

REPÚBLICA DE CHILE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
SECCIÓN MUNICIPAL

Alto Hospicio, 08 de Mayo de 2013.-  
**DECRETO ALC. N° 1.013/13.-**

**VISTOS Y CONSIDERANDO:** La Constitución Política de la República de Chile; Ley 18.965 Orgánica Constitucional de Municipalidades; Ley N° 19.943 que crea la Comuna de Alto Hospicio; Convenio "Programa Espacios Amigables para Adolescentes en Atención Primaria Municipal año 2013", suscrito entre Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, mediante resolución exenta N° 447 de fecha 08 de Abril de 2013; Memo N° 1172/2013 de la Directora de Servicios Traspasados, mediante la cual remite resolución exenta que aprueba el convenio y el texto del convenio.

**DECRETO:**

Apruébese y ratifíquese en todas sus partes, los siguientes convenios "Programa Espacios Amigables para Adolescentes en Atención Primaria Municipal año 2013", suscritos entre el Servicio Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, con fecha 21 de Febrero de 2013.

Fdo. Ramón Galleguillos Castillo, Alcalde de la comuna; José Jesús Valenzuela Díaz, Secretario Municipal.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y demás fines a que haya lugar.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y EN SU OPORTUNIDAD ARCHÍVESE.**

  
JOSÉ JESÚS VALENZUELA DÍAZ  
SECRETARIO MUNICIPAL



HVF/MGM/fjop

Distribución:

Serv. Traspasados

Adm. y Finanzas

Dir. Control

Dirección de Servicios Traspasados

MEMO N°: 1172/2013  
MATERIA: Lo que indica.

Alto Hospicio, 25 de Abril de 2013.

DE : SRA. ANDREA LEÓN VÁSQUEZ  
DIRECTORA SERVICIOS TRASPASADOS

A : SR. HUGO VILVHES SANCHEZ  
DIRECTOR JURDÍDICO



Junto con saludarle, remito a Ud. los siguientes Convenios con sus Resoluciones establecidos por la Municipalidad de Alto Hospicio y el Servicio de Salud de Iquique para que sean decretados.

- Convenio "Programa Control de Salud Joven Sano año 2013", Resolución Exenta N° 509.
- Convenio "Programa GES Odontológico Adulto año 2013", Resolución Exenta N° 489.
- Convenio "Programa Espacios Amigables para Adolescentes en Atención Primaria Municipal año 2013", Resolución Exenta N° 447.

Sin otro particular, le saluda cordialmente

  
**ANDREA LEÓN VÁSQUEZ**  
DIRECTORA SERVICIOS TRASPASADOS

ALV/JBO



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA  
DEPTO. FINANZAS  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA  
DRA. ATC / MAB / MAM / CDE / YKA / YZM

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**  
**"PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL"**  
**ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**

En Iquique a 21 de febrero de 2013, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-6, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Directora **DRA. ADRIANA TAPIA CIFUENTES**, chilena, Cédula Nacional de Identidad N° 8.302.190-K, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.265.100-6, representada por su Alcalde Don **RAMÓN GALLEGUILLOS CASTILLO**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 6.621.973-9, ambos domiciliados en calle Los Álamos N° 3101 de Alto Hospicio, en adelante la "**MUNICIPALIDAD**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 118 del 2007, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma de materializa 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 de Salud 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 ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES**", en adelante el "**PROGRAMA**", en los Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de mejorar la situación de salud de los adolescentes y jóvenes beneficiarios de la Ley N° 18.469, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la pertinencia en la gestión de las atenciones integrales con enfoque promocional y preventivo a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años.

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 de 04 de enero de 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la "**MUNICIPALIDAD**" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para lo fines del presente convenio, la "**MUNICIPALIDAD**" administra entre otros establecimientos de asistenciales de atención primaria, el Consultorio Pedro Pulgar:

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar al "**MUNICIPALIDAD**" recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "**PROGRAMA**"

**Componentes:**

1. Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable
2. Atención de Salud Integral a Adolescentes

**Estrategias:**

1. Implementación de actividades de promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable
2. Atención de salud integral a adolescentes:
  - a) Atención de la demanda espontánea en:
    - Consejería en salud sexual reproductiva, regulación de fecundidad, VIH-SIDA e ITS y en salud mental (alcohol, drogas, tabaco, etc.)
    - Consulta por sospecha de ITS y ETS
    - Consulta primera respuesta en situaciones de violencia
    - Consulta regulación fecundidad
  - b) Atención Programada con énfasis en:
    - Atención en salud sexual y reproductiva, a través de consejerías y/o consulta (salud sexual reproductiva, regulación fecundidad, VIH- SIDA e ITS)
    - Atención en salud mental, a través de consejerías (general, alcohol, drogas, antitabaco, otras).
  - c) Derivación efectiva a los distintos programas de salud de los adolescentes que requieren de una atención específica en el centro de salud



**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del "SERVICIO", conviene en asignar a la "MUNICIPALIDAD", desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 4.226.500 (cuatro millones doscientos veintiséis mil quinientos pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior.

**QUINTA:** La "MUNICIPALIDAD" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "PROGRAMA", para las personas válidamente inscritas en la comuna.

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas:

| COMPONENTE   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | PRODUCTOS ESPERADOS  | ACTIVIDAD   | METAS COMPROMETIDAS | MONTO(S)            |
|--|--|--|---|---------------------|---------------------|
| 1. Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable                                 | 1. Fomentar estrategias de promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable, apoyadas con la articulación intersectorial y comunitaria.  | Acciones realizadas en autocuidado y fortalecimiento de Hábitos de vida saludable en el establecimiento de Salud y/o en organizaciones comunitarias o educacionales. | Talleres  | 24                  | \$ 4.226.500        |
|  |  |  | Actividades Masivas   | 2                   |                     |
| 2. Atención de Salud Integral a Adolescentes   | 2. Mejorar la oferta de servicios de salud diferenciados, integrales e integrados y de calidad para adolescentes aumentando la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente. | Adolescentes atendidos integralmente, según necesidades, con énfasis en atención de salud sexual y reproductiva y salud mental.                                      | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)           | LINEA BASE          |                     |
|  |  |  | Número de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva               | 306                 |                     |
|  |  |  | Número de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA                                      | 6                   |                     |
|  |  |  | Número de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad                      | 538                 |                     |
|  |  |  | Número de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado | 306                 |                     |
| 3. Mejorar la continuidad de la atención en salud de los adolescentes en Atención primaria, mediante una derivación efectiva y oportuna. | Adolescentes derivados y atendidos en APS según necesidad detectada en la primera atención en Espacio Amigable   | Nº de adolescentes que consultan en el Espacio amigable que son derivados a otros espacios del establecimiento, según necesidad.                                     | LINEA BASE  |                     |                     |
| <b>Total Programa</b>  |  |  |   |                     | <b>\$ 4.226.500</b> |

Dichas actividades se ejecutarán en los establecimientos dependientes de la "MUNICIPALIDAD", individualizados en la cláusula segunda.

**SEXTA:** El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se realizará dos veces en el año según el siguiente detalle:

- La **primera evaluación**, se efectuará con fecha 15 de septiembre, siendo el corte el día 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la transferencia de la segunda cuota en el mes de octubre si es que su cumplimiento es inferior al 60 % de acuerdo al siguiente cuadro:

| PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 40% |
|--------------------------------------|--|
| 60,00 %                              | 0 %  |
| Entre 59,99 % y 50,00 %              | 50 %   |
| Entre 49,99 % y 40,00 %              | 75 %   |
| Menos del 40,00 %                    | 100 %  |

- En el caso que el cumplimiento sea menor al 40%, la "MUNICIPALIDAD", deberá enviar un plan de trabajo pertinente que asegure el cumplimiento de los indicadores, el que será evaluado por el "SERVICIO" para su correspondiente aprobación o rechazo.



- La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha 15 de enero de 2014, siendo el corte el día 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento del "PROGRAMA", se calculará en base al cumplimiento individual del indicador y meta, con su peso relativo, lo que dará cuenta del cumplimiento global de este.

| COMPONENTE  | INDICADOR   | PONDERACION |
|---|---|-------------|
| 1. PROMOCION: Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable         | % de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. | 40%         |
| 2. PREVENCIÓN: Atención de Salud Integral a Adolescentes  | % de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva  | 20%         |
|   | % de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA   |             |
|   | % de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad   | 20%         |
|   | % de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado  |             |
| % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento | 20%   |             |

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

| NOMBRE DEL INDICADOR  | NUMERADOR   | MEDIO DE VERIFICACION  | DENOMINADOR   | MEDIO DE VERIFICACION           |
|---|---|--|---|---------------------------------|
| % de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. | Número de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable | Para evaluar las metas de trabajo con organizaciones comunitarias será:<br>- Identificación de cada organización y/o establecimiento educacional y<br>- Programa de trabajo a realizar con cada uno (*)<br>+<br>lo registrado en REM para:<br>Talleres: REM:19 A, Sección B.1, Celda C 99<br>Actividades Masivas:<br>REM:19 A, Sección B.2 Celda B 117 | Nº de talleres planificados por tema y lugar de realización   | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)  | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)   | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Número total de Adolescentes 10-19 años planificados a atender en EAA (por cualquier motivo)                        | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva  | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva   | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías de Salud Sexual y Reproductiva                            | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA   | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Consejería VIH-SIDA   | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías VIH-SIDA  | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad   | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Regulación de Fecundidad  | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías de Regulación de Fecundidad                               | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado  | Número de Adolescentes que reciben Consejerías en estilos de vida y conductas de autocuidado  | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías en estilos de vida y conductas de autocuidado             | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |
| % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento                             | Nº de Adolescentes atendidos en Espacios Amigables derivados a otros Espacios del Establecimiento   | Planilla de evaluación (Anexo nº 2)  | Nº de Adolescentes atendidos en otros Espacios del Establecimiento y que fueron derivados desde el Espacio Amigable | Planificación 2013 (Anexo nº 1) |

(\*) Estos documentos digitalizados deberán enviarse al "SERVICIO" al momento de la evaluación.

Los datos considerados en ambas evaluaciones del "PROGRAMA" serán recolectados por el Departamento TIC e Información en Salud mediante el sistema de "Registros Estadísticos Mensuales" (REM), RAYEN, SIGGES y visitas de inspección por parte de referentes técnicos del "SERVICIO", cuando correspondiere. Por lo anterior, la "MUNICIPALIDAD" deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información ingresada al REM y/o SIGGES y/o RAYEN según corresponda.



La **Planilla de Evaluación del Programa Espacios Amigables Para Adolescentes 2013**, utilizada como medio de verificación de los indicadores, así como su instructivo, forma parte del Anexo N° 2 de este Convenio. Esta debe ser enviada al **"SERVICIO"**, según las siguientes fechas establecidas:

- Primera evaluación, corte 31 de agosto: 15 de septiembre del año en curso.
- Segunda evaluación, corte 31 de diciembre: 15 de enero de 2014.

Deberá existir consistencia entre los diferentes medios de verificación, requisito fundamental para el cumplimiento del **"PROGRAMA"**, de presentar incongruencia entre los registros se procederá a realizar un descuento del 10% en la transferencia de la segunda cuota.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del **"PROGRAMA"** o los ingresen de forma incompleta, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

El **"SERVICIO"** evaluará el cumplimiento de las actividades del **"PROGRAMA"** y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Podrá realizar, asimismo, la fiscalización de recursos, mediante, visitas de inspección, recepción de informes, y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría aceptados a través del Departamento que al efecto se designe.

El **"SERVICIO"** realizará auditorías aleatorias de tipo clínico asistencial al 5% de las actividades programadas y entregadas para el cumplimiento de las estrategias incluidas en el **"PROGRAMA"**, a través del Departamento que éste designe para ello, por lo cual la **"MUNICIPALIDAD"** deberá mantener registros que permitan un acceso expedito a la información.

**SEPTIMA:** Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al **"PROGRAMA"**, se entregarán en dos cuotas de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud.
- La segunda cuota, corresponderá al 40% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre. Según resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior.

**OCTAVA:** El **"SERVICIO"** 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 los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**NOVENA:** El **"SERVICIO"**, requerirá a la **"MUNICIPALIDAD"** el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido el primer día hábil del mes siguiente al Departamento de Recursos Financieros del **"SERVICIO"**. Así mismo, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá preparar un informe financiero final en las siguientes fechas:

- 1° informe y final: Fecha límite 30 de enero de 2014, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 15 de enero de 2014, y en consecuencia de existir remanente, proceder a su reintegro al **"SERVICIO"**.

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexo N° 3 y Anexo N° 4, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el **"SERVICIO"** así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario.

Ambos anexos deberán remitirse al Departamento de Recursos Financieros del **"SERVICIO"**, en las fechas definidas en el párrafo anterior.

**DÉCIMO:** La **"MUNICIPALIDAD"** deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 759 del 23 de diciembre de 2003, que rige las transferencias de recursos, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente"; y en su numeral 5.4: "los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la **"MUNICIPALIDAD"** deberá remitir en un periodo máximo de 15 días, al **"SERVICIO"**, copia del comprobante de ingreso municipal mediante el cual la **"MUNICIPALIDAD"**, recepcionó la transferencia de fondos, materia de este convenio.

Además, deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

El Departamento de Auditoría y/o la Subdirección Administrativa del **"SERVICIO"**, validará en terreno las rendiciones financieras para lo cual, la **"MUNICIPALIDAD"** se compromete a tener documentación original que respalde su gasto en función del **"PROGRAMA"**.



**DÉCIMO PRIMERA:** Será responsabilidad de la "MUNICIPALIDAD", velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al "SERVICIO", en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría y/o Subdirección Administrativa del "SERVICIO".

Por su parte, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a proporcionar al "SERVICIO" todas las facilidades, informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos.

**DÉCIMO SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio y hasta el 31 de Enero del 2014.

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 de 2013, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se detalla en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la "MUNICIPALIDAD", en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD" deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA" objeto de este instrumento.

**DÉCIMO CUARTA:** Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en RAYEN, SIGGES, Planilla de Evaluación del Programa Espacios Amigables para adolescentes 2013, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO QUINTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SEXTA:** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al ítem N° 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud".

**DÉCIMO SÉPTIMA** La personería de la Dra. Adriana Tapia Cifuentes para representar al Servicio de Salud Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 02 del 17 de enero de 2011. La representación de Don Ramón Galleguillos Castillo para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 2250 del 06 de diciembre de 2012.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO" y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
ALCALDE  
RAMÓN GALLEGUILLOS CASTILLO  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO

  
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE  
ADRIANA TAPIA CIFUENTES  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

  
MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO  
VºBº



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPARTAMENTO DE GESTION CLINICA

ANEXO N° 1  
PROGRAMACION ACTIVIDADES ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES 2013

|                   |         |        |               |
|-------------------|---------|--------|---------------|
| SERVICIO DE SALUD | IQUIQUE | COMUNA | ALTO HOSPICIO |
|-------------------|---------|--------|---------------|

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR | PEDRO PULGAR |
|--------------------------|--------------|

Tabla 1: Población Adolescente Inscrita Validad en el Cesfam año 2013

| Tramo de Edad | Masculino | Femenino | Total |
|---------------|-----------|----------|-------|
| 10-14 años    | 3547      | 3231     | 6778  |
| 15-19 años    | 3518      | 3281     | 6799  |
| TOTAL         | 7065      | 6512     | 13577 |

Tabla 2: Planificación numérica de Actividades Comprometidas para el año 2013

| Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo) |     |              |     |                        |     |              |     |
|---|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS  |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 2   | 55  | 12           | 315 | 2                      | 55  | 12           | 315 |
| TOTAL 10-14:  |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 57  |     | 327          |     | 57                     |     | 327          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 384   |     |              |     | 384                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |              |     | 768                    |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |     |              |     |                        |     |              |     |
|---|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS  |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 1   | 22  | 4            | 126 | 1                      | 22  | 4            | 126 |
| TOTAL 10-14:  |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 23  |     | 130          |     | 23                     |     | 130          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 153   |     |              |     | 153                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |              |     | 306                    |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA * No incluye gestantes) |     |              |     |                        |     |              |     |
|--|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS   |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC   | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 0  | 0   | 1            | 2   | 0                      | 0   | 1            | 2   |
| TOTAL 10-14:   |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 0  |     | 3            |     | 0                      |     | 3            |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 3  |     |              |     | 3                      |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:  |     |              |     | 6                      |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad |     |              |     |                        |     |              |     |
|--|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS   |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC   | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 1  | 39  | 8            | 221 | 1                      | 39  | 8            | 221 |
| TOTAL 10-14:   |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 40   |     | 229          |     | 40                     |     | 229          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 269  |     |              |     | 269                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:                                      |     |              |     | 538                    |     |              |     |

| Nº de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |     |              |     |                        |     |              |     |
|---|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS  |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 1   | 22  | 4            | 126 | 1                      | 22  | 4            | 126 |
| TOTAL 10-14:  |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 23  |     | 130          |     | 23                     |     | 130          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 153   |     |              |     | 153                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |              |     | 306                    |     |              |     |

| talleres o programas de actividad masiva que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. |          |                        |          |                       |          |                        |          |
|---|----------|------------------------|----------|-----------------------|----------|------------------------|----------|
| PRIMER SEMESTRE   |          |                        |          | SEGUNDO SEMESTRE      |          |                        |          |
| TALLERES  |          | ACTIVIDAD MASIVA       |          | TALLERES              |          | ACTIVIDAD MASIVA       |          |
| nº adol.  | nº adol. | nº adol.               | nº adol. | nº adol.              | nº adol. | nº adol.               | nº adol. |
| 12  | 240      | 1                      | 100      | 12                    | 240      | 1                      | 100      |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |          | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |          | TOTAL PRIMER SEMESTRE |          | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |          |
| 13  |          | 101                    |          | 13                    |          | 101                    |          |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |          |                        |          | 26                    |          |                        |          |





**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**  
**DIVISION DE ATENCION PRIMARIA**  
 Depto. Programas de Reforzamiento de APS

**ANEXO Nº 2**  
**PLANILLA DE EVALUACION**  
**PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES 2013**

| Servicios de Salud | Comuna | Establecimientos | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo) |         |       |
|--------------------|--------|------------------|---|---------|-------|
|                    |        |                  | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL |
|                    |        |                  |   |         |       |

| Número de Adolescentes planificados con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |         |       | Número de Adolescentes planificados con Consejería VIH-SIDA * No incluye gestantes) |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías VIH-SIDA * No incluye gestantes |         |       |
|--|---------|-------|---|---------|-------|---|---------|-------|--|---------|-------|
| HOMBRES  | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES  | MUJERES | TOTAL |
|  |         |       |   |         |       |   |         |       |  |         |       |

| Número de Adolescentes planificados con Consejería Regulación de Fecundidad |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías Regulación de Fecundidad |         |       | Nº de adolescentes planificados con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |         |       | Nº de adolescentes que reciben consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |         |       |
|---|---------|-------|---|---------|-------|--|---------|-------|---|---------|-------|
| HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES  | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL |
|   |         |       |   |         |       |  |         |       |   |         |       |

**INSTRUCTIVO PARA REGISTRO PROGRAMAS: ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES:**

Dado que a través del REM no es posible obtener el número de adolescentes que son atendidos, reciben consejería o son derivados desde el espacio amigable a otro espacio del establecimiento, se hace necesario el registro en planillas anexas.

**1. En la columna Nº de Adolescentes atendidos:**

Se debe registrar el número total de adolescentes que consultaron en espacio amigable (controles y las consultas), independientemente de cual haya sido el motivo o el profesional que lo haya atendido.

Si un adolescente es atendido en más de una oportunidad, sólo se anotará una vez.

**2. En la columna Nº de Adolescentes que reciben Consejerías VIH-SIDA:**

Se debe registrar el número total de adolescentes que recibieron consejerías en temas de prevención de VIH-SIDA, ITS, además de los jóvenes que recibieron consejería en el contexto de la solicitud de Test de ELISA (post test, debido a que pre test no necesariamente se requiere consejería) en el espacio amigable.

**En esta columna no se debe incluir a las gestantes.**

**3. No se incluye en planilla anexa registro de eventos masivos ni talleres grupales dado que existe registro en REM.**

○ Nº de eventos masivos: Registrar en REM 19 A celda C 99

○ Nº de talleres Grupales: registrar en REM 19 A Celda B117

**4. Respecto del registro del % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento**

Se deben registrar aquellos adolescentes que **requieren atención de otro profesional** (médico, nutricionista, odontólogo, etc.)



**ANEXO Nº 3**  
**INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA**

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SALUD: \_\_\_\_\_

COMUNA O ESTABLEC. : \_\_\_\_\_

PERIODO INFORMADO: \_\_\_\_\_

**I.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

A) INSTITUCIÓN OTORGANTE

: MINISTERIO DE SALUD

B) FINALIDAD DE LOS FONDOS

: FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA

C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS:

| RESOLUCION Nº | FECHA | MONTO (\$) |
|---------------|-------|------------|
|               |       |            |
|               |       |            |

**II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO**

**A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO**

| NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO   | FECHA | MONTO (\$) |
|-----------------------------|-------|------------|
|                             |       |            |
|                             |       |            |
|                             |       |            |
|                             |       |            |
| <b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b> |       | \$         |

B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR

\$ \_\_\_\_\_

C) TOTAL A RENDIR CUENTA ( A + B )

\$ \_\_\_\_\_

**III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA**

RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO Nº 4

\$ \_\_\_\_\_

**IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE ( II - III )**

SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE

\$ \_\_\_\_\_

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE: |  |
| CARGO:                          |  |
| DEPENDENCIA:                    |  |
| FIRMA Y TIMBRE:                 |  |



**ANEXO Nº 4  
RENDICION DE CUENTA**

**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

**SERVICIO DE SALUD** : \_\_\_\_\_  
**COMUNA O ESTABLEC.** : \_\_\_\_\_  
**RESOLUCIÓN Y CONVENIO Nº** : \_\_\_\_\_  
**FECHA** : \_\_\_\_\_  
**PERIODO** : \_\_\_\_\_

**PRESTADORES**

| CHEQUE / EGRESO            | BOL./FACT./CONTRATO | FECHA DE PAGO | RUT PRESTADOR | PRESTADOR DE SERVICIO | DETALLE DE RENDICION DE CUENTA | TIPO DE CONTRAT O HS - CS- o CPF | MONTO BRUTO |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Nº                         | Nº                  |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
| <b>SUBTOTAL GASTOS (A)</b> |                     |               |               |                       |                                |                                  | \$          |

\*Ingresar en orden cronológico, prestadores con cargo a la glosa.

\*\*Luego ingresar en orden cronológico, prestadores cuyos servicios son pagados con cargo al Subtítulo 22 (bienes y servicios)

**PROVEEDORES**

| CHEQUE / EGRESO            | BOL./FACT./CONTRATO | FECHA DE PAGO | RUT PRESTADOR | PRESTADOR DE SERVICIO | DETALLE DE RENDICION DE CUENTA | TIPO DE CONTRAT O HS - CS- o CPF | MONTO BRUTO |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Nº                         | Nº                  |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
| <b>SUBTOTAL GASTOS (B)</b> |                     |               |               |                       |                                |                                  | \$          |

\*La información se ingresa en orden cronológico

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| <b>TOTAL RENDICION CUENTA (A+B)</b> | \$ |
|-------------------------------------|----|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE: |  |
| CARGO:                          |  |
| DEPENDENCIA:                    |  |
| FIRMA Y TIMBRE:                 |  |



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**  
**DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA**  
DRA.ATC/CCW/FCH/JAC/MES/YKA/YZN/ccc.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0447

IQUIQUE,

08 ABR 2013.

**VISTOS:** Lo dispuesto en el D.F.L N° 01/2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución N° 1600/2008, de la Contraloría General de la República; Decreto Supremo de Nombramiento N° 02/2011 del Ministerio de Salud.

#### CONSIDERANDO:

Que, 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 de Salud 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 ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES", en adelante el "PROGRAMA", en los Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de mejorar la situación de salud de los adolescentes y jóvenes beneficiarios de la Ley N° 18.469, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la pertinencia en la gestión de las atenciones integrales con enfoque promocional y preventivo a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años.

#### RESUELVO

- 1.- Apruébase el **CONVENIO DE EJECUCIÓN "PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL"**, suscrito con fecha 21 de Febrero de 2013, entre el **Servicio de Salud Iquique**, representado por su Directora **ADRIANA TAPIA CIFUENTES**, y la **Municipalidad de Alto Hospicio**, representada por su Alcalde **D. RAMÓN GALLEGUILLOS**
- 2.- El texto del convenio que, por este acto se aprueba, se entiende formar parte integrante de la presente resolución y se reproduce a continuación:

En Iquique a 21 de febrero de 2013, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-6, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Directora **DRA. ADRIANA TAPIA CIFUENTES**, chilena, Cedula Nacional de Identidad N° 8.302.190-K, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el "**SERVICIO**", por una parte; y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.265.100-6, representada por su Alcalde Don **RAMÓN GALLEGUILLOS CASTILLO**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 6.621.973-9, ambos domiciliados en calle Los Álamos N° 3101 de Alto Hospicio, en adelante la "**MUNICIPALIDAD**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6º del Decreto Supremo N° 118 del 2007, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma de materializa 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 de Salud 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 ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES**", en adelante el "**PROGRAMA**", en los Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de mejorar la situación de salud de los adolescentes y jóvenes beneficiarios de la Ley N° 18.469, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la pertinencia en la gestión de las atenciones integrales con enfoque promocional y preventivo a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años.

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 de 04 de enero de 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la "**MUNICIPALIDAD**" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Se deja establecido que para lo fines del presente convenio, la "**MUNICIPALIDAD**" administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, el Consultorio Pedro Pulgar:

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar al "**MUNICIPALIDAD**" recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "**PROGRAMA**"

**Componentes:**

1. Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable
2. Atención de Salud Integral a Adolescentes

**Estrategias:**

1. Implementación de actividades de promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable
2. Atención de salud integral a adolescentes:
  - a) Atención de la demanda espontánea en:
    - Consejería en salud sexual reproductiva, regulación de fecundidad, VIH-SIDA e ITS y en salud mental (alcohol, drogas, tabaco, etc.)
    - Consulta por sospecha de ITS y ETS
    - Consulta primera respuesta en situaciones de violencia
    - Consulta regulación fecundidad
  - b) Atención Programada con énfasis en:
    - Atención en salud sexual y reproductiva, a través de consejerías y/o consulta (salud sexual reproductiva, regulación fecundidad, VIH- SIDA e ITS)
    - Atención en salud mental, a través de consejerías (general, alcohol, drogas, antitabaco, otras).
  - c) Derivación efectiva a los distintos programas de salud de los adolescentes que requieren de una atención específica en el centro de salud

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la "**MUNICIPALIDAD**", desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 4.226.500 (**cuatro millones doscientos veintiséis mil quinientos pesos**), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior.

**QUINTA:** La "**MUNICIPALIDAD**" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "PROGRAMA", para las personas válidamente inscritas en la comuna.

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas:

| COMPONENTE   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | PRODUCTOS ESPERADOS   | ACTIVIDAD  | METAS COMPROMETIDAS  | MONTO (\$)          |
|--|--|---|--|--|---------------------|
| 1. Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable | 1. Fomentar estrategias de promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable, apoyadas con la articulación intersectorial y comunitaria.  | Acciones realizadas en autocuidado y fortalecimiento de Hábitos de vida saludable en el establecimiento de Salud y/o en organizaciones comunitarias o educativas. | Talleres   | 24   |                     |
|  |  |   | Actividades Masivas  | 2  |                     |
| 2. Atención de Salud Integral a Adolescentes   | 2. Mejorar la oferta de servicios de salud diferenciados, integrales e integrados y de calidad para adolescentes aumentando la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente. | Adolescentes atendidos integralmente, según necesidades, con énfasis en atención de salud sexual y reproductiva y salud mental.                                   | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)  | LINEA BASE   | \$ 4.226.500        |
|  |  |   | Número de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva  | 306  |                     |
|  |  |   | Número de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA   | 6  |                     |
|  |  |   | Número de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad   | 538  |                     |
|  |  |   | Número de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado  | 306  |                     |
|  |  |   | 3. Mejorar la continuidad de la atención en salud de los adolescentes en Atención primaria, mediante una derivación efectiva y oportuna. | Adolescentes derivados y atendidos en APS según necesidad detectada en la primera atención en Espacio Amigable |                     |
| <b>Total Programa</b>  |  |   |  |  | <b>\$ 4.226.500</b> |

Dichas actividades se ejecutarán en los establecimientos dependientes de la "MUNICIPALIDAD", individualizados en la cláusula segunda.

**SEXTA:** El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se realizará dos veces en el año según el siguiente detalle:

- La **primera evaluación**, se efectuará con fecha 15 de septiembre, siendo el corte el día 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la transferencia de la segunda cuota en el mes de octubre si es que su cumplimiento es inferior al 60 % de acuerdo al siguiente cuadro:

| PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 40% |
|--------------------------------------|--|
| 60,00 %                              | 0 %  |
| Entre 59,99 % y 50,00 %              | 50 %   |
| Entre 49,99 % y 40,00 %              | 75 %   |
| Menos del 40,00 %                    | 100 %  |

- En el caso que el cumplimiento sea menor al 40%, la "MUNICIPALIDAD", deberá enviar un plan de trabajo pertinente que asegure el cumplimiento de los indicadores, el que será evaluado por el "SERVICIO" para su correspondiente aprobación o rechazo.
- La **segunda evaluación** y final, se efectuará con fecha 15 de enero de 2014, siendo el corte el día 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

La **evaluación del cumplimiento del "PROGRAMA"**, se calculará en base al cumplimiento individual del indicador y meta, con su peso relativo, lo que dará cuenta del cumplimiento global de este.

| COMPONENTE   | INDICADOR   | PONDERACION |
|--|---|-------------|
| 1. PROMOCION:<br>Implementación de actividades de Promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable | % de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. | 40%         |
| 2. PREVENCION:<br>Atención de Salud Integral a Adolescentes  | % de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva  | 20%         |
|  | % de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA   |             |
|  | % de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad   | 20%         |
|  | % de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado  | 20%         |
|  | % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento                             | 20%         |

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

| NOMBRE DEL INDICADOR  | NUMERADOR   | MEDIO DE VERIFICACION  | DENOMINADOR  | MEDIO DE VERIFICACION                  |
|---|---|--|--|--|
| % de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. | Número de talleres o programas de actividad masiva realizados que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable | Para evaluar las metas de trabajo con organizaciones comunitarias será:<br>- Identificación de cada organización y/o establecimiento educacional y<br>- Programa de trabajo a realizar con cada uno (*)<br>+ lo registrado en REM para:<br><b>Talleres: REM:19 A, Sección B.1, Celda C 99</b><br><b>Actividades Masivas: REM:19 A, Sección B.2 Celda B 117</b> | Nº de talleres planificados por tema y lugar de realización                                  | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |
| % de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)  | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo)   | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b>   | Número total de Adolescentes 10-19 años planificados a atender en EAA (por cualquier motivo) | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |
| % de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva  | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva   | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b>   | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías de Salud Sexual y Reproductiva     | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |
| % de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA   | Número de Adolescentes que reciben Consejerías Consejería VIH-SIDA  | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b>   | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías VIH-SIDA                           | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |
| % de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad   | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Regulación de Fecundidad  | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b>   | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías de Regulación de Fecundidad        | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |
| % de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado  | Número de Adolescentes que reciben Consejerías en estilos de vida y conductas de  | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b>   | Número de Adolescentes planificados a recibir consejerías en estilos de vida y               | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |



|   | autocuidado   |  | conductas de autocuidado  |  |
|---|---|--|---|--|
| % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento | Nº de Adolescentes atendidos en Espacios Amigables derivados a otros Espacios del Establecimiento | <b>Planilla de evaluación (Anexo nº 2)</b> | Nº de Adolescentes atendidos en otros Espacios del Establecimiento y que fueron derivados desde el Espacio Amigable | <b>Planificación 2013 (Anexo nº 1)</b> |

(\*)Estos documentos digitalizados deberán enviarse al "SERVICIO" al momento de la evaluación.

Los datos considerados en ambas evaluaciones del "PROGRAMA" serán recolectados por el Departamento TIC e Información en Salud mediante el sistema de "Registros Estadísticos Mensuales" (REM), RAYEN, SIGGES y visitas de inspección por parte de referentes técnicos del "SERVICIO", cuando correspondiere. Por lo anterior, la "MUNICIPALIDAD" deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información ingresada al REM y/o SIGGES y/o RAYEN según corresponda.

La **Planilla de Evaluación del Programa Espacios Amigables Para Adolescentes 2013**, utilizada como medio de verificación de los indicadores, así como su instructivo, forma parte del Anexo Nº 2 de este Convenio. Esta debe ser enviada al "SERVICIO", según las siguientes fechas establecidas:

- Primera evaluación, corte 31 de agosto: 15 de septiembre del año en curso.
- Segunda evaluación, corte 31 de diciembre: 15 de enero de 2014.

Deberá existir consistencia entre los diferentes medios de verificación, requisito fundamental para el cumplimiento del "PROGRAMA", de presentar incongruencia entre los registros se procederá a realizar un descuento del 10% en la transferencia de la segunda cuota.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del "PROGRAMA" o los ingresen de forma incompleta, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

El "SERVICIO" evaluará el cumplimiento de las actividades del "PROGRAMA" y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Podrá realizar, asimismo, la fiscalización de recursos, mediante, visitas de inspección, recepción de informes, y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoria aceptados a través del Departamento que al efecto se designe.

El "SERVICIO" realizará auditorias aleatorias de tipo clínico asistencial al 5% de la actividades programadas y entregadas para el cumplimiento de las estrategias incluidas en el "PROGRAMA", a través del Departamento que éste designe para ello, por lo cual la "MUNICIPALIDAD" deberá mantener registros que permitan un acceso expedito a la información.

**SEPTIMA:** Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA", se entregarán en dos cuotas de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud.
- La segunda cuota, corresponderá al 40% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre. Según resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior.

**OCTAVA:** El "SERVICIO" 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 los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**NOVENA:** El "SERVICIO", requerirá a la "MUNICIPALIDAD" el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido el primer día hábil del mes siguiente al Departamento de Recursos Financieros del "SERVICIO". Así mismo, la "MUNICIPALIDAD" deberá preparar un informe financiero final en las siguientes fechas:

- 1º informe y final: Fecha límite 30 de enero de 2014, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 15 de enero de 2014, y en consecuencia de existir remanente, proceder a su reintegro al "SERVICIO".

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexo N° 3 y Anexo N° 4, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario.

Ambos anexos deberán remitirse al Departamento de Recursos Financieros del "SERVICIO", en las fechas definidas en el párrafo anterior.

**DÉCIMO:** La "MUNICIPALIDAD" deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 759 del 23 de diciembre de 2003, que rige las transferencias de recursos, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente"; y en su numeral 5.4: "los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la "MUNICIPALIDAD" deberá remitir en un periodo máximo de 15 días, al "SERVICIO", copia del comprobante de ingreso municipal mediante el cual la "MUNICIPALIDAD", recepcionó la transferencia de fondos, materia de este convenio.

Además, deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

El Departamento de Auditoría y/o la Subdirección Administrativa del "SERVICIO", validará en terreno las rendiciones financieras para lo cual, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a tener documentación original que respalde su gasto en función del "PROGRAMA".

**DÉCIMO PRIMERA:** Será responsabilidad de la "MUNICIPALIDAD", velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al "SERVICIO", en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría y/o Subdirección Administrativa del "SERVICIO".

Por su parte, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a proporcionar al "SERVICIO" todas las facilidades, informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos.

**DÉCIMO SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio y hasta el 31 de Enero del 2014.

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 de 2013, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se detalla en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la **"MUNICIPALIDAD"**, en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el **"PROGRAMA"** objeto de este instrumento.

**DÉCIMO CUARTA:** Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en RAYEN, SIGGES, Planilla de Evaluación del Programa Espacios Amigables para adolescentes 2013, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO QUINTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SEXTA:** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al Ítem N° 24-03 298-002 **"Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud"**.


**DÉCIMO SÉPTIMA** La personería de la Dra. Adriana Tapia Cifuentes para representar al Servicio de Salud Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 02 del 17 de enero de 2011. La representación de Don Ramón Galleguillos Castillo para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 2250 del 06 de diciembre de 2012.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la **"MUNICIPALIDAD"**, uno en poder del **"SERVICIO"** y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

3.- Impútese el gasto por la suma de **\$ 4.226.500.- (cuatro millones doscientos veintiséis mil quinientos pesos)** que irrogue el presente convenio al Item **24 03 298 "ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378"** del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE,**

  
**DIRECTORA**  
**DR. ADRIANA TAPIA CIFUENTES**  
**DIRECTORA**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

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 de 2013, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se detalla en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la "MUNICIPALIDAD", en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD" deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA" objeto de este instrumento.

**DÉCIMO CUARTA:** Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en RAYEN, SIGGES, Planilla de Evaluación del Programa Espacios Amigables para adolescentes 2013, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO QUINTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SEXTA:** El gasto que irroge el presente convenio se imputará al Ítem N° 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud".

**DÉCIMO SÉPTIMA** La personería de la Dra. Adriana Tapia Cifuentes para representar al Servicio de Salud Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 02 del 17 de enero de 2011. La representación de Don Ramón Galleguillos Castillo para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 2250 del 06 de diciembre de 2012.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO" y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

3.- Impútese el gasto por la suma de \$ 4.226.500.- (cuatro millones doscientos veintiséis mil quinientos peos) que irroge el presente convenio al Item 24 03 298 "ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378" del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique.



ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE,

*Adriana Tapia Cifuentes*  
DRA. ADRIANA TAPIA CIFUENTES  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

**Distribución:**

Municipalidad de Alto Hospicio  
División Atención Primaria MINSAL  
SEREMI SALUD Región Tarapacá (D)  
Subdirección Gestión Asistencial SSI.  
Asesoría Jurídica SSI. (D)  
Depto. Finanzas SSI. (D)  
Oficina de Partes



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

*Stuardo Henríquez*  
Ministro Fe



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPARTAMENTO DE GESTION CLINICA

ANEXO Nº 1  
PROGRAMACION ACTIVIDADES ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES 2013

|                   |         |        |               |
|-------------------|---------|--------|---------------|
| SERVICIO DE SALUD | IQUIQUE | COMUNA | ALTO HOSPICIO |
|-------------------|---------|--------|---------------|

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| CENTRO DE SALUD FAMILIAR | PEDRO PULGAR |
|--------------------------|--------------|

Tabla 1: Población Adolescente Inscrita Validad en el Cesfam año 2013

| Tramo de Edad | Masculino | Femenino | Total |
|---------------|-----------|----------|-------|
| 10-14 años    | 3547      | 3231     | 6778  |
| 15-19 años    | 3518      | 3281     | 6799  |
| TOTAL         | 7065      | 6512     | 13577 |

Tabla 2: Planificación numérica de Actividades Comprometidas para el año 2013

| Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo) |     |              |     |                        |     |              |     |
|---|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS  |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 2   | 55  | 12           | 315 | 2                      | 55  | 12           | 315 |
| TOTAL 10-14:  |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 57  |     | 327          |     | 57                     |     | 327          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 384   |     |              |     | 384                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |              |     |                        |     |              |     |
| 768   |     |              |     |                        |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |     |              |     |                        |     |              |     |
|---|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS  |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 1   | 22  | 4            | 126 | 1                      | 22  | 4            | 126 |
| TOTAL 10-14:  |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 23  |     | 130          |     | 23                     |     | 130          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 153   |     |              |     | 153                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |              |     |                        |     |              |     |
| 306   |     |              |     |                        |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejería VIH-SIDA * No incluye gestantes) |     |              |     |                        |     |              |     |
|--|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS   |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC   | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 0  | 0   | 1            | 2   | 0                      | 0   | 1            | 2   |
| TOTAL 10-14:   |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 0  |     | 3            |     | 0                      |     | 3            |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 3  |     |              |     | 3                      |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:  |     |              |     |                        |     |              |     |
| 6  |     |              |     |                        |     |              |     |

| Número de Adolescentes con Consejería Regulación de Fecundidad |     |              |     |                        |     |              |     |
|--|-----|--------------|-----|------------------------|-----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |              |     |
| 10-14 AÑOS   |     | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |     | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC   | FEM | MASC         | FEM | MASC                   | FEM | MASC         | FEM |
| 1  | 39  | 8            | 221 | 1                      | 39  | 8            | 221 |
| TOTAL 10-14:   |     | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |     | TOTAL 15-19: |     |
| 40   |     | 229          |     | 40                     |     | 229          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE  |     |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |              |     |
| 269  |     |              |     | 269                    |     |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:                                      |     |              |     |                        |     |              |     |
| 538  |     |              |     |                        |     |              |     |

| Nº de adolescentes con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |    |              |     |                        |    |              |     |
|---|----|--------------|-----|------------------------|----|--------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |    |              |     | SEGUNDO SEMESTRE       |    |              |     |
| 10-14 AÑOS  |    | 15-19 AÑOS   |     | 10-14 AÑOS             |    | 15-19 AÑOS   |     |
| MASC  |    | MASC         |     | MASC                   |    | MASC         |     |
| 1   | 22 | 4            | 126 | 1                      | 22 | 4            | 126 |
| TOTAL 10-14:  |    | TOTAL 15-19: |     | TOTAL 10-14:           |    | TOTAL 15-19: |     |
| 23  |    | 130          |     | 23                     |    | 130          |     |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |    |              |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |    |              |     |
| 253   |    |              |     | 253                    |    |              |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |    |              |     |                        |    |              |     |
| 506   |    |              |     |                        |    |              |     |

| talleres o programas de actividad masiva que favorezcan el autocuidado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable. |     |                  |     |                        |     |                  |     |
|---|-----|------------------|-----|------------------------|-----|------------------|-----|
| PRIMER SEMESTRE   |     |                  |     | SEGUNDO SEMESTRE       |     |                  |     |
| TALLERES  |     | ACTIVIDAD MASIVA |     | TALLERES               |     | ACTIVIDAD MASIVA |     |
| 12  |     | 1                |     | 12                     |     | 1                |     |
| nº adol   | 240 | nº adol          | 100 | nº adol                | 240 | nº adol          | 100 |
| TOTAL PRIMER SEMESTRE   |     |                  |     | TOTAL SEGUNDO SEMESTRE |     |                  |     |
| 13  |     |                  |     | 13                     |     |                  |     |
| TOTAL PROGRAMACIÓN ANUAL:   |     |                  |     |                        |     |                  |     |
| 26  |     |                  |     |                        |     |                  |     |



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
 DIVISION DE ATENCION PRIMARIA  
 Depto. Programas de Reforzamiento de APS

ANEXO Nº 2  
 PLANILLA DE EVALUACION  
 PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES 2013

| Servicios de Salud | Comuna | Establecimientos | Número de Adolescentes 10-19 años Atendidos en EAA (por cualquier motivo) |         |       |
|--------------------|--------|------------------|---|---------|-------|
|                    |        |                  | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL |
|                    |        |                  |   |         |       |

| Número de Adolescentes planificados con Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva |         |       | Número de Adolescentes planificados con Consejería VIH-SIDA * No incluye gestantes |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías VIH-SIDA * No incluye gestantes |         |       |
|--|---------|-------|---|---------|-------|--|---------|-------|--|---------|-------|
| HOMBRES  | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES  | MUJERES | TOTAL | HOMBRES  | MUJERES | TOTAL |
|  |         |       |   |         |       |  |         |       |  |         |       |

| Número de Adolescentes planificados con Consejería Regulación de Fecundidad |         |       | Número de Adolescentes que reciben Consejerías Regulación de Fecundidad |         |       | Nº de adolescentes planificados con Consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |         |       | Nº de adolescentes que reciben consejería en estilos de vida y conductas de autocuidado |         |       |
|---|---------|-------|---|---------|-------|--|---------|-------|---|---------|-------|
| HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL | HOMBRES  | MUJERES | TOTAL | HOMBRES   | MUJERES | TOTAL |
|   |         |       |   |         |       |  |         |       |   |         |       |

**INSTRUCTIVO PARA REGISTRO PROGRAMAS: ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES:**

Dado que a través del REM no es posible obtener el número de adolescentes que son atendidos, reciben consejería o son derivados desde el espacio amigable a otro espacio del establecimiento, se hace necesario el registro en planillas anexas.

**1. En la columna Nº de Adolescentes atendidos:**

Se debe registrar el número total de adolescentes que consultaron en espacio amigable (controles y las consultas), independientemente de cual haya sido el motivo o el profesional que lo haya atendido.

Si un adolescente es atendido en más de una oportunidad, sólo se anotará una vez.

**2. En la columna Nº de Adolescentes que reciben Consejerías VIH-SIDA:**

Se debe registrar el número total de adolescentes que recibieron consejerías en temas de prevención de VIH-SIDA, ITS, además de los jóvenes que recibieron consejería en el contexto de la solicitud de Test de ELISA (post test, debido a que pre test no necesariamente se requiere consejería) en el espacio amigable.

**En esta columna no se debe incluir a las gestantes.**

**3. No se incluye en planilla anexa registro de eventos masivos ni talleres grupales dado que existe registro en REM.**

- o Nº de eventos masivos: Registrar en REM 19 A celda C 99
- o Nº de talleres Grupales: registrar en REM 19 A Celda B117

**4. Respecto del registro del % de adolescentes que consultan en el Espacio amigable, que son derivados y atendidos en otros Espacios del establecimiento**

Se deben registrar aquellos adolescentes que requieren atención de otro profesional (médico, nutricionista, odontólogo, etc.)



**ANEXO Nº 3  
INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA**

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SALUD: \_\_\_\_\_  
COMUNA O ESTABLEC. : \_\_\_\_\_  
PERIODO INFORMADO: \_\_\_\_\_

**I.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

A) INSTITUCIÓN OTORGANTE : **MINISTERIO DE SALUD**  
B) FINALIDAD DE LOS FONDOS : **FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA**  
C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS: \_\_\_\_\_

| RESOLUCION Nº | FECHA | MONTO (\$) |
|---------------|-------|------------|
|               |       |            |

**II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO**

**A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO**

| NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO   | FECHA | MONTO (\$) |
|-----------------------------|-------|------------|
|                             |       |            |
|                             |       |            |
|                             |       |            |
|                             |       |            |
| <b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b> |       | <b>\$</b>  |

B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR \$ \_\_\_\_\_

C) TOTAL A RENDIR CUENTA ( A + B ) \$ \_\_\_\_\_

**III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA**

RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO Nº 4 \$ \_\_\_\_\_

**IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE ( II - III )**

SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE \$ \_\_\_\_\_

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE: |  |
| CARGO:                          |  |
| DEPENDENCIA:                    |  |
| FIRMA Y TIMBRE:                 |  |



**ANEXO Nº 4  
RENDICION DE CUENTA**

**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

**SERVICIO DE SALUD** : \_\_\_\_\_  
**COMUNA O ESTABLEC.** : \_\_\_\_\_  
**RESOLUCIÓN Y CONVENIO Nº** : \_\_\_\_\_  
**FECHA** : \_\_\_\_\_  
**PERIODO** : \_\_\_\_\_

**PRESTADORES**

| CHEQUE / EGRESO            | BOL./FACT./CONTRATO | FECHA DE PAGO | RUT PRESTADOR | PRESTADOR DE SERVICIO | DETALLE DE RENDICION DE CUENTA | TIPO DE CONTRAT O HS - CS- o CPF | MONTO BRUTO |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| N°                         | N°                  |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
| <b>SUBTOTAL GASTOS (A)</b> |                     |               |               |                       |                                |                                  | <b>\$</b>   |

\*Ingresar en orden cronológico, prestadores con cargo a la glosa.

\*\*Luego ingresar en orden cronológico, prestadores cuyos servicios son pagados con cargo al Subtítulo 22 (bienes y servicios)

**PROVEEDORES**

| CHEQUE / EGRESO            | BOL./FACT./CONTRATO | FECHA DE PAGO | RUT PRESTADOR | PRESTADOR DE SERVICIO | DETALLE DE RENDICION DE CUENTA | TIPO DE CONTRAT O HS - CS- o CPF | MONTO BRUTO |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------|
| N°                         | N°                  |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
|                            |                     |               |               |                       |                                |                                  |             |
| <b>SUBTOTAL GASTOS (B)</b> |                     |               |               |                       |                                |                                  | <b>\$</b>   |

\*La información se ingresa en orden cronológico

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>TOTAL RENDICION CUENTA (A+B)</b> | <b>\$</b> |
|-------------------------------------|-----------|

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:</b> |  |
| <b>CARGO:</b>                          |  |
| <b>DEPENDENCIA:</b>                    |  |
| <b>FIRMA Y TIMBRE:</b>                 |  |