

Quillota, 02 de Mayo 2022.

Alcaldía decretó hoy lo que sigue:

D.A. NUM: 5492 /VISTOS:

1. Oficio Ordinario N°2039 de 18 de Abril de 2022 de Director Departamento de Salud Quillota a Sr. Alcalde, con V° B° alcaldicio, en que solicita dictar Decreto Alcaldicio que apruebe Convenio de **“PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”** año 2022, Resolución Exenta N° 1.885 de fecha 23 de marzo del 2022, suscrito por el Servicio de Salud Viña del Mar y la Ilustre Municipalidad de Quillota, el cual tiene vigencia al 31 de diciembre del año 2022, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, de las prioridades programáticas;
2. Resolución Exenta N°1885 de 23 de Marzo de 2022, que aprobó el Convenio celebrado con fecha 01 de enero de 2022, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de Quillota, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el Programa **Mas Adultos Mayores Autovalentes en APS**;
3. Convenio, suscrito entre el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota y la Ilustre Municipalidad de Quillota (Programa **Mas Adultos Mayores Autovalentes**), de 01 de Enero de 2022;
4. Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones;

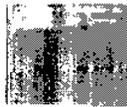
DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno 2. Departamento de Salud 3. Finanzas 4. Presupuesto 5. Jurídico 6. Administración Municipal 7. Secretaría Municipal.

OCS/XVA/maom.-

DECRETO

PRIMERO: **APRUEBASE** el siguiente **Convenio**
Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes:



**SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

(Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes")

En Viña del Mar a 01 de enero de 2022 entre el **Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schroeders N° 392, Viña del Mar, representado por su Director **Sr. Alfredo Molina Naves**, chileno, MBA en Salud, cédula nacional de identidad N°13.551.848-4 del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**", y la **Ilustre Municipalidad de Quillota**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Maipú N°330 Quillota, representada por su Alcalde **D. Óscar Calderón Sánchez**, de ese mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 118 de 2007, del Ministerio de Salud reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente Resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de "**MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**". El referido programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°138 del 26 de Enero de 2022 y Resolución Exenta n°133, de fecha 26 de febrero de 2022 la cual distribuye recursos al programa, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria" y sus respectivas estrategias en el (los) Centros de Salud de esa comuna que se indican, cuya matriz de Indicadores se encuentra en el Programa, que forma parte integrante de este convenio:

1. OBJETIVO GENERAL

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento
- b. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores



DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno 2. Departamento de Salud 3. Finanzas 4. Presupuesto 5. Jurídico 6. Administración Municipal 7. Secretaría Municipal.

- c. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo

3. COMPONENTES

a. Componente 1: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

Este componente es desarrollado por la dupla profesional del Programa, y consiste la intervención sociosanitaria Promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional, entregando servicios de estimulación funcional, motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, para personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales y desde las organizaciones sociales de personas mayores. El componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes talleres:

- i. **Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas:** Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.
- ii. **Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.
- iii. **Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. Requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En el caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de actividades del programa, mediante la entrega de material (manuales o cuadernillos) para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar.

Según las posibilidades, se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo individual.

Para el ingreso al Programa, en situación del desarrollo en modalidad remota, se utilizará el CUESTIONARIO DE INGRESO REMOTO AL PROGRAMA. Además, para la evaluación del ingreso y egreso remoto se establece la aplicación del Cuestionario HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Time Up and Go.

El registro de actividades remotas se mantiene en REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivo, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales u otras actividades como la visita domiciliaria.

Si existen situaciones de fuerza mayor que implican modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al servicio de salud, considerando un eventual ajuste en las Metas de cobertura.

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno 2. Departamento de Salud 3. Finanzas 4. Presupuesto 5. Jurídico 6. Administración Municipal 7. Secretaría Municipal.

b. Componente 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo.

Etapas del proceso a realizar por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales

El programa en este componente aporta horas de recursos humanos para la Capacitación de los líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de Planes intersectoriales (planificación, ejecución y seguimiento)

1. **Organización de la información para la gestión local.** Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

a. **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado.** De las personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el programa.

b. **Catastro de Servicios Locales Actualizado,** Que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población adulta mayor.

c. **Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios,** que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red de salud de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local.

d. **Guía u otro elemento que entregue la información identificada por este componente** a las personas mayores (guía, Manual u otro.) en lo respectivo a los Servicios disponibles en cada localidad, incorporando su localización, vinculación con el programa y las formas de acceso a ellas.

2. **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios**

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas en forma anual:

a. **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes pueda aproximar al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.

b. **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de adultos mayores:** Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores.

c. **Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo:** Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Se recomienda que los planes consideren 2 años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios, los cuales se deberán ajustar de acuerdo a nuevas necesidades.

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

3. Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local

a. Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones: La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. D

Por lo tanto, de las Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa, las duplas participan de actividades de acompañamiento organizadas por dichos Líderes Comunitarios.

b. Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo: Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un periodo de ejecución de 2 años, dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

4. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del componente 1:

- a. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año.
- b. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un período de 3 meses: no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia.
- c. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
- d. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional.
- e. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional.
- f. El Programa de Estimulación Funcional desarrollado se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.
- g. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
- h. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos.
- i. Flujograma de Derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
- j. Flujograma de Derivación y Contraderivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
- k. Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.
- l. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores.

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno 2. Departamento de Salud 3. Finanzas 4. Presupuesto 5. Jurídico 6. Administración Municipal 7. Secretaría Municipal.

Productos esperados del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa.
4. Mapa de Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y ejecutado por el Programa.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios diseñado y ejecutado.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutado
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual de \$ **32.762.647 (treinta y dos millones, setecientos sesenta y dos mil seiscientos cuarenta y siete pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio, siendo asignados para las siguientes categorías en cada centro de salud, los montos descritos a continuación:

Centro de Salud	Categoría	Monto
CESFAM Quillota	Recurso Humano	\$ 29.175.378.-
	Insumos	\$ 706.290.-
	Capacitación	\$ 1.109.936.-
	Movilización	\$ 607.062.-
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	\$ 1.163.981.-
TOTAL		\$ 32.762.647.-

El financiamiento del Componente 2, es exclusivo para recurso humano destinado al acompañamiento y apoyo a los líderes comunitarios. Esto equivale a 14.3 horas mensuales, aparte de horario que deben cumplir los profesionales contratados para el programa. En el caso que la dupla no pueda realizar a esta labor por diversos motivos, se podrá realizar las gestiones para que otro profesional del equipo del establecimiento pueda realizar el mencionado acompañamiento a los líderes.

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y, a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el Programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la Atención Primaria.

QUINTA: Monitoreo y Evaluación

Se efectuará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del programa. Se efectuarán en los meses de abril, agosto y diciembre. Evaluando se el desarrollo de ambos componentes y del cumplimiento de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Mes de Marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada al Servicio de salud con fecha tope al 05 de abril.

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

Las metas a cumplir en esta evaluación son:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan discontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento.

El Municipio se compromete a enviar las estadísticas correspondientes a la ejecución del Programa vía REM y los Informes requeridos por el Programa, con fecha de corte al 31 de marzo, hasta el día 05 del mes de abril del año en curso.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento, señalado en la tabla precedente.

La comuna y establecimientos deberá informar al corte de agosto el desarrollo del programa en el informe del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de septiembre, al respectivo Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar al Servicio de salud, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que la comuna beneficiaria deberá tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

La comuna y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Esta evaluación, junto a la evaluación del cumplimiento de metas establecidas por el programa, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

continuidad del Programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del mismo.
Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Frente a situaciones que limiten por fuerza mayor el desarrollo habitual del programa según su diseño, limitando el desarrollo de las actividades y metas comprometidas, el servicio de Salud según su evaluación considerará mantener la continuidad del programa y la no afectación de los recursos aun cuando no se cumpla la meta comprometida por el programa.

SEXTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación, en Tabla N°1:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del Programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a ingresar}) \times 100$	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes / N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
N° 2: Fomento de Autocuidado del Adulto	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del	20%	30%	REM	25

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

Mayor en el Organismo de Asesorías Sociales y Servicios Locales.	Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100					
Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	20%	30%	REM	25	

Indicadores para monitoreo y seguimiento, no asociados a reliquidación, en Tabla N°2:

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA CÁLCULO	DE META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según tug/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%); la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y, bajo la condición que se hayan recepcionado los recursos en el Servicio de Salud, y, la 2ª cuota, contra los resultados de la segunda evaluación, como se señala en la cláusula Quinta.

OCTAVA: El uso de los recursos de primera cuota, considerará la contratación del total del recurso humano señalado en el Programa destinado a su implementación, el que forma parte integrante de este convenio. En caso de no disponer de éste, considerará la contratación del recurso humano capacitado, señalado en el Programa.

NOVENA: El Servicio, podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.

La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota Enf. **Ximena Gatica Elías**, al correo electrónico ximena.gatica@redsalud.gov.cl

DÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente** al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período.

Todo saldo del Programa no ejecutado deberá ser ingresado a la cuenta corriente del SSVQ, RUT: 61.606.600-5, Cuenta corriente N° 23509122458 del BancoEstado.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tiene vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. En la última cuota de transferencia de recursos asignados, sujeta a evaluación de cumplimiento de metas, tendrá un plazo de 90 días de ejecución, una vez recibida la remesa, garantizando la continuidad del Programa. Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

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

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

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

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

PERSONERIAS: La facultad y personería del Sr. **Alfredo Molina Naves**, Director del Servicio de Salud Viña del Mar – Quilota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004 y 26/2020, ambos del Ministerio de Salud. La facultad del Sr. **Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quilota, D. Óscar Calderón Sánchez**, consta en Sentencia de Proclamación N°299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de Fecha 29/06/2021.




D. OSCAR CALDERÓN SÁNCHEZ
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE QUILOTA

SR. ALFREDO ANDRÉS MOLINA NAVES
DIRECTOR
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR – QUILOTA

EU.CHB/CA.GFT/esm.



DISTRIBUCIÓN:

1. Control Interno
2. Departamento de Salud
3. Finanzas
4. Presupuesto
5. Jurídico
6. Administración Municipal
7. Secretaría Municipal.

OCS/XVA/maom.-

Resolución comuna Quillota Int.334

Correlativo: 1885 / 23-03-2022

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Alfredo Andrés Molina Naves	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Graciela Del Carmen Fuentes Torres	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Maria Constanza Harbin Barahona	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera



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

Folio: 1FU-RI9-9PL

Código de verificación: XV4-ZN8-IVP



SEGUNDO: **ADOpte** el Director del Departamento de Salud Quillota las medidas pertinentes para el cumplimiento de esta resolución.




Firmado Electrónicamente por:
XIMENA VALDIVIESO ARZA
GEOGRAFA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
MINISTRA DE FE




Firmado Digitalmente por
OSCAR CALDERÓN SÁNCHEZ
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

DISTRIBUCIÓN:

- Control Interno
- Departamento de Salud
- Finanzas
- Presupuesto
- Jurídico
- Administración Municipal
- Secretaría Municipal.

OCS/XVA/maom.-