



CONVENIO ENTRE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA NACIÓN Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Entre la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, representada en este acto por el Sr. Secretario de Gobierno Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein, en adelante la "NACIÓN", con domicilio en Av. 9 de julio 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte; y por la otra, el Ministerio de Salud de la Provincia de La Pampa, representado en este acto por el Dr. Mario Kohan, en adelante la "JURISDICCIÓN", con domicilio en 9 de Julio esq. Gonzalez, Santa Rosa, en conjunto denominadas las partes.

En el marco de la implementación de la Cobertura Universal de Salud aprobada por Decreto N° 908/16 de fecha 3 de agosto de 2016, Resolución del entonces Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16 de 6 de mayo de 2016, Resolución N° 1013/18 de fecha 28 de mayo de 2018, sus complementarias y modificatorias; y de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria de la Cobertura Universal de Salud, aprobada por Resolución de la Secretaría de Gobierno de Salud N° 32/2019 de fecha 11 de enero de 2019 sus complementarias y modificatorias.

Las partes se reconocen capacidad legal mutua para obligarse, y celebrar el presente Convenio para el desarrollo del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria (PSFyC), a tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**CLÁUSULA PRIMERA: Objeto.** El presente Convenio tiene por objeto, el fortalecimiento de la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, en el marco de la Cobertura Universal de Salud, a través de la conformación de equipos de Salud Familiar y Comunitaria (SFYC) con población nominal a cargo y georreferenciada, mediante el otorgamiento de becas de complemento a los/as BECARIOS/AS que los integren.

**CLÁUSULA SEGUNDA: Objetivos Específicos.**

Serán objetivos específicos del presente Convenio:

1. Conformar Equipos Nucleares, Ampliados y de Abordaje Psicosocial, según conformación de Equipos de SFYC establecidos en la Resolución 32/2019.
2. Capacitar a los equipos de SFYC mediante educación permanente en servicio;
3. Propiciar una atención de alta calidad, prestando cuidados de salud desde la perspectiva biopsicosocial cultural y espiritual para con el individuo, la familia y la comunidad;
4. Realizar cuidados accesibles, continuos, coordinados e integrales de la población asignada a cargo de dichos equipos.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'A' and 'M' signature]*



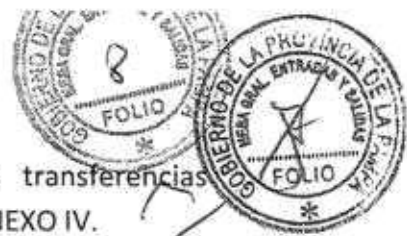
5. Facilitar y fortalecer la participación comunitaria activa en el cuidado de la salud.

**CLÁUSULA TERCERA: Obligaciones de la NACIÓN:**

1. Transferir, a la JURISDICCIÓN los fondos necesarios para financiar, por medio de becas complementarias, los/as BECARIOS/AS, aprobados por la NACIÓN, que se adjuntan en el ANEXO III del presente convenio.
2. Informar a la JURISDICCIÓN el monto y cupo de becas asignados, a transferir el subsiguiente año, dentro de los últimos 30 días hábiles de cada año.
3. Evaluar y aprobar la nómina de BECARIOS/AS presentados por la JURISDICCIÓN, según cumplan con las condiciones de ingreso establecidas en el ANEXO I del presente.
4. Monitorear y evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia establecidas para los/as BECARIOS/AS, conforme ANEXO I.
5. Monitorear a los/as BECARIOS/AS cuatrimestralmente, a través de la evaluación del Informe Socio Sanitario que se adjunta en el ANEXO I.
6. Evaluar y aprobar la nómina de las bajas de los/as BECARIOS/AS presentadas por la JURISDICCIÓN, que se produzcan por incumplimientos, mal desempeño o cuando así correspondiere según los lineamientos establecidos en el ANEXO I.
7. Establecer el formato de certificación de servicios a utilizar por la JURISDICCIÓN, a fin de garantizar la acreditación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los/as BECARIOS/AS.
8. Ofrecer la serie de capacitaciones para los/as BECARIOS/AS a fin de mejorar y ampliar sus competencias, acorde a lo estipulado en el ANEXO II.
9. Evaluar y refrendar la propuesta de capacitaciones remitidas por la JURISDICCIÓN.

**CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones de la JURISDICCIÓN:**

1. Adherir, con anterioridad a la celebración del presente, a la Estrategia Nacional de implementación de la Cobertura Universal de Salud, mediante la firma del Convenio Marco de Adhesión de acuerdo con la Resolución N°1013/2018.
2. Designar un (1) responsable operativo del Programa, debiendo ser el referente sanitario del Primer Nivel de Atención o su equivalente con rango no inferior a Director.
3. Registrar los establecimientos y la totalidad del recurso humano donde se encuentren los/as BECARIOS/AS en REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud) y REFEPS (Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud) según corresponda.
4. Remitir el listado de los/as BECARIOS/AS actualizado a NACIÓN dentro de los últimos 30 días hábiles de cada año, a fin de que NACIÓN apruebe el monto a transferir para el año siguiente.



5. Contar con una cuenta bancaria exclusiva, destinada a las transferencias correspondientes a la ejecución del presente Convenio, conforme al ANEXO IV.
6. Utilizar los fondos recibidos exclusivamente para el financiamiento de los/as BECARIOS/AS de los equipos de SFYC.
7. Rendir en tiempo y forma los fondos transferidos como se estipula en el ANEXO IV.
8. Informar a la NACIÓN la modalidad de contratación vigente entre la JURISDICCIÓN y los/as BECARIOS/AS. La documentación que avale dichas contrataciones deberá estar a disposición de la NACIÓN, quien podrá solicitarla cuando lo considere conveniente.
9. Suscribir un acuerdo entre la JURISDICCIÓN y los/as respectivos BECARIOS/AS, el cual deberá tener una vigencia desde la fecha de suscripción, hasta el 31 de diciembre del correspondiente año; ajustarse a las condiciones establecidas en el presente Convenio; asimismo en dicho acuerdo no podrán ampliarse y/o modificarse las obligaciones, objetivos o cualquier contenido previsto en las cláusulas del presente Convenio sin conformidad expresa de la NACIÓN.
10. Asignar a los/as BECARIOS/AS únicamente a establecimientos de salud del primer nivel de atención (PNA). Cualquier modificación en la designación deberá contar con la previa conformidad de la NACIÓN.
11. Monitorear el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los/as BECARIOS/AS y aplicar, en caso de incumplimiento, y con la aprobación de la NACIÓN, las bajas conforme lo previsto en el ANEXO I del presente Convenio y en las condiciones en éste descriptas.
12. Remitir trimestralmente la certificación de servicios de los/as BECARIOS/AS firmada por el responsable operativo jurisdiccional.
13. Remitir cuatrimestralmente los Informes Socio Sanitarios presentados por los/as BECARIOS/AS.
14. Garantizar un tiempo protegido para las horas de capacitación de los/as BECARIOS/AS; lo que deberá implicar la reserva de la cantidad de horas necesarias para dar cumplimiento a las 200 horas anuales de capacitación, en el tiempo de prestación de servicios.
15. Proveer las herramientas y garantizar las condiciones necesarias de acceso, para que los/as BECARIOS/AS realicen capacitaciones, incluyendo la Plataforma Virtual de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.
16. Presentar, para la aprobación de la NACIÓN, al menos una propuesta por año de capacitación para incluir en la serie de capacitaciones, cumpliendo con las condiciones establecidos en el ANEXO II. Deberá ser dictada por la JURISDICCIÓN.
17. Consolidar y remitir datos de nominalización, georreferenciamiento y otras acciones en territorio que generen los Equipos de SFyC que cuenten con BECARIOS/AS, según los sistemas de información que la NACIÓN determine.
18. Remitir a la NACIÓN, cuando ésta lo considere necesario, los datos estadísticos y cualquier otro tipo de información que ésta requiera para el correcto seguimiento del

*[Handwritten signatures and initials]*



Programa, incluyendo informes sobre el desempeño de los/as BECARIOS/AS y los resultados de las actividades.

19. Realizar anualmente la evaluación de calidad del establecimiento de salud donde se desempeñan los/as BECARIOS/AS, de acuerdo con los estándares de calidad en el primer nivel de atención, formulados y difundidos por la NACIÓN.

**CLÁUSULA QUINTA: De las condiciones de financiamiento.** A partir de la suscripción del presente Convenio, la NACIÓN tendrá a su cargo el financiamiento de las becas de complemento de los/as BECARIOS/AS afectados al Programa. Para ello transferirá los fondos a la JURISDICCIÓN en los términos y condiciones establecidos en el ANEXO IV.

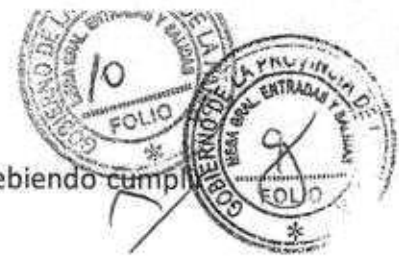
**CLÁUSULA SEXTA: Cuestiones atinentes a la responsabilidad.** La JURISDICCIÓN asume en forma exclusiva la total responsabilidad por las consecuencias derivadas de la actuación de los/as BECARIOS/AS, y toda otra actividad vinculada con la ejecución del Programa, en el ámbito de su actuación, así como de toda consecuencia dañosa derivada de las prácticas profesionales o no profesionales que desarrollen los/as BECARIOS/AS en los establecimientos públicos de salud designados, como así también del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente Convenio.

La JURISDICCIÓN adoptará, por sí o por terceros, los recaudos suficientes para asumir las responsabilidades que se generen en el desarrollo del Programa, sin reclamo a la NACIÓN.

La JURISDICCIÓN mantendrá indemne a la NACIÓN por cualquier reclamo que esta última recibiera en virtud del presente Convenio.

**CLÁUSULA SÉPTIMA: Modalidad de la Beca.** Las tareas realizadas por los/as BECARIOS/AS en el marco del presente Convenio se implementan bajo la modalidad de "beca de complemento", quedando excluida cualquier configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o servicios por parte de la NACIÓN. Ésta no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder, ser necesarios o convenientes para los/as BECARIOS/AS dependientes o contratados de la JURISDICCIÓN en cumplimiento de este Convenio.

**CLÁUSULA OCTAVA: Gestión.** La NACIÓN tendrá a su cargo la gestión general del Programa, a través de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria dependiente de la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud. La JURISDICCIÓN, a través del responsable operativo del Programa dependiente del Ministerio Sanitario



provincial, será la encargada de gestionar el Programa a nivel local, debiendo cumplir los objetivos y obligaciones del presente Convenio.

**CLÁUSULA NOVENA: Rescisión.** Las partes se reservan la posibilidad de rescindir el presente Convenio mediante notificación fehaciente a la otra parte, con una antelación no menor a sesenta (60) días corridos.

**CLÁUSULA DÉCIMA: Resolución por incumplimiento.** En caso de incumplimiento por parte de la JURISDICCIÓN de las obligaciones a su cargo, la NACIÓN la intimará por medio fehaciente, otorgándole un plazo de sesenta (60) días corridos a fin de que ésta proceda a la ejecución de sus obligaciones incumplidas.

Para el caso de que, luego de la intimación establecida en el párrafo precedente, la JURISDICCIÓN no cumpliera con la ejecución de sus obligaciones, la NACIÓN podrá resolver el presente Convenio, sin necesidad de intimación ni interpelación judicial. En dicho caso, la financiación de los/as BECARIOS/AS quedará bajo la exclusiva responsabilidad de la JURISDICCIÓN.

**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: Resolución de conflictos.** Ante cualquier conflicto sobre cuestiones derivadas del presente Convenio, las partes se obligan en primer término a resolver dichas cuestiones en sede Administrativa. En caso de no arribar a una solución, las partes se someterán a la jurisdicción originaria de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, sólo en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires serán los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: Domicilio.** Las partes constituyen domicilio, en los indicados en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen a todos los efectos.

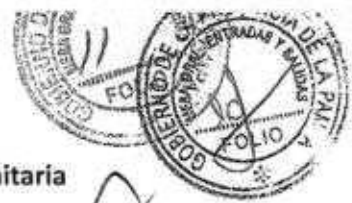
**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: Vigencia.** El presente acuerdo tendrá vigencia a partir de la firma del presente hasta el día 31 de diciembre de 2021.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los .....1..... días del mes de octubre de 2019.

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

Dr. ADOLFO RUBINSTEIN  
Secretario de Gobierno de Salud  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social

*[Handwritten signature]*  
Dr. MARIO R. KOJAN  
MINISTRO DE SALUD



**Anexo I. De los/as Becarios/as del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria**

Se entiende por BECARIOS/AS a los profesionales y no profesionales de distintas disciplinas del ámbito sanitario, financiados y capacitados por la NACIÓN, en los términos del presente Convenio, que integren Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

**I. Conformación y modalidad de trabajo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria**

Se propone que cada Equipo de Salud Familiar y Comunitaria sea conformado por equipos nucleares, ampliados y de apoyo matricial de acuerdo a los siguientes parámetros.

**a) Equipo Nuclear (EN):**

Conformación: Un/una médico/a con la especialidad en medicina general, un/una enfermero/a y agentes o promotores sanitarios (AS);

Modalidad de trabajo: Todos los miembros del equipo deberán tener responsabilidad sanitaria por un territorio de referencia. Se propone que el EN sea responsable de una población entre 3.000 y 4.000 habitantes aproximadamente o unas 800 a 1000 familias.

Dentro de cada área de 800 a 1000 familias adscriptas al EN, cada AS puede ser responsable de un micro área con aproximadamente 750 a 800 personas (200 familias), siendo el número propuesto de 4 o 5 agentes sanitarios por EN.

**b. Equipo Ampliado (EA):**

Conformación: Equipos integrados por trabajadores de la salud y profesionales de diferentes áreas de conocimiento: Trabajador Social, Psicólogo/a, Odontólogo/a, Administrativo/a, pudiendo integrarlo también Obstétrico/a, Nutricionista, Kinesiólogo/a, y eventualmente, otras disciplinas y otras especialidades médicas (por ejemplo, pediatría, clínica médica, ginecología).

Modalidad de trabajo: Se podrán conformar cada 2 EN y tienen el objetivo de ampliar el alcance de las acciones en el PNA y mejorar su resolución.

Existe una responsabilidad compartida entre el EA y los EN, que prevé el trabajo interdisciplinario, procesos de referencia y contra referencia, ampliándola a un proceso de compartir casos y seguimiento en un trabajo coordinado.

**c. Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS):**

Conformación: Al menos 4 trabajadores, entre los que se incluya un/a psicólogo/a y/o psiquiatra, un profesional de las ciencias sociales (trabajo social, antropología, comunicación social, sociología, otros) y 2 de los siguientes: otras disciplinas de salud mental (terapia ocupacional, musicoterapia, entre otras); enfermería (con experiencia de trabajo en el abordaje del sufrimiento psíquico); acompañamiento terapéutico; otros trabajadores (talleristas, promotores comunitarios, otros); usuarios/as y/o familiares de usuarios/as.



Modalidad de trabajo: Se propone un EAPS cada 8 EN y que trabajarán el abordaje de la problemáticas complejas, que excedan el nivel resolutivo de los Equipos Nucleares y Ampliados brindándoles apoyo matricial.

**II. Condiciones de ingreso de los/as BECARIOS/AS**

1. Poseer alguno de los perfiles que integran los equipos de SFYC, definidos en el punto I.
2. Tener un contrato vigente dentro de la estructura sanitaria pública jurisdiccional.
3. Desempeñarse en un establecimiento de salud del PNA, con población asignada.
4. Suscribir el acuerdo entre la JURISDICCIÓN y el/la BECARIO/A, que tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre, con posibilidad de renovación hasta la vigencia del presente Convenio (fraccionándose en la partes que sean necesarias en caso de no poder ser anual).

**III. Condiciones de permanencia de los /as Becarios/as**

1. Completar la carga horaria de capacitaciones requeridas anualmente o en la fracción que se establezca.
2. Ampliar la carga horaria en servicio a ..... horas semanales en el establecimiento asignado.
3. Realizar y remitir cuatrimestralmente el informe socio sanitario requerido en formato electrónico, del área de responsabilidad junto a su equipo de SFYC. (se detalla en el Punto VI).

**IV. Condiciones de Licencias**

Se aplicará el régimen de licencias que corresponda, según la normativa aplicable en la JURISDICCIÓN, debiendo cumplir la carga horaria anual de capacitación.

**V. Condiciones de bajas a los/as BECARIOS/as**

A los fines del presente título, podrán alegarse alternativamente cualquiera de las causales que se detallan a continuación.

1. Incumplimiento o cumplimiento deficitario de las obligaciones establecidas en el presente convenio.
2. Trato inapropiado a la autoridad, integrantes del equipo o comunidad.
3. Incumplimiento reiterado del horario declarado.
4. Incumplimiento de los objetivos específicos del Programa.
5. Incumplimiento de las actividades de capacitación.
6. Abandono injustificado del establecimiento de salud asignado.
7. Cambio de establecimiento asignado sin aprobación de NACIÓN.

La NACIÓN se reserva el derecho de dar de baja al/la BECARIO/A sin expresión de causa notificando su decisión con una antelación de cuarenta y cinco (45) días corridos a la JURISDICCIÓN; la misma en un plazo de 48 horas deberá notificar al BECARIO/A.

**VI. Informe Socio Sanitario**



Cuatrimestralmente el/la BECARIO/A deberá presentar al responsable operativo jurisdiccional el siguiente Informe Socio Sanitario, en formato electrónico de acuerdo al requerimiento de NACIÓN:

**Informe socio sanitario de equipos nucleares con BECARIOS/AS**

Todos los datos son referidos al cuatrimestre anterior.

Este informe podrá sufrir modificaciones, incorporándose otros indicadores socio sanitarios según lo requiera NACIÓN. Oportunamente se facilitará un instructivo con detalles sobre los indicadores.

Variables	Detalle
Provincia	
Región o Zona Sanitaria/ Área Operativa	
Departamento/Municipio	
Localidad	
Tipo de Establecimiento de Salud	
Nombre del Establecimiento de Salud	
Código SISA del Establecimiento (REFES)	
Responsable del Establecimiento	
Nómina del Equipo Nuclear	
Médico/a*1	
Enfermero/a*1	
Agentes sanitarios*1	
Agentes sanitarios*1	
Agentes sanitarios*1	
Agentes sanitarios*1	
Modelo de Atención *2*A (Explicar brevemente la oferta de atención, ya sea por turnos programados, protegidos, demanda espontánea, guardias, rondas sanitarias).	
Área de Responsabilidad Sanitaria definida *2*A (Explicar brevemente cual es el avance. De existir incluir mapa y documento que la avale)	
Población nominal a cargo del establecimiento *3	habitantes
Porcentaje de Población georreferenciada al establecimiento (Población nominal a cargo georreferenciada/Población nominal a cargo*100)	%
Avances de Población georreferenciada (Explique brevemente avances, dificultades, cambios en el denominador) *2*A	
Población adscripta al equipo nuclear*4	habitantes
Avances de Población adscripta*2*A (Explique brevemente avances, dificultades, cambios en el denominador)	
Cantidad de niños con controles de salud realizados por el equipo nuclear (menores de 10 años)	
Porcentaje de niños adscriptos con controles de salud (menores de 10 años) (Cantidad de niños adscriptos con controles de salud/Total de niños adscriptos)	%
Porcentaje de niños adscriptos con controles de salud del total de niños controlados (menores de 10 años) (Cantidad de niños adscriptos con controles de salud/Total de niños con controles de salud)	%
Cantidad de controles de salud de adolescentes realizados por el equipo nuclear (de 10 a 19 años)	
Porcentaje de adolescentes adscriptos con controles de salud (de 10 a 19 años) (Cantidad de adolescentes adscriptos con controles de salud/Total de adolescentes adscriptos)	%
Porcentaje de adolescentes adscriptos con controles de salud del total de adolescentes controlados (de 10 a 19 años)	%

AR

Q

*[Handwritten signatures]*





(Cantidad de adolescentes adscriptos con controles de salud/Total de adolescentes con controles de salud)	
Cantidad de controles de salud de adultos (de 19 a 64 años) realizados por el equipo nuclear	7
Porcentaje de adultos adscriptos con controles de salud (de 19 a 64 años) (Cantidad de adultos adscriptos con controles de salud/Total de adultos adscriptos)	%
Porcentaje de adultos adscriptos con controles de salud del total de adultos controlados (de 19 a 64 años) (Cantidad de adultos adscriptos con controles de salud/Total de adultos con controles de salud)	%
Cantidad de embarazos con controles realizados por el equipo nuclear	
Porcentaje de embarazadas adscriptas con controles (Cantidad de embarazadas adscriptas con controles/Total de embarazadas adscriptas)	%
Porcentaje de embarazadas adscriptas con controles de salud del total de embarazadas controladas (Cantidad de embarazadas adscriptas con controles/Total de embarazadas con controles)	%

- \*1 indicar entre paréntesis especialidad médica si la posee y nivel de formación de enfermería (auxiliar, técnico, licenciado). Incorporar filas en caso de ser necesario.
  - \*2 En caso de no hayan cambios entre cuatrimestres, indicar "SIN CAMBIOS"
  - \*3 Una fuente de información puede ser el Programa SUMAR o su predecesor.
  - \*4 En caso de existir más de un equipo nuclear por centro, incorporar las filas necesarias para informar por equipo.
- Hasta 100 palabras
- \*A Todos los campos abiertos deberán ser completados con no más de 120 palabras.

*[Faint, illegible text and large handwritten scribbles in the center of the page.]*

*[Large handwritten signature or initials at the bottom left of the page.]*

## Anexo II. De la capacitación de los/as BECARIOS/AS



### Modalidad de las capacitaciones

Las instancias de la capacitación permanente en servicio podrán ser presenciales, semi-presenciales o virtuales de acuerdo a la disponibilidad de oferta del Organismo que las dicte.

### Carga horaria anual

Se requerirá un mínimo de horas (200 horas reloj). Deberá completarse de acuerdo a la estructura que determine la NACIÓN. En los casos en que los/as BECARIOS/AS ingresen al Programa por un período menor al año, la carga de capacitación se reducirá proporcionalmente.

### Capacitaciones

La NACIÓN presentará una serie de capacitaciones, la cual se actualizará semestralmente y estará disponible en la Plataforma Virtual de Salud <https://www.plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/>.

Cada jurisdicción deberá incluir como mínimo una oferta propia, la que deberá ser aprobada por la NACIÓN, a través de la evaluación que realicen la Dirección Nacional de Capital Humano y Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, quienes evaluarán la modalidad de cursada, carga horaria, la temática y contenidos de la misma.

### Estructura

Los/as BECARIOS/AS deberán presentar el Plan de Aprendizaje Anual (PAA), en el formato definido por Nación, al responsable operativo jurisdiccional en el plazo de 30 días corridos luego de haber firmado el acuerdo con la JURISDICCIÓN.

Semestralmente la NACIÓN presentará la serie de capacitaciones, con la carga horaria correspondiente, la modalidad de realización y la/s disciplina/s objetivo para realizarlas.

La NACIÓN determinará anualmente cual/cuales capacitaciones de las ofrecidas serán obligatorias.

La NACIÓN oportunamente evaluará la inclusión de capacitaciones externas presentadas por los/as BECARIOS/AS que les permitan acreditar horas de capacitación.

Las capacitaciones realizadas por los/as BECARIOS/AS que acrediten horas en el Programa, deberán haber sido finalizadas dentro de los últimos 3 años, previos a la fecha de acreditación.



### Monitoreo

La Dirección Nacional de Salud familiar y Comunitaria articulará con los responsables operativos jurisdiccionales y con los Organismos que brindan las diferentes capacitaciones, con el fin de realizar un monitoreo de la situación de los/as BECARIOS/AS. Esta acción se realizará como mínimo semestralmente.

El/la BECARIO/A deberá:

1. Crear y completar su usuario y perfil en la Plataforma Virtual de Salud.
2. Cargar y actualizar en dicha plataforma su Plan de Aprendizaje Anual.
3. Cargar el certificado de aprobación de cada capacitación.
4. Completar el documento de integración anual.

### Regularidad

1. Deberán cumplir el porcentaje de asistencia de cada capacitación.
2. Deberán aprobar la/las evaluaciones/es propuestas en cada capacitación.
3. Presentar en tiempo y forma el documento de integración anual.

En caso de que algún/a BECARIO/A no cumpla con su PAA de capacitación, se lo intimará a que lo readecue, siempre y cuando pueda cumplimentar la carga horaria anual establecida.

### Evaluación

Al finalizar cada año se propone que los/as BECARIOS/AS completen un informe, centrado en la reflexión sobre la utilidad de las capacitaciones cursadas para las problemáticas de su establecimiento (documento de integración anual).



**ANEXO III. Equipos de Salud Familiar y Comunitaria con Becarios/as del Programa de Salud Familiar y Comunitaria.**

Provincia:

**A. Datos de los Equipos Nucleares (EN).**

Departamento	Localidad	Efactor del PNA Asignado	Código SISA	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Modalidad de Contratación Jurisdiccional*

**B. Datos de los Equipos Ampliados (EA).**

Equipo de Salud Familiar y Comunitaria	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Modalidad de Contratación Jurisdiccional	Equipo Nuclear				Equipo Nuclear				
						Efactor del PNA Asignado	Nombre y Apellido	DNI	Perfil	Efactor del PNA Asignado	Nombre y Apellido	DNI	Perfil	

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



C. Datos de los Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS).

Equipo de Salud Familiar y Comunitaria	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Modalidad de Contratación Jurisdiccional	Localidad	Efectores del PNA donde están los EN a los cuales se referencia
EAPS							

D. Datos de los/as Becarios/as que recibirán la beca.

Nº de orden	Efecto del PNA Asignado	Equipo que integra (EN;EA; EAPS)	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Monto de la Beca	Correo electrónico de contacto	Teléfono de contacto
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

\*Modalidad de Contratación: Se refiere al tipo de contrato que tiene con la jurisdicción (locación de obra, planta permanente, etc.) para desarrollar actividades en ese efector del PNA.



Anexo IV. Reglamento general para la rendición de cuentas de fondos presupuestados transferidos a las JURISDICCIONES. Resolución 979/2011 y modificatorias 1487/2011 y 1158/2013.

**Objeto:**

Demostrar que el uso que se ha dado a los fondos recibidos por la JURISDICCIÓN, coincide con los fines establecidos en el convenio.

**I. Requisitos**

Abrir una cuenta bancaria en el Banco Nación de la Argentina o en los Bancos que integran la cuenta única del Tesoro - C.U.T- que cumpla con los requisitos establecidos en el Decreto N° 892/95, la cual será de aplicación exclusiva para los fondos transferidos por NACIÓN en el marco del presente Convenio.

Deberá en sus registros contables (libro banco, mayores, etc.), tener identificados tanto los ingresos como la aplicación pagos de fondos que efectúen, a los efectos de identificación y transparencia de la ejecución de las partidas nacionales.

**II. Documentación para la rendición:**

**A) Informe mensual de estado de origen y aplicación de cuentas/fondos**

Jurisdicción:				
Estado de Origen y Aplicación de Fondos				
Periodo Informado: XX/2016				

**Origen de Fondos**

Ingresos. Transf. MINISTERIO					
Otros Ingresos					
<b>Total de Orígenes</b>					

**Aplicación de Fondos**

BECAS COMUNITARIOS					
<b>DETALLE Aplicación Analítica de Fondos</b>					
COMUNITARIO	Nombre.	Mes	de	Importe	N°
		Prestación			Cheque

*[Handwritten signatures and scribbles at the bottom of the page]*



Total de Aplicaciones del periodo *				

**INFORMACION COMPLEMENTARIA**

Instructivo:

La presente información tendrá una periodicidad mensual y se cumplimentará por el sistema de lo percibido, considerando Fondos como Disponibilidades.

Origen de Fondos: Se informarán los ingresos que por todo concepto perciba la JURISDICCION.

Aplicación de Fondos: Se informarán los pagos efectuados durante el período, se encuentren ellos debitados o no en el extracto bancario, de acuerdo al registro del Libro Banco, lo cual las diferencias deberán exponerse en la conciliación bancaria respectiva, la que será enviada con la documentación mensual de rendición de cuentas.

**B) Estado de Situación financiera Corriente**

ACTIVO				
Activo Corriente				
Disponibilidades				
Banco Cuenta Especial				
Créditos				
Facturas a Cobrar en El Ministerio				
Prestaciones a facturar				
<b>TOTAL DEL ACTIVO CORRIENTE</b>				
PASIVO				
Pasivo Corriente				
Deudas				

*Handwritten signatures and initials on the left side of the page, including a large signature that appears to be 'B. de'.*



Prestadores				
Sueldos y Honorarios				
Total del Pasivo Corriente				

Información complementaria

Detalle Analítico de Deudas			
DEUDAS (Facturas Pendientes de cancelación por parte de la UGP)			
Nro. de Factura	Concepto/Prestador	Mes de Prestación	Importe
Total de DEUDA			

Instructivo:

Al cierre de cada mes se efectuará un Corte que exponga la situación Financiera de la JURISDICCION, donde se incluirán como mínimo los siguientes conceptos:

ACTIVO

Activo Corriente

Disponibilidades

Banco Cuenta Especial: se expondrá el saldo de la cuenta bancaria al último día del mes, según surja del libro banco conciliado.

Créditos

Facturas a cobrar en Ministerio: se expondrá el saldo de facturas presentadas y aún no canceladas por el Ministerio.

Prestaciones a facturar: se expondrá el saldo a cobrar y cuya factura aún no ha sido presentada para su cobro.

Pasivo Corriente





Deberán devengarse todas las deudas a fin de cada mes estén las prestaciones facturadas o no. (Ejemplo: Facturas a recibir por prestaciones del mes no facturadas).

**Deudas**

Deudas con los prestadores: se expondrá el saldo contable de las deudas registradas con los mismos

Extractos bancarios

Conjuntamente con la información anterior, a fin de cada mes deberá también remitirse la fotocopia de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea la JURISDICCION para la aplicación de los fondos del programa referidos a ese mes y fotocopia del libro banco, debiendo constar en todas las fojas la indicación que es "copia fiel del original", firmado por el responsable de la JURISDICCION.

**C) Certificación de Pago al BECARIO/A**

Fecha de pago	Recibo/Factura	Importe	Mes de Prestación	Nº de Cheque
TOTAL PAGADO EN PERIODO				

**Instructivo:**

En esta planilla se deberá completar la información con todos los datos de pagos efectuados como aplicación de fondos a los/as BECARIOS/AS de acuerdo a los comprobantes que estos últimos emiten y que son archivados mes a mes por la JURISDICCION para su eventual control por parte del programa a nivel central.

Toda la documentación administrativa contable solicitada deberá ser remitida con sello y firma del responsable de la JURISDICCION.

**D) Formulario:**

"DECLARACION JURADA SOBRE APLICACION DE FONDOS TRANSFERIDOS"

(Lugar y Fecha de emisión)

Secretaria de Gobierno de Salud



El/LA (los/as) que suscribe (n) .....(Nombre/s)  
 - Apellido/s).....en mi (nuestro) carácter de .....(Cargo que  
 ocupa en la Institución)..... de .....(Entidad u  
 Organismo).....con domicilio real/legal en la  
 calle.....N°.....de la Ciudad/Localidad  
 de.....Provincia de....., manifiesto con carácter de  
 declaración jurada, que he/hemos aplicado los fondos transferidos oportunamente otorgados  
 por la Secretaría de Gobierno de Salud mediante Resolución N°...../20....., tramitado  
 bajo Expediente N°....., conforme el detalle que se expone  
 seguidamente:  
 Suma Otorgada: .....\$.....  
 Inversión Documentada rendida en la presente .....\$.....  
 Saldo a Invertir .....\$.....

Asimismo, cumplimos en adjuntar un detalle de los respectivos comprobantes respaldatorios de la inversión documentada al detalle de fecha, tipo y N° de comprobante, proveedor, concepto e importe total y copia de la documentación (facturas, extractos bancarios y/o otros comprobantes), debidamente conformado por la Autoridad Competente.

Adicionalmente, también con carácter de declaración jurada, manifiesto/manifestamos que:

Los fondos recibidos, en concepto de subsidio, fueron empleados para el objeto solicitado y/o tenido en cuenta para su otorgamiento:

(Para el caso de organismos gubernamentales): La declaración deberá contener, además, que han sido cumplidos los procedimientos requeridos por las normas provinciales y/o municipales, en materia de administración presupuestarias, sistema de registración contable, régimen de contrataciones, reglamento de bienes y que asimismo fueron observadas las normas de control interno vigentes en la jurisdicción respectiva.

La totalidad de la documentación original, respaldatoria del empleo de los fondos de subsidio, cumple con las formalidades y requisitos establecidos por la Resolución N° 1415/03 y complementarias y modificatorias de la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP), salvo los casos de excepción que expresadamente se detallan. La documentación



ORIGINAL se encuentra debidamente archivada, en el domicilio de.....(sede de la institución u organismo público o privado), a disposición de la SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN – DIVISIÓN DE RENDICIÓN DE CUENTAS de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD, para su análisis y verificación en el momento que se considere oportuno y sometidas a las competencias de control previstas en la Ley N° 24.156.

Instructivo:

El formulario deberá completarse y adjuntarse a cada rendición presentada.

**III. Plazos de Ejecución de las acciones**

La JURISDICCIÓN deberá presentar la documentación de rendición de cuentas en el plazo máximo de sesenta (60) días hábiles administrativos, a contar desde la última transferencia de fondos efectivizada por la NACIÓN.

**IV. Incumplimiento en la presentación de las rendiciones**

Donde se incumpla el proceso de rendición de cuentas dentro de los noventa (90) días hábiles administrativos de vencidos los plazos previstos de rendición, la NACIÓN podrá disponer de las siguientes acciones:

- a) Interrumpir y/o retener en forma automática la transferencia de fondos,
- b) Interrumpir la suscripción de nuevos convenios;
- c) Adoptar las acciones que jurídicamente corresponda.