Municipal a su representante legal, personalmente o por carta certificada, en el domicilio señalado por la organización.

POR ORDEN DE LA SRA. ALCALDESA

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


ADMINISTRADORA MUNICIPAL


SECRETARIO MUNICIPAL

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección de Control
- Dirección de Administración y Finanzas
- Corp. De Educación y Salud
- Dirección Jurídica
- Depto. de Presupuesto
- Oficina de Partes



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
UNIDAD GESTIÓN OPERACIONAL
N°2080110-79

**CONVENIO
PROGRAMA MAS SALUD EN COMUNIDAD
COMUNA DE LAS CONDES
AÑO 2026**

En Santiago, a 11 de mayo de 2026, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Canadá N°308, Providencia, representado por su Director **D. Alberto Vargas Peyreblanque**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Las Condes**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Apoquindo N°3400, representada por su Alcaldesa **D. Catalina San Martín Cavada**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el Decreto N°14, de fecha 19 de enero de 2026, que modifica Decreto N°21/2024, ambos del Ministerio de Salud, que reiteran 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 Mas Salud en Comunidad cuyo propósito mejorar la salud y bienestar de personas, familias y comunidades mediante el fortalecimiento de las capacidades promocionales, preventivas y de cuidados comunitarios de la Atención Primaria de Salud con participación de las organizaciones, asegurando continuidad y diferenciación de los cuidados a lo largo del curso de vida.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°261, de fecha 02 de marzo de 2026, del Ministerio de Salud y el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

El monto de los recursos totales asignados se encuentra definido en la Resolución Exenta N°375, de fecha 20 de abril de 2026, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos al Programa Mas Salud en Comunidad para el año 2026.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma de **\$59.411.698.- (cincuenta y nueve millones cuatrocientos once mil seiscientos noventa y ocho pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del Programa Más Salud en Comunidad, los que serán transferidos de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula séptima del presente instrumento, para un total de **423 cupos** anuales.



[Handwritten signatures]

Cada CESFAM resguardará de este total de recursos, un monto mínimo de **\$5.000.000 (Cinco millones de pesos)** anuales, cuyo gasto específico será para financiar al menos una iniciativa de cuidados comunitarios en salud postuladas por la comunidad (componente 3), según lo dispuesto en la Orientación Técnica del Programa.

La utilización de recursos está contemplada de la siguiente forma:

ITEM	MONTO
RRHH* e insumos y movilización (\$) Componente (1-2-3)	\$49.411.698
Acciones (\$) componente 1 -3	\$10.000.000
Total	\$59.411.698.-

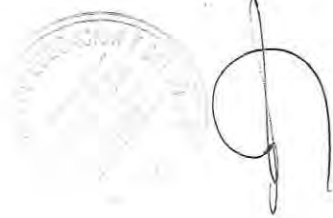
RRHH* (profesionales categoría B y/o TENS Y/o gestores comunitarios).

CUARTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar la ejecución del programa destinado a la siguiente población objetivo y componentes:

Etapas del curso de vida	Población objetivo
Niñez y adolescencia	Niñas y niños de 6 a 9 años: inscritos en establecimientos de APS con control integral de salud vigente. Adolescentes 10 a 19 años: inscritos en establecimientos de APS con Control de Salud Integral de Adolescentes, con instrumento de registro Ficha CLAP vigente.
Personas adultas	Personas adultas de 20 a 59 años inscritas en establecimientos de APS, con evaluación preventiva vigente mediante Examen de Medicina Preventiva (EMP) o pesquisa preventiva registrada en APS.
Colectividades y comunidad	Comunidades, organizaciones y grupos locales pertenecientes al territorio de responsabilidad sanitaria del establecimiento de APS, incluyendo consejos de desarrollo local, agrupaciones de usuarios, juntas de vecinos, Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, educacionales, lugares de trabajo y otras instancias comunitarias.

ESTRATEGIA Y 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.



Componente	Descripción
	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), Controles de Salud Integral en la infancia y la adolescencia, u otras estrategias de pesquisa en APS. El flujo de intervención comprende tres etapas: pesquisa de factores de riesgo (incluyendo el tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas), intervención consensuada a través de un plan de cuidados integral —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.




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.



Componente 1: Cuidados Promocionales de la salud comunitaria	Componente 2: Prevención, detección y automanejo en salud.	Componente 2: Prevención, detección y automanejo en salud.
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. • 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 activos comunitarios.	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.



QUINTA: El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad de sus objetivos.

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de julio y 31 de diciembre de 2026, 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.

Los informes deberán incluir el estado de ejecución física y financiera del programa, el avance en el cumplimiento de metas e indicadores, las principales acciones de articulación territorial e intersectorial desarrolladas y las observaciones de la comunidad.

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

- **Primera evaluación (corte al 31 de julio de 2026):** 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.

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.

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de descuento de recursos 2º cuota del 30%
40% o más	0%
30% a 39,9%	50%
20% a 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento.

El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

- **Segunda evaluación (corte al 31 de diciembre de 2026):** El Servicios de Salud realizará la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

La comuna deberá presentar 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, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, 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.

SEXTA: El Servicio a través del Depto. Gestión APS, evaluará anualmente el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria según se muestra en la siguiente tabla:

INDICADORES

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:

Componentes	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.
2	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) × 100	8%	10	Numerador: REM A27 Sección F Denominador: REM A03 Sección D.1
2	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)) × 100.	≥ 40%	20	Año 1: Registro local
2	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



[Handwritten signature]

Componentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Ponderación	Medio Verificación
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
3	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 APS de las comunas que atiende el programa en el año t) *100		15	Registro pauta comunal. REM A19B sección B.

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% contra resolución que aprueba el presente convenio y el 30% restante en octubre del presente año, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en las cláusulas quinta y sexta de este convenio.

El Servicio podrá modificar el monto establecido en el presente convenio de acuerdo con las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud. Para ello deberá dictar una resolución en la cual señale el nuevo monto.

OCTAVA: El Servicio a través de los referentes técnicos, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos mencionados en la cláusula cuarta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

La Municipalidad deberá asegurar la integridad y veracidad de la información base que incorpora cada establecimiento de salud municipal a los sistemas de información REM, SIGGES u otros del MINSAL, para la generación de los indicadores que respaldan la correcta ejecución de los servicios acordados en el presente convenio.

NOVENA: El Servicio de Salud, a través de los respectivos referentes técnicos y Departamento de Finanzas, velarán por la correcta utilización de los fondos traspasados, sin perjuicio de las evaluaciones que en uso de sus facultades pudiera efectuar el Departamento de Auditoría, conforme a su plan anual de trabajo determinado en base a una muestra aleatoria de convenios.

DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidos por lo establecido en la Resolución N° 30 del 2015, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

La rendición mensual de cuentas de acuerdo a lo instruido por la Contraloría General de la República deberá realizarse a través de la plataforma "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" (SISREC), con documentos electrónicos digitalizados y validados por el Ministro de



[Handwritten signature]

Fe comunal, los cuales respaldarán los gastos realizados. El municipio deberá custodiar adecuadamente los documentos originales como respaldo para futuras revisiones.

El Servicio de Salud, como entidad otorgante de recursos, determinará si los gastos asociados al Programa se ajustan a los lineamientos de éste de acuerdo con las necesidades locales, asegurando la correcta ejecución de los mismos. En su defecto, deberá exigir el reintegro de los recursos no ejecutados, el cual deberá realizarse a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas y no podrá extenderse más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo establecido en el inciso primero del artículo 26 de la ley N° 21.796, de presupuesto del sector público para el año 2026.

La Municipalidad se obliga a rendir cuenta de las actividades efectuadas, en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio.

Es menester hacer presente que, 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 Resolución N°30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre Rendición de Cuentas. Si bien es posible rendir "sin movimientos" y considerarse válido para el proceso de transferencia.

El Servicio de Salud deberá verificar que el informe mensual de gastos y avances se encuentre disponible en la plataforma SISREC, lo cual es requisito para la transferencia de nuevos recursos según lo estipulado en el artículo 18 de la Resolución 30 de la Contraloría General de la República. La revisión de dichos informes se realizará con la debida diligencia y oportunidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley N°18.575, garantizando un análisis exhaustivo y oportuno que permita la adecuada supervisión y control del programa.

DÉCIMA PRIMERA: Información de personal contratado para la ejecución del convenio y bienes muebles adquiridos.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 26 inciso 5° de la Ley 21.796 de Presupuesto del Sector Público correspondiente al año 2026, los convenios de transferencias a municipalidades deberán incluir la información de las contrataciones de personal destinado a la ejecución de acciones asociadas al programa del presente convenio, así como informar la calidad jurídica de dichas contrataciones.

La nómina de funcionarios contratados, a que alude el párrafo anterior, deberá agregarse cargada a plataforma SISREC, por parte del Municipio, al momento de rendir cuentas de las actividades efectuadas en el marco del programa, y deberá ser corregida en caso de que exista modificación del personal contratado.

De igual manera, conforme a lo establecido en el inciso sexto del artículo 26 de la ley antes mencionada, todos los bienes muebles adquiridos bajo el presente convenio pasarán a ser parte del activo fijo de la entidad administradora respectiva, una vez terminado el período de vigencia de este convenio para la correcta ejecución de las prestaciones comprometidas.

DÉCIMA SEGUNDA: 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 TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del 2026. Sin perjuicio de lo anterior, en cuanto a las obligaciones derivadas de la rendición de cuentas, estas subsistirán hasta el cierre del proyecto en SISREC una vez aprobada la rendición o bien, hasta la restitución los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, conforme lo previsto en el artículo 26 de la Ley de Presupuestos del año 2026.

En la medida que el presente programa tenga continuidad y cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, el convenio suscrito podrá prorrogarse por otro período en forma automática mediante la dictación del acto administrativo debidamente tramitado, conforme a lo establecido en la



Handwritten signature.

Resolución N°36/2024, modificada por la Resolución N°08, de fecha 24 de marzo de 2025, ambas de la Contraloría General de la República.

El Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas, indicadores y recursos disponibles para el nuevo período previamente acordados por ambas partes, sujeto a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero del 2026, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

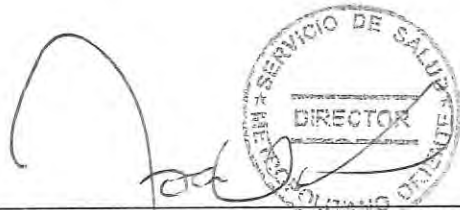
DÉCIMA CUARTA: La personería de Don Alberto Vargas Peyreblanque para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente como director del mismo, consta en el Decreto Afecto N°33, de fecha 14 de diciembre del 2023, del Ministerio de Salud, tomado de razón el 09 de mayo del 2024 y publicado en el Diario Oficial el 24 de mayo del mismo año.

La personería de D. Catalina San Martín Cavada para actuar en representación de la Municipalidad de Las Condes consta en Decreto Alcaldicio N°4576 de fecha 06 de diciembre de 2024.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud y el otro en poder de la Municipalidad.



D. CATALINA SAN MARTÍN CAVADA
ALCALDESA
MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES



D. ALBERTO VARGAS PEYREBLANQUE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE

JAL YEH PFD IOV

