

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REBAJA APORTE ESTATAL PARA EL MES DE {mes} DEL AÑO {ano} A LA I. MUNICIPALIDAD QUE SEÑALA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXENTA N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**SANTIAGO,**

**VISTO:** Lo establecido en los artículos 49 y 55 bis de la ley Nº 19.378; en el artículo 2º de su Reglamento General, aprobado por Decreto Nº 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud; y el Decreto Supremo Nº 82, de 24 de diciembre de 2012, del mismo Ministerio, en los artículos 4º y 8º del DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud y en la Resolución Nº 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

Que con fecha {fechaFormato}, se dictó la Resolución Exenta Nº {numeroResolucion}que asigna un aporte estatal mensual de $ {aporteMensual} **.-** a la comuna de {comuna}, para los meses de {desdeHasta}.

Que conforme la evaluación realizada en el periodo de enero a marzo de {ano}, de acuerdo a lo establecido en la letra e) del artículo 2° del citado decreto N° 82, a la comuna de {comuna}, le corresponde una rebaja de $ {rebaja} .-de su aporte estatal mensual, dicto la siguiente

**RESOLUCIÓN:**

1.- Asígnase a la I. Municipalidad de la comuna de {comuna}un aporte estatal mensual de $ {nuevoAporte**}** para el mes de {mes} del año {ano} .

2.- En el evento de que la comuna varíe el porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud, en los siguientes periodos de evaluación, el aporte estatal para los meses siguientes, se modificará mediante la correspondiente resolución, la que será notificada por el Director del respectivo Servicio de Salud.

ANÓTESE Y NOTIFÍQUESE POR EL CORRESPONDIENTE

DIRECTOR DE SERVICIO DE SALUD

DR.

SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES