SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. DE FINANZAS SSI
DEPTO. ASESORÍA JURIDICA
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
MVZ/FPM/CCA/LMB/JCT/AML

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PICA
OFICINA DE PARTES
27 FEB. 2017
N°
Folio:

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0374 /.
21 FEB. 2017

IQUIQUE.

**VISTOS,**

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. Nº 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Artículo 8, Decreto Nº 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud ; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley Nº 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo Nº118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto Nº 22, de 2016, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta Nº 1215 de 2016, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta Nº 94 de 2017, del Ministerio de Salud; Resolución Nº 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República;

**CONSIDERANDO:**

1.-Que, por resolución Exenta N°1215, del 30 de diciembre de 2016, **del** Ministerio de Salud aprobó el Programa de Apoyo Radiológico en el Nivel Primario de atención para la Resolución Eficiente de la Neumonía Adquirida en la Comunidad 2017;

2.- Que, por resolución Exenta N°94, del 23 de enero de 2017, **del** Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **PROGRAMA.**

3.- Que mediante convenio de fecha 16/01/2017 suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Pica, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de $ 1.049.040 (Un millón cuarenta y nueve mil cuarenta pesos), para realizar las acciones de apoyo relativas al Programa de Programa de Apoyo Radiológico en el Nivel Primario de atención para la Resolución Eficiente de la Neumonía Adquirida en la Comunidad, Comuna de Pica.

**RESUELVO:**

1.-APRUÉBASE el convenio de ejecución del "Programa de Apoyo Radiológico en el Nivel Primario de atención para la Resolución Eficiente de la Neumonía Adquirida en la Comunidad, Comuna de Pica, 2017, de fecha 16/01/2017, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Ilustre Municipalidad de Pica.

2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de seis páginas, cuyos ejemplares suscritos por la Directora del Servicio de Salud Iquique, Dra. **María Vera Zamora** y el Alcalde de la Municipalidad de Pica D. **Iván Infante Chacón**, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.

Todas las ejemplares del presente convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

3.-IMPÚTESE el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud" del presupuesto del Servicio de Salud de Iquique ".

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**

MINISTERIO DE SALUD SERVICIO SALUD IQUIQUE DIRECTOR

**DRA. MARÍA VERA ZAMORA**
**DIRECTORA (TyP)**
**SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE**

MINISTERIO DE SALUD SERVICIO SALUD IQUIQUE MINISTRO DE FE

Lo que transcribo a Ud. para conocimiento y fines pertinentes

SANDRA SEPÚLVEDA PADILLA
MINISTRO DE FE

Distribución:
- Municipalidad de Pica ✓
- División de Atención Primaria MINSAL
- Subdirección Gestión Asistencial SSI (D)
- Asesoría Jurídica SSI (D)
- cesar.cayo@redsalud.gov.cl
- Jaime.abarzua@redsalud.gov.cl
- Dirección SSI (D)
- natalia.rivera.a@redsalud.gob.cl
- ana.mujica@redsalud.gov.cl
- Oficina de Partes SSI

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. DE FINANZAS SSI
DEPTO. ASESORÍA JURIDICA
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES
MVZ/FPM/CCA/GHO/JCT/AML

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**
**"PROGRAMA DE APOYO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) 2017"**
**ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA MUNICIPALIDAD DE PICA.**

En Iquique a 16 de enero de 2017, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE,** persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3 con domicilio en calle Aníbal Pinto Nº 815 de Iquique, representado por su **Directora(TyP) Dra. María Paula Vera Zamora** chilena, Cédula Nacional de Identidad Nº 10.696.299-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **"SERVICIO",** por una parte, y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PICA** persona jurídica de derecho público, RUT 69.010.400-8, representada por su Alcalde **Don Iván Manuel Infante Chacón**, chileno, Cédula Nacional de Identidad Nº 08.597.481-5 ambos domiciliados en Calle Plaza de Armas # 20 de la ciudad y de la comuna de Pica, 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 Nº 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 Nº 118 del 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:***El presente convenio se suscribe conforme a lo establecido en el decreto con fuerza ley N° 1-3063, de 1980, del Ministerio de Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el **"SERVICIO"** y la **"MUNICIPALIDAD",** especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley Nº 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

***TERCERA:*** 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, incorporándola 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 Apoyo Diagnostico Radiológico En El Nivel Primario De Atención Para La Resolución Eficiente De Neumonía Adquirida En La Comunidad (NAC)",** en adelante el "**PROGRAMA**", a fin de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria legal del Sector Público de Salud, aumentando la capacidad de respuesta oportuna de la atención primaria, a los problemas de salud por los cuales consultan las personas, para lograr una red de atención primaria más eficaz y cercana a éstas, contribuyendo de tal forma a mejorar los problemas de acceso y resolutividad de la atención de salud a la comunidad en el que participarán las partes, en conformidad a lo establecido en el presente convenio.

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1215 del 30 de diciembre de 2015, 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 los fines del presente convenio, la **"MUNICIPALIDAD"** administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud**: CESFAM Pica.**

***CUARTA*:** El Ministerio de Salud, a través del "**SERVICIO**", conviene en asignar a la **"MUNICIPALIDAD"** recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del **"PROGRAMA": PROGRAMA DE APOYO DIAGNOSTICO RADIOLOGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)**

**Componente 1:** Acceso a radiografía de tórax ante sospecha clínica de neumonía y enfermedades respiratorias crónicas.

***QUINTA:*** 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 exenta que apruebe el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma anual y única de **$1.049.040 (Un millón cuarenta y nueve mil cuarenta pesos),** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior.

***SEXTA:*** 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 obligado a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el **"PROGRAMA".**

La **"MUNICIPALIDAD"** está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos y productos específicos de cada componente, en cada uno de los establecimientos señalados en la cláusula tercera.

| NOMBRE COMPONENTE | OBJETIVO | PRODUCTOS | META Nº | MONTO ($) |
|---|---|---|---|---|
| **Componente Nº 1** | Otorgar prestaciones de apoyo con Radiografía de Tórax para el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y enfermedades respiratorias crónicas a nivel de los centros de salud de APS | 100% de las radiografías comprometidas por convenio | 50 | $1.049.040 |
| | Mejorar capacidad diagnóstica diferencial en APS | Otorgar una atención más cercana al territorio geográfico de los beneficiarios | | |
| | | | **Total Programa ($)** | **$1.049.040** |

***SEPTIMA:*** El proceso de monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del **"SERVICIO",** se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del **"PROGRAMA"**, con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.
Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del **"PROGRAMA,"** en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación se efectuará el quinto día hábil del mes de septiembre 2017, siendo el corte al 31 de agosto del mismo año: consistirá en el envío de un informe con el resultado de la aplicación del Instrumento de Evaluación y Certificación y el avance en el cumplimiento de las actividades del Plan de Mejoras de ambos establecimientos. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2017, si es que su cumplimiento es inferior a 60%, de acuerdo al siguiente cuadro: (según programa)

| PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30% |
|---|---|
| 60,00 % | 0 % |
| Entre 59 ,99 % y 50, 00 % | 25 % |
| Entre 49 ,99 % y 40, 00 % | 50 % |
| Entre 39 ,99 % y 30, 00 % | 75 % |
| Menos del 30,00 % | 100 % |

- **La segunda evaluación y final se efectuará al décimo quinto día hábil del mes de enero de 2018, siendo el corte al 31 de diciembre de 2017:** comprenderá la entrega del informe final, en que el **"PROGRAMA"** deberá tener ejecutado el 100 % de las acciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el **"PROGRAMA",** por tanto, según el siguiente detalle:

**INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:**

| NOMBRE DEL INDICADOR | MEDIO DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| Cobertura Rx de tórax en paciente con sospecha clínica de NAC | REM BM 18A Celda F 421 | 100% |

Los datos considerados en ambas evaluaciones del **"PROGRAMA"** serán recopilados por el Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Iquique, mediante solicitud de informes y visitas inspectivas por parte de referentes técnicos del **"SERVICIO".** Por lo anterior, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información entregada.

Referido a los registros de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN, SIGGES, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

El "**SERVICIO**" evaluará el cumplimiento de las actividades del **"PROGRAMA"** y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Deberá efectuar, a través del Departamento de Auditoría, la fiscalización del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas inspectivas, solicitud de informes de avances mensuales y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría de conformidad con la normativa vigente.

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

- La primera, **$734.328 (Setecientos treinta y cuatro mil trescientos veintiocho pesos)** correspondiente al **70%,** del total de los recursos del convenio, una vez tramitada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud.

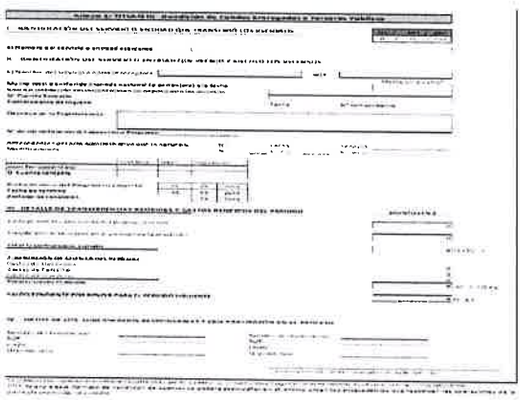
- La segunda cuota, **$314.712 (Trescientos catorce mil setecientos doce pesos)** corresponderá al **30%,** restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre, según resultados obtenidos en la primera evaluación definida en la cláusula anterior.

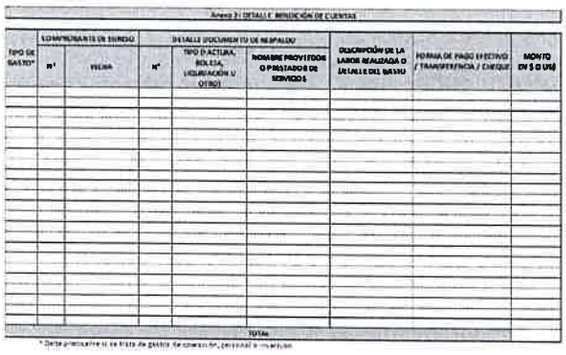
***NOVENA:*** El **"SERVICIO"** no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello en el caso que la **"MUNICIPALIDAD"** se exceda de los fondos destinados por el **"SERVICIO"** para los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

***DÉCIMA:*** El "**SERVICIO"**, requerirá de la **"MUNICIPALIDAD** "el envío de un informe financiero mensual, respecto de los gastos ejecutados, el que deberá ser remitido el décimo quinto día hábil del mes siguiente, al Departamento de Finanzas del **"SERVICIO"**. Asimismo, la **"MUNICIPALIDAD** "deberá emitir un informe financiero final en las siguientes fechas:

- Informe final: Fecha límite 30 de enero de 2018, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada por establecimiento y el saldo disponible al 31 de diciembre de 2017 y en consecuencia de existir remanente, procederá 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 Anexos Nº 1 y Nº 2, 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 Finanzas del **"SERVICIO",** en las fechas definidas en el párrafo anterior.
Se transcriben a continuación ambos anexos.
Sin perjuicio de lo anterior el servicio implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones, el cual será informado oportunamente a la "**MUNICIPALIDAD"** que reemplazara el actual sistema y será obligatorio desde el momento en el que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el "**SERVICIO"** determine.





***DÉCIMO PRIMERA:***La **"MUNICIPALIDAD"** deberá dar cumplimiento a las normas de procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución Nº 30 del 11 de marzo de 2015,que fija normas de procedimientos de rendición de cuentas de manera que "**LA MUNICIPALIDAD"** estará obligada a enviar al Departamento de Finanzas del "**SERVICIO"**, 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 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 al Departamento de Salud, la **"MUNICIPALIDAD"** deberá remitir el informe mensual, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos siguientes al que se informa, incluso en aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

Cuando el organismo receptor, esto es, la **MUNICIPALIDAD** tenga la calidad de ejecutor, deberá proporcionar información sobre el avance de las actividades realizadas.

Asimismo, la **MUNICIPALIDAD**, deberá remitir en un periodo máximo de 15 días hábiles, al **"SERVICIO",** copia del comprobante de ingreso municipal mediante el cual la **"MUNICIPALIDAD",** recibió 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.

El Departamento de Auditoría 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 SEGUNDA:*** 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 Auditoria 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 en su formato original. El incumplimiento de la entrega de cualquier documento a que se refiere esta cláusula, requerido por el **"SERVICIO",** se pondrá en conocimiento de las autoridades de control, tanto interno como externo de la Administración del Estado, para que adopten las medidas consignadas en la normativa vigente.

***DÉCIMO TERCERA:*** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2017 para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio, siendo el 30 de enero del 2018 la fecha límite para envío del informe final por parte de la "**MUNICIPALIDAD."**

Sin perjuicio de lo anterior y considerando la necesidad de asegurar de la continuidad de la atención y prestaciones de salud, 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 2017, 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 establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

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

***DÉCIMO CUARTA:*** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el **PROGRAMA**, objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "**MUNICIPALIDAD"** al **"SERVICIO"** dentro del mes de febrero de 2018.

Los fondos transferidos a la **MUNICIPALIDAD,** solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

***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 Nº 24-03 298-002 **"Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique".**

***DÉCIMO SÉPTIMA:*** La personería de la doctora María Vera Zamora, para representar el Servicio de Salud de Iquique, consta en el decreto N°22 de 5 de septiembre del 2016 del Ministerio de Salud. La representación de don Iván Manuel Infante Chacón para actuar en nombre de la Ilustre Municipalidad de Pica, emana del Decreto Alcadicio Nº 467/2016 de la Municipalidad de Pica.

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 del "**SERVICIO",** uno en poder de la **"MUNICIPALIDAD"** y otro en la División de Atención Primaria del MINSAL.

REPUBLICA DE CHILE MUNICIPALIDAD DE PICA ALCALDE I REGIÓN TARAPACÁ

**IVAN MANUEL INFANTE CHACÓN**
**ALCALDE**
**MUNICIPALIDAD DE PICA**

MINISTERIO DE SALUD DIRECTOR SERVICIO SALUD IQUIQUE

**DRA. MARÍA VERA ZAMORA**
**DIRECTORA(TyP)**
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

## Anexo 1: TITULO III Rendición de Fondos Entregados a Terceros Públicos

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS**

| DIA / | MES / | AÑO |
|---|---|---|
| XX / | XX / | 20XX |

**a) Nombre del servicio o entidad otorgante:**

**II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS**

**b) Nombre del servicio o entidad receptora:** **RUT:**

Monto en $ o US$*

**Monto total transferido moneda nacional (o extranjera) a la fecha**
**Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos**
**N° Cuenta Bancaria**
**Comprobante de ingreso**

Fecha_____ N° comprobante_____

**Objetivo de la Transferencia**

**N° de identificación del proyecto o Programa**_____

**Antecedentes del acto administrativo que lo aprueba:** N° ____ Fecha _____ Servicio _____
**Modificaciones** N° ____ Fecha _____ Servicio _____

| | Subtitulo | Item | Asignación |
|---|---|---|---|
| **Item Presupuestario** | | | |
| **O Cuenta contable** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio del Programa o proyecto** | XX | XX | 20XX |
| **Fecha de término** | XX | XX | 20XX |
| **Período de rendición** | | XX | 20XX |

**III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO**

| | MONTOS EN $ | |
|---|---|---|
| a) Saldo pendiente por rendir del período anterior | 0 | |
| b) Transferencias recibidas en el período de la rendición | 0 | |
| c) **Total Transferencias a rendir** | 0 | (a + b) = c |
| **2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO** | | |
| d) Gastos de Operación | 0 | |
| e) Gastos de Personal | 0 | |
| f) Gastos de Inversión | 0 | |
| g) **Total recursos rendidos** | 0 | (d + e + f) = g |
| h) **SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE** | 0 | (c - g ) |

**IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTIPARON EN EL PROCESO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Funcionario | _____ | Nombre del Funcionario | _____ |
| RUT | _____ | RUT | _____ |
| Cargo | _____ | Cargo | _____ |
| Dependencia | _____ | Dependencia | _____ |

_____
Firma y nombre del responsable de la Rendición

* Cuando corresponda determinar el valor del tipo de cambio, se estará a aquel vigente al momento de realizarse la respectiva operación.
**** Anexo a este formato de rendición de cuentas se deberá acompañar en el mismo orden los antecedentes que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.

## Anexo 2: DETALLE RENDICIÓN DE CUENTAS

| TIPO DE GASTO* | COMPROBANTE DE EGRESO | | DETALLE DOCUMENTO DE RESPALDO | | | DESCRIPCIÓN DE LA LABOR REALIZADA O DETALLE DEL GASTO | FORMA DE PAGO EFECTIVO / TRANSFERENCIA / CHEQUE | MONTO EN $ O US$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | FECHA | N° | TIPO (FACTURA, BOLETA, LIQUIDACIÓN U OTRO) | NOMBRE PROVEEDOR O PRESTADOR DE SERVICIOS | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | |

* Debe precisarse si se trata de gastos de operación, personal o inversión.