



Depto. Asesoría Jurídica  
N° 50

REF.: Aprueba Convenio "Programa de Resolutividad en APS, entre Servicio de Salud Metropolitano Oriente y Municipalidad de Providencia. Año 2016.

SANTIAGO,

17 FEB. 2016

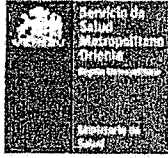
RESOLUCION EXENTA N° 0214

**VISTOS:**

1. El Interés del Ministerio de Salud en impulsar el Programa de Resolutividad en Atención Primaria;
2. Lo solicitado por el Departamento de Gestión y Coordinación de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente;
3. La Resolución Exenta N°1232 de fecha 31 de Diciembre del 2015, que aprueba el Programa de Resolutividad en Atención Primaria, del Ministerio de Salud;
4. La Resolución Exenta N°391 de fecha 01 de Febrero del 2016, que distribuye los Recursos del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Año 2016. Del Ministerio de Salud;
5. Las facultades que me confiere el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del 2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469; y su reglamento orgánico aprobado por D.S. N° 140 del 2004, todos del Ministerio de Salud; y la Resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

**RESOLUCION**

1. Apruébase el Convenio, de fecha 08 de Febrero del 2016, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE** y la **MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**, cuyo texto es el siguiente:



DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y  
COORDINACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL  
N°57

## CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

En Santiago, a 08 de febrero de 2016 entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Canadá N°308, Providencia, representado por su Directora **Dra. Andrea Solis Aguirre**, del mismo domicilio; en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Providencia**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avenida Pedro de Valdivia N°963, representada por su **Alcalde(s) D. Marcelo Belmar Berenguer** e 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° 154 del 2015 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 Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1232 del 31 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

### 1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- a) Estrategia Médico Gestor
- b) Estrategia Oftalmología:
  - i. Canasta Integral
- c) Otorrinolaringología
- d) Gastroenterología.

### 2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.



**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 y única de \$ 124.336.414.- (Ciento veinte y cuatro millones trescientos treinta y seis mil cuatrocientos catorce pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa.

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Tabla 1				
Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	MEDICO GESTOR		4.292.606
	COMPONENTE 1.2	CANASTA INTEGRAL	1600	72.470.400
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA (*)	100	12.030.500
	COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA (*)	200	19.396.400
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				108.189.906
2	COMPONENTE Nº 2.1	P.CUTANEOS	700	16.146.508
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				16.146.508
TOTAL PROGRAMA (\$)				124.336.414

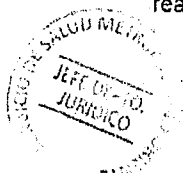
(\*) En anexo 1 Detalle de Canastas Integral Otorrinológica, Otorrinolaringología y Gastroenterología.

**SEXTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento del componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los



prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.

- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.
- Realizar auditorías técnicas.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- La adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

**Nota:** Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador deberá de entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

#### **Evaluación:**

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 Abril y envió de informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá el envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:



COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	OFTALMOLOGIA	1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de médico o tecnólogo médico	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	100%	30%	50%
		2. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad Oftalmológica ingresada hasta 31.12.14 Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	Fórmula de cálculo: Numerador: (N° de personas en Le comunitaria nueva de especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.14 existentes al 31.12.2014) Denominador: (N° de personas en Lista de espera de consulta nueva de Oftalmología con fecha de ingreso al 31. dic. 2014, existentes al corte del 31.12.15 )	60%	15%	
		3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnológica médica proyectada en UAPO (Procedimiento)	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de procedimientos de tecnólogo médico realizados en UAPO} / N^{\circ} \text{ de procedimientos de tecnólogo médico comprometidos en UAPO}) * 100$	100%	25%	
		4. Indicador: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de informes de fondo de ojo realizados por tele oftalmología} / N^{\circ} \text{ de informes de fondo de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPO}) * 100$	100%	20%	
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	100%	25%	50%
		6. Indicador: % resolución de LE para por consulta nueva de especialidad Otorrinolaringológica ingresada hasta 31.12.14 Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: (N° de personas en Le comunitaria nueva de especialidad Otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.14 existentes al 31.12.2014) Denominador: (N° de personas en Lista de espera de consulta nueva de Otorrinolaringología con fecha de ingreso al 31. dic. 2014, existentes al corte del 31.12.15 )	60%	10%	
	GASTROENTEROLOGÍA	7. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	100%	20%	60%
	TELE DERMATOLOGIA	8. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Teledermatología	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	100%	25%	
		9. Indicador: % resolución de LE para por consulta nueva de especialidad Dermatológica ingresada (fecha convenida en programación) Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: (N° de personas en Le comunitaria nueva de especialidad Dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existentes al 31.12.2014) Denominador: (N° de personas en Lista de espera de consulta nueva de Dermatología con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte del 31.12.15 )	60%	10%	
	SIC	10. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas	Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por médico gestor de demanda} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en APS y proyectadas}) * 100$	100%	10%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Fórmula de cálculo: $(\text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$	100%	100%	10%

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse proporcionalmente de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente.



En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud hará la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de Agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa."

#### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, RNLE Y plataformas Web por parte de los establecimientos.

#### • **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

1. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Médico o Tecnólogo Médico.

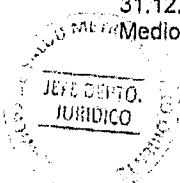
Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$

Medio de verificación: (REM / Programa)

2. **Indicador:** % resolución de lista de espera (LE) por consulta nueva de especialidad Oftalmológica ingresada hasta 31.12.14

Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de personas en Le consulta nueva especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.14 existentes al 31.12.16} / N^{\circ} \text{ de personas en Lista de espera de consulta nueva de Oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.14, existentes al corte del 31.12.15}) * 100$

Medio de verificación: (RNLE)



3. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología  
 Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$   
 Medio de verificación: (REM / Programa)
4. **Indicador:** % resolución de LE por consulta nueva de especialidad Otorrinolaringología ingresada hasta 31.12.14  
 Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de personas en Le consulta nueva especialidad Otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.14 existentes al 31.12.16} / N^{\circ} \text{ de personas en Lista de espera de consulta nueva de Otorrinolaringológica con fecha de ingreso al 31.12.14, existentes al corte del 31.12.15}) * 100$   
 Medio de verificación: (RNLE)
5. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.  
 Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$   
 Medio de verificación: (REM / Programa)
6. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele dermatología  
 Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$   
 Medio de verificación: (plataforma web MINSAL (teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud / Programa)
7. **Indicador:** % resolución de lista de espera (LE) por consulta nueva de especialidad Dermatológica ingresada hasta 31.12.14  
 Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de personas en Le consulta nueva especialidad Dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existentes al 31.12.16} / N^{\circ} \text{ de personas en Lista de espera de consulta nueva Dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte del 31.12.15}) * 100$   
 Medio de verificación: (RNLE)
8. **Indicador:** Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.  
 Fórmula de cálculo:  $N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas generadas y proyectadas en el Programa}) * 100$   
 Medio de verificación: (Informe 2do corte/REM)

- **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

- 1.- **Indicador: Cumplimiento de actividad programada**

- Fórmula de cálculo:  $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

**SÉPTIMA:** Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.



La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subl. 24
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

**OCTAVA:** El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

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

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

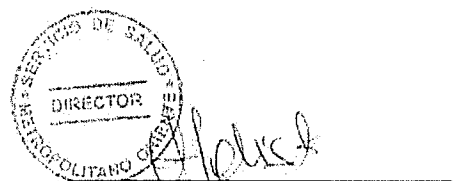
**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.


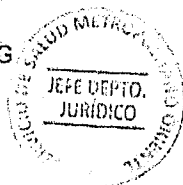
**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero de 2016, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio, una vez tramitada la resolución que aprueba el presente convenio.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y el restante en el Ministerio de Salud, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales (División de Atención Primaria).

  
D. MARCELO BELMAR BERENGUER  
ALCALDE(S)  
MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA

  
DRA. ANDREA SOLIS AGUIRRE  
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO ORIENTE

  
MRS/VFM/LRP/EHL/MPGG  




ANEXO 1

CANASTA INTEGRAL OTORRINOLARINGOLOGÍA

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Consulta integral de especialidades en Otorrino	2	80%	17.694	28.311
Consulta integral de especialidades en Otorrino	1	20%	17.694	3.539
Audiometria	1	35%	8.429	2.950
Impedanciometria	1	40%	7.351	2.940
Audifonos	1	30%	251.431	78.429
VIII Par	1	5%	21.142	1.057
Fármacos Otitis	1	20%	6.157	1.231
Fármacos Síndrome Vertiginoso (3 Meses)	3	5%	12.314	1.847
<b>TOTAL \$</b>				<b>120.305</b>

CANASTA INTEGRAL GASTROENTEROLOGÍA

GLOSA	CTDAD.	FREC.
Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)	1	100%
Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	1	100%
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	1	100%

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)

DETALLE TARIFA OPERACION	TOTAL AÑO \$
TPM 44	5.578.470
TM 44	12.676.510
OFTALMÓLOGO (11 HRS)	7.777.424
INSUMOS	3.081.734
<b>TOTAL \$</b>	<b>29.114.138</b>



2. Impútese el gasto que demanda la presente Resolución al ítem presupuestario 24.03.298.002, correspondiente a "Reforzamiento Municipal".

**ANÓTESE, NOTIFÍQUESE Y COMUNÍQUESE**



  
**DRA. GABRIELLA BRIGNARDELLO GARRIDO**  
**DIRECTORA(S)**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE**

  
DRA. GBG/RGD/MPGG

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección S.S.M.O;
- Depto. Gestión y Coordinación de la Red Asistencial.
- Depto. de Finanzas
- Depto. de Auditoría
- Depto. Asesoría Jurídica c/ 1 convenio original
- Interesado c/ 1 convenio original
- Minsal c/1 convenio original
- Of. de Partes c/ 1 convenio original

  
**TRANSCRITO FIELMENTE**  
**MINISTRO DE FE**