



RESOLUCION EXENTA N° 794

SANTIAGO, 07 MAY 2015

VISTOS:

Decreto Supremo N° 674, de 11 de marzo de 2014, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; lo dispuesto en las letras b), g) y ñ) del artículo 24 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1-19.175, de 2005, del Ministerio del Interior, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, que fijo el texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado de la Ley N° 19.175, Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional; lo dispuesto en la Ley N° 20.798, de Presupuesto del Sector Público para el año 2015; el artículo 19 bis del D.L. N°1.263, de 1975, Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado y su Reglamento, contenido en el D.S. N°814, de 2003, del Ministerio de Hacienda; D.S. N°854, de 2004, sobre Clasificación Presupuestaria del referido Ministerio; Circular 33, de 2009, del Ministerio de Hacienda y sus modificaciones; Acuerdo N° 98-13 adoptado en Sesión Ordinaria N° 13 de 3 de julio de 2013, del Consejo Regional Metropolitano; Acuerdo N° 12-15, adoptado en Sesión Ordinaria N° 2, de 7 de enero de 2015; la Resolución Exenta N° 1971, de 17 de diciembre de 2013; la Resolución N° 4, de 2015, de Asignación Presupuestaria de este Gobierno Regional y la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

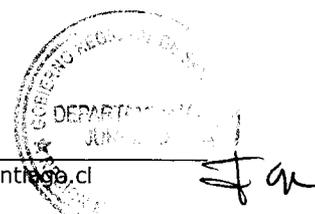
CONSIDERANDO:

1°.- Que, en su calidad de Órgano Ejecutivo del Gobierno Regional Metropolitano, corresponde al Intendente la superior iniciativa y responsabilidad en la ejecución y coordinación de todas las políticas, planes y programas de desarrollo de la Región ;

2°.- Que, es función del Gobierno Regional resolver la inversión de los recursos que correspondan a la Región en la distribución del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, programa de inversiones públicas, orientada al desarrollo regional y compensación territorial, para el financiamiento de acciones en los distintos ámbitos de desarrollo social, económico y cultural de la región, con el objeto de obtener un desarrollo territorial armónico y equitativo;

3°.- Que, la glosa presupuestaria, común a todos los Gobiernos Regionales, 02.5.8 de la Ley de Presupuestos para el año 2015, permite a los Gobiernos Regionales con cargo al subtítulo 31, el financiamiento de la ejecución de programas de esterilización y atención sanitaria de animales de compañía y control de animales abandonados.

15473121





4°.- Que, por acuerdo N° 98-13, adoptado en Sesión Ordinaria N° 13, de fecha 3 de julio de 2013, del Consejo Regional Metropolitano, se aprobó por mayoría de votos la propuesta del Intendente, recomendada favorablemente por la Comisión de Salud y Medio Ambiente en orden a financiar la ejecución del programa denominado “**Control y Prevención Población Canina en Región Metropolitana**”, Código BIP N°30130625-0;

5°.- Que, mediante acuerdo N° 12-15, adoptado en Sesión Ordinaria N° 02, de 7 de enero de 2015, del Consejo Regional Metropolitano, se aprobó la reevaluación de dicho programa, la que fue recomendada favorablemente por la Comisión de Salud y Medioambiente;

6°.- Que, por Resolución Exenta N° 1971, de 17 de diciembre de 2013, se designo como Unidad Técnica del programa a la División de Planificación y Desarrollo del Gobierno Regional Metropolitano, en atención al carácter regional de este.

7°.- Que, existen las disponibilidades presupuestarias para atender a su financiamiento, y que la entidad más capacitada, la que actuará como Unidad Local para la ejecución del programa será la Municipalidad de San Miguel.

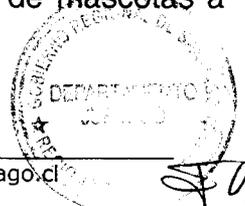
#### RESUELVO:

1.- **APRUEBASE** el Convenio Directo celebrado el 29 de abril de 2015, entre el Gobierno Regional Metropolitano y la Municipalidad de San Miguel, para ejecución del **Programa Regional Integral de Control y Prevención de la Población Canina de la Región**, Código BIP N°30130625-0, cuyo texto se transcribe a continuación:

“En Santiago de Chile, a 21 de abril de 2015, entre el **GOBIERNO REGIONAL REGIÓN METROPOLITANA**, en adelante el Gobierno Regional, persona jurídica de derecho público representado según se acreditará por su Intendente Regional y Órgano Ejecutivo, don **CLAUDIO ORREGO LARRAÍN**, ambos domiciliados en Bandera N° 46, de la comuna de Santiago, y la **MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL** en adelante denominada también indistintamente la Unidad Local, representada por su Alcalde(sa) don(ña) **JULIO PALESTRO VELASQUEZ**, ambos (as) domiciliados en **GRAN AVENIDA JOSE MIGUEL CARRERA 3418**, de esa comuna, han convenido lo siguiente:

**PRIMERA:** En conformidad a lo establecido en el numeral 4.3 de la glosa 02 común para todos los programas 02 de los Gobiernos Regionales y para el programa 03 del Gobierno Regional de Magallanes y de la Antártica Chilena, de la Ley N°20.798, de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2015, las partes suscriben el presente convenio directo para la ejecución del programa “**CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA POBLACIÓN CANINA EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO**; Código Bip N° 30130625-0, el que será financiado con cargo al Subtitulo 31 (Iniciativas de Inversión), Ítem 03 (Programas de Inversión).

**SEGUNDA:** El programa tiene por objeto la prestación de servicios de esterilización, identificación y registro de caninos, para lo cual la Unidad Local, desarrollara dicho programa por administración directa y prestará tales servicios en sus propios centros de atención de esterilización comunal, incorporando además talleres de tenencia responsable de mascotas a



escuelas y colegios municipales, todo ello conforme a lo aprobado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Por el presente convenio la Unidad Local se compromete a realizar todos los actos y contratos necesarios para la ejecución del Programa.

**TERCERA:** La Unidad Local, se obliga a ejecutar el componente 3 “Cuidado de la Población Canina” (subcomponente 3.1: Registro e Identificación, subcomponente; 3.2: Control reproductivo). No podrá dejar de ejecutar alguno de los subcomponentes del programa aprobado sin previa consulta al Gobierno Regional. En el evento que el Gobierno Regional aprobara un cambio de componente del programa, deberá suscribirse una modificación del presente convenio. Asimismo, la Unidad Local aplicará su propia normativa en la ejecución del programa y asumirá la total responsabilidad para la ejecución de todas las actividades que exige el programa, en conformidad a las especificaciones técnicas de éste, establecidas por el Gobierno Regional en el protocolo de esterilización/castración, identificación y registro de caninos, contenido en el Anexo 1.

**CUARTA:** El Gobierno Regional aportará a la Unidad Local la suma de **\$16.456.800.- (Dieciséis millones cuatrocientos cincuenta y seis mil ochocientos pesos)**, el que se efectuará mediante Estados de Pagos mensuales, de conformidad a lo establecido en el cuadro siguiente:

ITEM	MONTO UNITARIO POR PACIENTE (canino)	CANTIDAD total de pacientes (2 años)	MONTO total (2 años)
<b>FNDR CONTRATACIÓN DEL PROGRAMA</b> Esterilización + Implantación de microchip + Registro	<b>\$13.741</b>	<b>1.200</b>	<b>\$ 16.456.800</b>

Una vez que quede totalmente tramitado el último acto que apruebe el presente convenio directo el Gobierno Regional entregará a la Unidad Local 1.200.- (Mil doscientos) microchips de identificación de mascotas y sus accesorios, dos lectores universales de chip, software de registro de mascotas, acceso a la base de datos del sistema de registro canino, material de trabajo escolar para talleres de tenencia responsable, un pendón alusivo al programa y material de difusión.

Se deja expresamente establecido que el Gobierno Regional pagará la suma de \$13.741.- (Trece mil setecientos cuarenta y un pesos, IVA incluido, no reajutable), por paciente

esterilizado con implante de chip, e ingresado al registro de identificación de mascotas, entregado vivo y paciente entregado muerto, siempre que la causa del deceso no sea imputable a negligencia del cirujano.

En el evento que el paciente solamente fuese implantado con chip subcutáneo de identificación e ingresado al registro, el Gobierno Regional no efectuará pago alguno.

El Gobierno Regional efectuará los estados de pago mensuales, previa solicitud de la Unidad Local y de acuerdo a la cláusula OCTAVA.

La Unidad Local se obliga a destinar los recursos solo a la ejecución del programa para lo cual fueron aprobados, conforme, a la cláusula PRIMERA, SEGUNDA y al Programa aprobado por el Ministerio de Desarrollo Social.

En caso de existir excedentes de recursos e insumos al terminar el plazo de la efectiva ejecución del programa, de acuerdo con lo establecido en la cláusula OCTAVA, la Unidad Local se obliga a reintegrarlos en la forma establecida en la cláusula DÉCIMA

**QUINTA:** Las partes dejan expresamente establecido que durante la ejecución del proyecto, el Gobierno Regional no financiará la contratación de un Inspector Técnico, para la supervisión del programa.

**SEXTA:** La Unidad Local, se obliga a iniciar el Programa, en un plazo máximo de 30 días corridos, contados desde la fecha de la total tramitación del último acto administrativo que apruebe el presente convenio y entrega de los chips por parte del Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, a la Unidad Local para la correcta ejecución del programa, la que se materializará con la respectiva acta de entrega, firmada por los encargados de la Unidad Local y Unidad Técnica. Asimismo, la Unidad Local deberá remitir mensualmente al Gobierno Regional los Estados de Pago, conforme al estado del programa, dentro de los cinco primeros días hábiles siguientes al del mes que se informa.

**SÉPTIMA:** Los Estados de Pago del Programa a que se refiere la cláusula cuarta, se efectuarán a la Unidad Local una vez recibido los siguientes documentos:

- 1.- Oficio Conductor de la Unidad Local, solicitando el pago a la DIPLADE.
- 2.- Factura a nombre del Gobierno Regional Región Metropolitana, calle Bandera N° 46, Santiago, R.U.T N° 61.923.200-3, las que deberán contener las siguientes glosas *“nombre del proyecto y código IDI: Programa regional integral de control y prevención de la población canina en la Región Metropolitana de Santiago, código IDI: 30130625-0”* y *“número de esterilizaciones prestadas”*

Para el caso de que los servicios sean pagados con aportes de ambas instituciones, la factura deberá indicar además en la primera glosa, lo siguiente *“Aporte financiado por el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago”*

- 3.- Informe de avance del programa, el que debe contener; Formato A “Ficha de Registro y de Alta Médica” visado por el Encargado zonal; y Certificado del Chip.



4.- “Detalle del Estado de Pago y Acta de Prestación de los servicios” Anexo 2, suscrito por funcionario encargado del programa, timbre de la Unidad Local y firmado por el encargado zonal.

El Gobierno Regional no cursará los estados de pagos que no reúnan los requisitos enunciados.

**OCTAVA:** El programa objeto del presente convenio deberá estar ejecutado en todas sus etapas, y por tanto, concluido, dentro de 24 meses contados a partir de la fecha de total tramitación de la última resolución aprobatoria de este instrumento. A menos, que la condición de interés Regional requiera una modificación del plazo, ya sea para su extensión o reducción.

En caso de requerir un plazo superior al estipulado para la ejecución del programa, esta deberá realizarse a través de la respectiva solicitud, la que deberá ser ingresada a este Gobierno Regional treinta días antes del vencimiento del plazo.

Si por fuerza mayor o caso fortuito, u otra causa totalmente ajena a Unidad Local, en la que no ha contribuido en forma alguna a su ocurrencia, se viere interrumpida la ejecución del programa deberá dirigir comunicación escrita al Gobierno Regional, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho, explicando lo ocurrido, adjuntando antecedentes que justifiquen el incumplimiento y solicitando suspensión o aumento del plazo respectivo.

**NOVENA:** El Gobierno Regional llevará a cabo la supervisión del Programa, a través de la División de Planificación y Desarrollo. Al efecto la Unidad Local deberá otorgar todas las facilidades, tanto para la entrega de documentación, como para la inspección de las actividades del Programa, cuando así lo estime conveniente el Gobierno Regional, conforme a lo dispuesto por la letra d) del artículo 20 de la Ley 19.175, Orgánica Constitucional de Gobierno y Administración Regional. La Unidad Local deberá acoger las observaciones que realice el Gobierno Regional a través de los funcionarios que designe y que deberá ordenar y dictar a la brevedad las instrucciones orientadas a su solución. Las soluciones a las observaciones realizadas por el Gobierno Regional deberán ser informadas a este en un plazo no mayor a 10 días corridos desde su implementación.

**DÉCIMA:** El Gobierno Regional podrá resolver el presente convenio unilateralmente y sin forma de juicio, en los siguientes casos:

- 1.- Por incumplimiento por parte de la “Unidad Local” de cualquiera de las etapas, que comprende el programa a ejecutarse y, en general, de cualquiera de las obligaciones que emanan del presente convenio, en especial la indicada en su cláusula UNDÉCIMA.
2. Si la “Unidad Local” por causa que le sean imputable, no iniciare las actividades encomendadas dentro de 30 días corridos contados desde la fecha que se encuentre totalmente tramitada la resolución que apruebe el convenio y entrega de los Chips a la Unidad Local, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula SEXTA.
3. Si se paralizare el desarrollo del programa por más de 30 días corridos, sin motivo justificado.



*JOR*



4. Si el número de pacientes fallecidos supera el 1% de los intervenidos trimestralmente.

En el evento de producirse término anticipado del presente convenio, por las causas indicadas, la "Unidad Local" deberá rendir cuenta detallada al Gobierno Regional del estado de avance del Programa y de su estado financiero.

Una vez notificado el término anticipado del programa suscrito por el presente convenio, la Unidad Local deberá restituir al Gobierno Regional, en su Oficina de Partes ubicada en Bandera 46 piso 1, los insumos y accesorios entregados por el presente convenio directo con su respectiva acta de entrega con un detalle de los artículos

**UNDÉCIMA:** La Unidad Local deberá instalar el pendón, alusivo al programa, que el Gobierno Regional le entregará, en las dependencias donde se ejecute este y distribuir el material de difusión señalado en la cláusula CUARTA. Asimismo deberá coordinar todos los actos ceremoniales de cualquier naturaleza que digan relación con el presente proyecto, a fin de que las autoridades del Gobierno Regional puedan asistir a dichos actos, para lo cual deberá informar con la debida anticipación y por los medios idóneos que se le indique.

Adicionalmente cuando la Unidad Local informe sobre el programa a la ciudadanía a través de los canales de difusión que disponga, deberá indicar en forma clara y destacada que el Gobierno Regional financia total o parcialmente, según corresponda, la iniciativa.

**DUODÉCIMA:** Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago sometiéndose a la Jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

**DECIMOTERCERA:** El presente convenio se firma en 4 ejemplares de igual tenor y validez, quedando dos en poder del Gobierno Regional y dos en poder de la Unidad Local.

Personerías:

La personería con la que comparece don **CLAUDIO ORREGO LARRAÍN**, para representar al Gobierno Regional Metropolitano, consta en Decreto Supremo de 11 de marzo de 2014, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. La personería con la que comparece don **JULIO PALESTRO VELASQUEZ** para representar al Municipio consta en Sentencia de Proclamación del 2° Tribunal Electoral de la Región Metropolitana, de fecha 22 de noviembre de 2012.

*Firmas: Julio Palestro Velasquez/ Alcalde/ Municipalidad de San Miguel/ Claudio Orrego Larraín/ Intendente/ Región Metropolitana de Santiago//.*

**2.- IMPÚTASE**, el gasto de \$16.456.800.- (dieciséis millones cuatrocientos cincuenta y seis mil ochocientos pesos, que origine la ejecución del



**Programa Regional Integral de Control y Prevención de la Población Canina de la Región, Código BIP N°30130625-0**, al Subtítulo 31, Ítem 03 del Presupuesto vigente del Gobierno Regional, el saldo se imputará al Subtítulo e Ítem respectivo, en la medida que se consulten recursos al efecto.

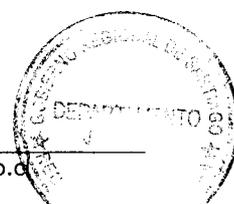
**ANÓTESE, REFRENDESE Y COMUNÍQUESE**

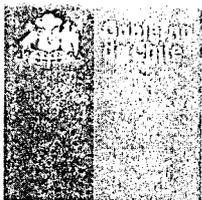
**CLAUDIO ORREGO LARRAÍN**  
INTENDENTE  
REGION METROPOLITANA DE SANTIAGO

*JUA*  
SVT/BZE/FCR/LTC/FGD/fgd

**Distribución:**

- Interesados;
- División de Planificación y Desarrollo;
- Departamento Jurídico;
- Oficina de Partes.





DEPARTAMENTO JURÍDICO



CONVENIO DIRECTO

ADMINISTRACIÓN DIRECTA

(EJECUCIÓN DE PROGRAMA)

FONDO NACIONAL DE DESARROLLO REGIONAL

GOBIERNO REGIONAL METROPOLITANO DE SANTIAGO

Y

MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL



En Santiago de Chile, a 20 APR 2015, entre el **GOBIERNO REGIONAL REGIÓN METROPOLITANA**, en adelante el Gobierno Regional, persona jurídica de derecho público representado según se acreditará por su Intendente Regional y Órgano Ejecutivo, don **CLAUDIO ORREGO LARRAÍN**, ambos domiciliados en Bandera N° 46, de la comuna de Santiago, y la **MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL** en adelante denominada también indistintamente la Unidad Local, representada por su Alcalde(sa) don(ña) **JULIO PALESTRO VELASQUEZ**, ambos (as) domiciliados en **GRAN AVENIDA JOSE MIGUEL CARRERA 3418**, de esa comuna, han convenido lo siguiente:

**PRIMERA:** En conformidad a lo establecido en el numeral 4.3 de la glosa 02 común para todos los programas 02 de los Gobiernos Regionales y para el programa 03 del Gobierno Regional de Magallanes y de la Antártica Chilena, de la Ley N°20.798, de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2015, las partes suscriben el presente convenio directo para la ejecución del programa **“CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA POBLACIÓN CANINA EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO; Código Bip N° 30130625-0**, el que será financiado con cargo al Subtitulo 31 (Iniciativas de Inversión), Ítem 03 (Programas de Inversión).

**SEGUNDA:** El programa tiene por objeto la prestación de servicios de esterilización, identificación y registro de caninos, para lo cual la Unidad Local, desarrollara dicho programa por administración directa y prestará tales servicios en sus propios centros de atención de esterilización comunal, incorporando además talleres de tenencia responsable de mascotas a escuelas y colegios municipales, todo ello conforme a lo aprobado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Por el presente convenio la Unidad Local se compromete a realizar todos los actos y contratos necesarios para la ejecución del Programa.

**TERCERA:** La Unidad Local, se obliga a ejecutar el componente 3 “Cuidado de la Población Canina” (subcomponente 3.1: Registro e Identificación, subcomponente; 3.2: Control reproductivo). No podrá dejar de ejecutar alguno de los subcomponentes del programa aprobado sin previa consulta al Gobierno Regional. En el evento que el Gobierno Regional aprobara un cambio de componente del



DEPARTAMENTO JURÍDICO



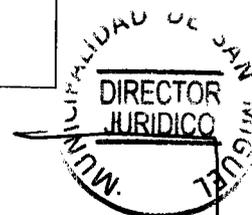
stg

GOBIERNO REGIONAL  
METROPOLITANO DE  
SANTIAGO

programa, deberá suscribirse una modificación del presente convenio. Asimismo, la Unidad Local aplicará su propia normativa en la ejecución del programa y asumirá la total responsabilidad para la ejecución de todas las actividades que exige el programa, en conformidad a las especificaciones técnicas de éste, establecidas por el Gobierno Regional en el protocolo de esterilización/castración, identificación y registro de caninos, contenido en el Anexo 1.

**CUARTA:** El Gobierno Regional aportará a la Unidad Local la suma de **\$16.456.800.- (Dieciséis millones cuatrocientos cincuenta y seis mil ochocientos pesos)**, el que se efectuará mediante Estados de Pagos mensuales, de conformidad a lo establecido en el cuadro siguiente:

ITEM	MONTO UNITARIO POR PACIENTE (canino)	CANTIDAD total de pacientes (2 años)	MONTO total (2 años)
<b>FNDR CONTRATACIÓN DEL PROGRAMA</b> Esterilización + Implantación de microchip + Registro	\$13.741	1.200	\$ 16.456.800



Una vez que quede totalmente tramitado el último acto que apruebe el presente convenio directo el Gobierno Regional entregará a la Unidad Local 1200.- (Mil doscientos) microchips de identificación de mascotas y sus accesorios, dos lectores universales de chip, software de registro de mascotas, acceso a la base de datos del sistema de registro canino, material de trabajo escolar para talleres de tenencia responsable, un pendón alusivo al programa y material de difusión.

Se deja expresamente establecido que el Gobierno Regional pagará la suma de \$13.741.- (Trece mil setecientos cuarenta y un pesos, IVA incluido, no reajutable), por paciente esterilizado con implante de chip, e ingresado al registro de identificación de mascotas, entregado vivo y paciente entregado muerto, siempre que la causa del deceso no sea imputable a negligencia del cirujano.

En el evento que el paciente solamente fuese implantado con chip subcutáneo de identificación e ingresado al registro, el Gobierno Regional no efectuará pago alguno.

El Gobierno Regional efectuará los estados de pago mensuales, previa solicitud de la Unidad Local y de acuerdo a la clausula OCTAVA.



La Unidad Local se obliga a destinar los recursos solo a la ejecución del programa para lo cual fueron aprobados, conforme, a la clausula PRIMERA, SEGUNDA y al Programa aprobado por el Ministerio de Desarrollo Social.

En caso de existir excedentes de recursos e insumos al terminar el plazo de la efectiva ejecución del programa, de acuerdo con lo establecido en la clausula OCTAVA, la Unidad Local se obliga a reintegrarlos en la forma establecida en la clausula DÉCIMA

**QUINTA:** Las partes dejan expresamente establecido que durante la ejecución del proyecto, el Gobierno Regional no financiará la contratación de un Inspector Técnico, para la supervisión del programa.

**SEXTA:** La Unidad Local, se obliga a iniciar el Programa, en un plazo máximo de 30 días corridos, contados desde la fecha de la total tramitación del último acto administrativo que apruebe el presente convenio y entrega de los chips por parte del Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, a la Unidad Local para la correcta ejecución del programa, la que se materializará con la respectiva acta de entrega, firmada por los encargados de la Unidad Local y Unidad Técnica. Asimismo, la Unidad Local deberá remitir mensualmente al Gobierno Regional los Estados de Pago, conforme al estado del programa, dentro de los cinco primeros días hábiles siguientes al del mes que se informa.

**SÉPTIMA:** Los Estados de Pago del Programa a que se refiere la cláusula cuarta, se efectuarán a la Unidad Local una vez recibido los siguientes documentos:

- 1.- Oficio Conductor de la Unidad Local, solicitando el pago a la DIPLADE.
- 2.- Factura a nombre del Gobierno Regional Región Metropolitana, calle Bandera N° 46, Santiago, R.U.T N° 61.923.200-3, las que deberán contener las siguientes glosas "*nombre del proyecto y código IDI: Programa regional integral de control y prevención de la población canina en la Región Metropolitana de Santiago, código IDI: 30130625-0*" y "*número de esterilizaciones prestadas*"

Para el caso de que los servicios sean pagados con aportes de ambas instituciones, la factura deberá indicar además en la primera glosa, lo siguiente "*Aporte financiado por el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago*"

- 3.- Informe de avance del programa, el que debe contener; Formato A "Ficha de Registro y de Alta Médica" visado por el Encargado zonal; y Certificado del Chip.
- 4.- "Detalle del Estado de Pago y Acta de Prestación de los servicios" Anexo 2, suscrito por funcionario encargado del programa, timbre de la Unidad Local y firmado por el encargado zonal.

El Gobierno Regional no cursará los estados de pagos que no reúnan los requisitos enunciados.





**OCTAVA:** El programa objeto del presente convenio deberá estar ejecutado en todas sus etapas, y por tanto, concluido, dentro de 24 meses contados a partir de la fecha de total tramitación de la última resolución aprobatoria de este instrumento. A menos, que la condición de interés Regional requiera una modificación del plazo, ya sea para su extensión o reducción.

En caso de requerir un plazo superior al estipulado para la ejecución del programa, esta deberá realizarse a través de la respectiva solicitud, la que deberá ser ingresada a este Gobierno Regional treinta días antes del vencimiento del plazo.

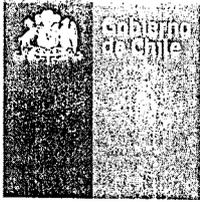
Si por fuerza mayor o caso fortuito, u otra causa totalmente ajena a Unidad Local, en la que no ha contribuido en forma alguna a su ocurrencia, se viere interrumpida la ejecución del programa deberá dirigir comunicación escrita al Gobierno Regional, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho, explicando lo ocurrido, adjuntando antecedentes que justifiquen el incumplimiento y solicitando suspensión o aumento del plazo respectivo.

**NOVENA:** El Gobierno Regional llevará a cabo la supervisión del Programa, a través de la División de Planificación y Desarrollo. Al efecto la Unidad Local deberá otorgar todas las facilidades, tanto para la entrega de documentación, como para la inspección de las actividades del Programa, cuando así lo estime conveniente el Gobierno Regional, conforme a lo dispuesto por la letra d) del artículo 20 de la Ley 19.175, Orgánica Constitucional de Gobierno y Administración Regional. La Unidad Local deberá acoger las observaciones que realice el Gobierno Regional a través de los funcionarios que designe y que deberá ordenar y dictar a la brevedad las instrucciones orientadas a su solución. Las soluciones a las observaciones realizadas por el Gobierno Regional deberán ser informadas a este en un plazo no mayor a 10 días corridos desde su implementación.

**DÉCIMA:** El Gobierno Regional podrá resolver el presente convenio unilateralmente y sin forma de juicio, en los siguientes casos:

- 1.- Por incumplimiento por parte de la "Unidad Local" de cualquiera de las etapas, que comprenden el programa a ejecutarse y, en general, de cualquiera de las obligaciones que emanan del presente convenio, en especial la indicada en su cláusula UNDÉCIMA.
2. Si la "Unidad Local" por causa que le sean imputable, no iniciare las actividades encomendadas dentro de 30 días corridos contados desde la fecha que se encuentre totalmente tramitada la resolución que apruebe el convenio y entrega de los Chips a la Unidad Local, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula SEXTA.
3. Si se paralizare el desarrollo del programa por más de 30 días corridos, sin motivo justificado.
4. Si el número de pacientes fallecidos supera el 1% de los intervenidos trimestralmente.





DEPARTAMENTO JURÍDICO



En el evento de producirse término anticipado del presente convenio, por las causas indicadas, la "Unidad Local" deberá rendir cuenta detallada al Gobierno Regional del estado de avance del Programa y de su estado financiero.

Una vez notificado el término anticipado del programa suscrito por el presente convenio, la Unidad Local deberá restituir al Gobierno Regional, en su Oficina de Partes ubicada en Bandera 46 piso 1, los insumos y accesorios entregados por el presente convenio directo con su respectiva acta de entrega con un detalle de los artículos

**UNDÉCIMA:** La Unidad Local deberá instalar el pendón, alusivo al programa, que el Gobierno Regional le entregará, en las dependencias donde se ejecute este y distribuir el material de difusión señalado en la clausula CUARTA. Asimismo deberá coordinar todos los actos ceremoniales de cualquier naturaleza que digan relación con el presente proyecto, a fin de que las autoridades del Gobierno Regional puedan asistir a dichos actos, para lo cual deberá informar con la debida anticipación y por los medios idóneos que se le indique.

Adicionalmente cuando la Unidad Local informe sobre el programa a la ciudadanía a través de los canales de difusión que disponga, deberá indicar en forma clara y destacada que el Gobierno Regional financia total o parcialmente, según corresponda, la iniciativa.

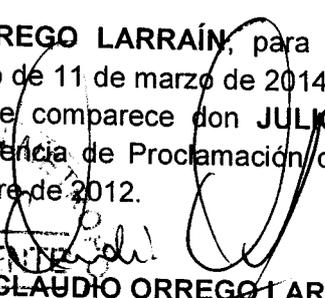
**DUODÉCIMA:** Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago sometiéndose a la Jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

**DECIMOTERCERA:** El presente convenio se firma en 4 ejemplares de igual tenor y validez, quedando dos en poder del Gobierno Regional y dos en poder de la Unidad Local.

Personerías:

La personería con la que comparece don **CLAUDIO ORREGO LARRAÍN**, para representar al Gobierno Regional Metropolitano, consta en Decreto Supremo de 11 de marzo de 2014, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. La personería con la que comparece don **JULIO PALESTRO VELASQUEZ** para representar al Municipio consta en Sentencia de Proclamación del 2º Tribunal Electoral de la Región Metropolitana, de fecha 22 de noviembre de 2012.

  
ALCALDE JULIO PALESTRO VELASQUEZ  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL

  
DIRECTOR JURIDICO  
INTENDENTE  
CLAUDIO ORREGO LARRAIN  
INTENDENTE  
GOBIERNO REGIONAL METROPOLITANO DE SANTIAGO

RZE/LTC/FCR/MDG



**ANEXO 1**

**“PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN, CASTRACIÓN,  
IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CANINOS”.**



**PROGRAMA REGIONAL INTEGRAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN  
DE LA POBLACIÓN CANINA EN LA REGIÓN  
METROPOLITANA DE SANTIAGO**





## Gobierno Regional Metropolitano de Santiago

A continuación se entrega el protocolo y los requisitos mínimos para las distintas actividades a realizar en el *"Programa Regional integral de control y prevención de la población canina en la RMS"*, con el fin de estandarizar las actividades de esterilización, castración, identificación y registro. Este documento será la guía tanto para las Municipalidades que externalicen los servicios a clínicas privadas, como para las que ejecuten estos en sus propios Centros de esterilización.

Se podrán realizar los servicios en dos modalidades, éstas son: Modalidad Fija y Modalidad Móvil o ambas.

### I. REQUISITOS MÍNIMOS

#### MODALIDAD FIJA

##### 1. Recinto

Toda labor de esterilización se llevará a cabo en las dependencias del **Centro de esterilización o Clínica Veterinaria** Fija propuesta, la que deberá estar debidamente habilitada para la realización de las labores de intervención quirúrgica, cumpliendo la normativa vigente, de acuerdo con lo estipulado en el Código Sanitario respecto del "Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo" (Decreto N° 549, de 2000, del Ministerio de Salud) y las "Normas para Evitar Emanaciones o Contaminantes Atmosféricos de Cualquier Naturaleza" (Decreto N° 144, de 1961, del Ministerio de Salud).

Deberá contar con:

- Autorización de instalación de luz eléctrica, agua potable y alcantarillado.
- Sala o Ambiente de recepción de dueños y mascotas.
- Sala o Ambiente quirúrgico (Pabellón).
- Sala o Ambiente post-quirúrgico (sala para recuperación anestésica).
- Muros, pisos y cielo raso con superficies lavables.

##### 2. Equipamiento mínimo



- Mesa cubierta de acero inoxidable
- Pedestal soporte para fluidoterapia
- Esterilizador: Autoclave, Horno pupinel u otro sistema o método de esterilización de confiabilidad
- Máquina depilatoria
- Pesa/Balanza
- Fonendoscopio
- Termómetro
- Cajas de instrumentales quirúrgicos. Contenido mínimo de cada caja:
  - 1 Porta aguja de 12 a 14 cm.
  - 1 mango de bisturí N° 3 o N° 4
  - 1 pinza quirúrgica o diente de ratón
  - 1 pinza anatómica
  - 4 pinzas hemostáticas de 12 a 14 cm.
  - 2 pinzas mosquito (curvas o rectas)
  - 1 sonda acanalada (opcional)
  - 1 tijera quirúrgica de 12 a 14 cm.
  - 4 pinzas de campo
- Insumos para el procedimiento quirúrgico
  - Alcohol yodado
  - Agua oxigenada
  - Gasa (apósitos)
  - Algodón
  - Jeringas 1cc, 3cc, 5cc
  - Cinta adhesiva
  - Mariposas
  - Equipo de infusión
  - Suero Fisiológico y Ringer lactato
  - Paño de campo
  - Sutura interna absorbible (Ácido Poliglicólico) y sutura externa no absorbible (Nylon quirúrgico)
  - Hoja bisturí
  - Riñón
  - Fármacos: Anestésicos, sedantes, analgésicos, antibióticos, y de emergencia.
  - Ambú y tubos traqueales
- Vestimenta quirúrgica
  - Mascarilla desechables
  - Gorro estéril o desechables
  - Bata quirúrgica estéril o desechables
  - Guantes desechables
- Sistema de calefacción o similar
- Cubículos o jaulas.



## MODALIDAD MOVIL

### 1. Recinto



Se podrá realizar en una **Clínica Móvil** propiamente tal, o bien en **Operativos móviles de Esterilización** en sedes vecinales, recintos sociales, recintos municipales: escuelas, liceos o gimnasios, etc., facilitando a la comunidad la prestación del servicio, donde se deberá habilitar un "pabellón quirúrgico" en el cual se efectuarán las intervenciones quirúrgicas.

Dichos lugares deberán contar con:

- Autorización de instalación de luz eléctrica, agua potable y alcantarillado.
- Ambiente de recepción de dueños y mascotas.
- Ambiente quirúrgico.
- Ambiente post-quirúrgico (sala para recuperación anestésica).
- Muros, pisos y cielo raso con superficies lavables.



Estos deberán estar debidamente habilitados para la realización de labores de intervención quirúrgica, cumpliendo la normativa vigente, de acuerdo con lo estipulado en el Código Sanitario respecto del "Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo" (Decreto N° 549, de 2000, del Ministerio de Salud) y las "Normas para Evitar Emanaciones o Contaminantes Atmosféricos de Cualquier Naturaleza" (Decreto N° 144, de 1961, del Ministerio de Salud).

Para verificar que estas dependencias consten de suministro de luz y agua potable, se solicitarán las cuentas de estos servicios, los cuales deberán estar al día.

La Unidad Técnica Municipal contará con el apoyo del encargado zonal del Programa, para verificar previamente al día de los operativos, que los recintos se encuentren aptos para realizar las actividades.

En el caso de las clínicas móviles, éstas deberán contar con equipos autónomos de generación de electricidad, estanques de agua potable y sistema de disposición de residuos en cantidad suficiente para las actividades que realizan o, en caso contrario, deberán contar con sistemas para conectarse a la red de estos servicios.

## 2. Equipamiento mínimo

- Mesa cubierta de acero inoxidable
- Pedestal soporte para fluidoterapia
- Esterilizador: Autoclave, Horno pupinel u otro sistema o método de esterilización de confiabilidad
- Máquina depilatoria
- Pesa/Balanza
- Fonendoscopio
- Termómetro
- Cajas de instrumentales quirúrgicos. Contenido mínimo de cada caja:
  - 1 Porta aguja de 12 a 14 cm.
  - 1 mango de bisturí N° 3 o N° 4
  - 1 pinza quirúrgica o diente de ratón
  - 1 pinza anatómica
  - 4 pinzas hemostáticas de 12 a 14 cm.
  - 2 pinzas mosquito (curvas o rectas)
  - 1 sonda acanalada (opcional)
  - 1 tijera quirúrgica de 12 a 14 cm.
  - 4 pinzas de campo



- Insumos para el procedimiento quirúrgico
  - Alcohol yodado
  - Agua oxigenada
  - Gasa (apósitos)
  - Algodón
  - Jeringas 1cc, 3cc, 5cc
  - Cinta adhesiva
  - Mariposas
  - Equipo de infusión
  - Suero Fisiológico y Ringer lactato
  - Paño de campo
  - Sutura interna absorbible (Ácido Poliglicólico) y sutura externa no absorbible (Nylon quirúrgico)
  - Hoja bisturí
  - Riñón
  - Fármacos: Anestésicos, sedantes, analgésicos, antibióticos, y de emergencia.
  - Ambú y tubos traqueales
- Vestimenta quirúrgica
  - Macarilla desechables
  - Gorro estéril o desechables
  - Bata quirúrgica estéril o desechables
  - Guantes desechables
- Sistema de calefacción o similar
- Jaulas, colchonetas.



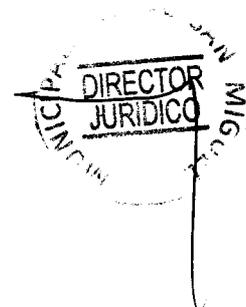
## II. ACTIVIDADES PARA AMBAS MODALIDADES

### 1. INSCRIPCIÓN DE CANINOS

La Municipalidad será la responsable de la inscripción de los caninos a intervenir. Una vez registrados los datos requeridos se le asignará al dueño, tutor o padrino una fecha y hora de la intervención, en el caso de la modalidad fija. Para la modalidad móvil el día y la hora corresponderá a lo establecido según operativos, donde la inscripción podrá ser días previos al día de los operativos o el mismo día según lo estime la Municipalidad, siempre y cuando el animal cumpla con los requisitos e indicaciones. En este acto se le deberá entregar al dueño, tutor o padrino el **INSTRUCTIVO PRE OPERATORIO E INFORMATIVO (FORMATO D)**.

### 2. RECEPCIÓN DE CANINOS

Se recepcionarán sólo caninos ingresado en forma directa por sus dueños o padrinos, sin perjuicio de que un encargado municipal pueda apadrinar algún canino para ser objeto de estos servicios. En el caso que concurra un tercero con el animal, este deberá traer un **PODER SIMPLE (FORMATO F)** firmado por el dueño que autorice a este tercero a llevar a su mascota para ser esterilizada. Se recibirán sólo caninos ingresados por personas mayores de 18 años, comprobado con Cédula de Identidad.



Se esterilizarán perros machos y hembras mayores de 4 meses con dueño conocido o apadrinado, los animales geriátricos (mayores a 8 años) podrán ser intervenidos según el criterio del médico veterinario, el cual deberá evaluar su estado de salud y su condición reproductiva. No se debe excluir perros por tamaño ni raza.

Podrán ser intervenidos sólo los canes que tengan carnet sanitario al día, en el caso de que la mascota no se encuentre con sus vacunas y desparasitaciones al día, se le deberá indicar al responsable del paciente que se le realicen los procedimientos correspondientes, de lo contrario quedará bajo su responsabilidad intervenirlos quirúrgicamente.

### 3. EXAMEN DE SALUD Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Antes de la intervención los animales serán examinados por el o los Médico(s) Veterinario(s) estando en todo momento presente el dueño, tutor o padrino durante este examen y la posterior premedicación. El médico veterinario será el responsable de autorizar, anular o posponer el procedimiento según su criterio médico, debiendo dejar registrado en la **FICHA CLÍNICA (FORMATO B)** las variables clínicas y el motivo que justifique su decisión. Considerando que los animales a ser intervenidos se caracterizan como animales saludables bajo estándares técnicos como ASA 1 y 2 (según The American Society of Anesthesiologists), definidos como:

ASA 1: Ausencia de alteraciones orgánicas, sistémicas o psicológicas en un paciente, para el cual se ha programado un procedimiento que involucra un proceso quirúrgico menor.

ASA 2: Enfermedades sistémicas leve a moderada. Procesos patológicos compensados o que no muestran sintomatología clínica.

El peso corporal debe ser registrado desde el ingreso del paciente y lo más exacto posible.

A todos los dueños, tutores o padrinos de los pacientes se les deberá informar de forma oral y escrita los riesgos que conlleva para su mascota esta intervención quirúrgica, para luego firmar la autorización de cirugía "**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD DEL PROPIETARIO**" (FORMATO C) antes de ser sometidos a los procedimientos de esterilización o castración. Todos los caninos deberán permanecer en cubículos cómodos y apropiados a su tamaño permitiendo la reducción del estrés y deberán estar adecuadamente identificados hasta el final del proceso quirúrgico.

Todo el manejo previo a cualquier procedimiento debe mantenerse mediante estrictas normas de manejo racional y considerado que se trata de animales bajo estrés, se deberá evitar todo lo que pueda atentar contra las normas de bienestar animal básicas expuestas bajo la legislación Chilena en la Ley N° 20.380 de Protección Animal, 2009.

Tanto el campo quirúrgico como el área para la vía venosa, deberá ser correctamente depilado y desinfectado. Como todo procedimiento quirúrgico, estos deberán regirse bajo principios básicos de asepsia, donde se concentrarán los esfuerzos en mantener el "campo quirúrgico" por encima del animal y todo aquello que mantenga contacto con este, de forma estéril.



Especiales esfuerzos deberán realizarse para monitorear y manejar adecuadamente los casos de hipotermia producidos en los procedimientos quirúrgicos en los meses en que en nuestro país bajan las temperaturas, considerando que esta complicación quirúrgica lleva desde retardo en la recuperación anestésica hasta muerte de los animales.

Será requisito para toda técnica quirúrgica la utilización de técnicas analgésicas durante todos los períodos del proceso (pre, trans y postquirúrgico), por medio de técnicas farmacológicas.

Todos los animales sometidos a cirugía deberán tener puesta una vía de acceso venosa para la administración de fluidos y drogas según sea el caso.

El protocolo anestésico será de acuerdo a lo que el veterinario a cargo del proceso anestésico estime conveniente para cada caso, sin embargo se exigirá que se trate de protocolos de Anestesia Balanceada considerando principalmente el manejo analgésico para estos procedimientos.

El uso de antimicrobianos será recomendado en casos de pérdida accidental de la asepsia quirúrgica y/o infecciones anteriormente no detectadas como Piodermas u otras concomitantes, y estos deberán ser administrados de la forma más pronta posible una vez detectada la infección o contaminación, tomando las debidas consideraciones posteriores al acto quirúrgico. Y se deberá prescribir el tratamiento correspondiente.

En todas las complicaciones que puedan ocurrir, el equipo médico deberá realizar todos los esfuerzos y procedimientos necesarios con tal de mantener vivo al paciente.

En el acto quirúrgico deberán al menos participar 1 médico veterinario que deberá contar como mínimo con 3 años de experiencia comprobable en esterilizaciones de caninos y un ayudante con al menos 1 año de experiencia en estas prácticas.

#### **A. Procedimiento quirúrgico para machos**

El método de esterilización en los caninos machos será la orquiectomía total a través de la técnica escrotal o pre-escrotal, es decir, la extirpación de ambos testículos. En cualquier caso, será requisito la utilización de sutura absorbible a nivel interno y no absorbible externamente.

Para el caso de pacientes criptorquídeos unilateral o bilateral, se podrán intervenir siempre y cuando el o los testículos se encuentren retenidos únicamente en tejido subcutáneo de la zona inguinal.

#### **B. Procedimiento quirúrgico para hembras**

El procedimiento quirúrgico a realizar en hembras será la Ovario Histerectomía, es decir, la extirpación completa de los ovarios y, al menos, 80% del útero. No se deberán esterilizar hembras que se diagnostiquen clínicamente preñadas. Será requisito la aplicación de puntos con sutura absorbible estéril a nivel interno y no absorbible estéril externamente. Todo esto bajo el concepto de cirugía mínimamente invasiva, ya sea por flancotomía o por técnica convencional post-umbilical, en tanto se respete el adecuado cierre de la fascia del músculo recto abdominal y los músculos laterales; oblicuos y transversos abdominales según sea el caso de ambas técnicas.

#### **4. IMPLANTACIÓN DE MICROCHIP DE IDENTIFICACIÓN**



A cada ejemplar esterilizado se le implantará un chip de identificación antes, durante o después del proceso quirúrgico, cautelando que este sea implantado en un periodo de insensibilidad anestésica y con las consideraciones antisépticas propias de una administración subcutánea.

Antes de implantar el microchip en el animal a intervenir, se deberá corroborar que no tenga un chip anterior, esto a través de la lectura con la máquina lectora de chip.

De igual forma se deberá verificar la lectura del microchip a implantar con el lector antes de su implantación, con el fin de corroborar que este no presente fallas de ninguna índole. En el caso de presentar fallas, se deberá dar aviso por escrito al Encargado zonal, posteriormente se hará retiro y reposición del chip en cuestión, si correspondiese.

Se deberá velar por la correcta colocación de la identificación, cuya área de implantación será subcutánea a nivel de la cruz del animal. El médico implantador será responsable ante cualquier eventual efecto negativo que pueda surgir como resultado de una mala ejecución en la identificación. Una vez implantado se deberá corroborar mediante palpación el sitio adecuado en que quedará alojado el dispositivo para su correcta lectura posterior. Cada uno de los pacientes identificados, deberá ser registrado de forma online para su adecuada identificación y correspondiente pago por parte del Gobierno Regional.

En el caso de existir fallas en el lector, se deberá dar aviso por escrito al encargado zonal designado, el cual gestionará la reposición de este, en el caso de que la falla sea cubierta por la garantía, de lo contrario la municipalidad o el contratista de esta, deberá hacerse cargo de su reposición.

## **5. REGISTRO DE ANIMALES**

Se llevará a cabo conforme indicaciones del Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, el cual comprenderá un sistema computacional que será implementado gratuitamente en cada Clínica municipal o privada, siendo obligatorio el uso de este para el 100% de los animales que comprenda el trabajo convenido con el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago.

En el caso de que el animal esté identificado y registrado por otra clínica, criadero u otro, este podrá acceder al beneficio de esterilización, registrándose en el sistema con el código correspondiente al microchip ya implantado y se deberá corroborar si la propiedad del animal corresponde a la persona que afirma la posesión del canino.

Para la realización del registro canino, la clínica deberá contar con un computador y conexión permanente a Internet banda ancha.

## **6. OBSERVACIÓN POST OPERATORIA**

Una vez efectuada la esterilización se deberá considerar una observación post-operatoria que durará lo que el profesional a cargo determine.

Durante el periodo de recuperación post operatorio en la clínica o recinto habilitado para este servicio, los caninos deberán estar en un ambiente cálido, tranquilo, con constante supervisión y monitoreo,



recuperándose en jaulas, o colchonetas. Se les deberá realizar exámenes físicos que conlleven el análisis de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, hidratación, estado de la herida quirúrgica, estado de conciencia y nivel de dolor con el fin de establecer medidas terapéuticas acorde a los disturbios que se les puedan presentar en los pacientes, con una periodicidad establecida por el médico a cargo, con el fin de asegurar una adecuada recuperación quirúrgica de estos. Y se deberá registrar en la **FICHA DE REGISTRO CLÍNICO (FORMATO B)**.

Sólo cuando el ejemplar se recupere de la anestesia integrándose al medio, con las constantes fisiológicas dentro de los parámetros normales, la herida quirúrgica en buen estado y con la previa autorización del Médico Veterinario, el paciente podrá ser retirado por su dueño/tutor o padrino.

Se les deberán entregar instrucciones expresadas de forma verbal y escrita a los propietarios a través del **INSTRUCTIVO DE CUIDADOS POST OPERATORIOS (FORMATO D)**. En este se deberá anotar el día y la hora de la extracción de puntos, además de un número telefónico del cirujano de la clínica, centro municipal o fundación. La responsabilidad de la intervención quirúrgica será absolutamente del médico cirujano, no comprometiéndolo a la Municipalidad, ni al Gobierno Regional.

## 7. EXTRACCIÓN DE PUNTOS

Se realizará aproximadamente 10 días posteriores a la cirugía y se emitirá el Alta Médica, donde se verificará además el adecuado estado de salud de la mascota intervenida. Es de responsabilidad del dueño, tutor o padrino de la mascota tanto el cuidado post quirúrgico, como llevarlo a la extracción de los puntos el día citado.

## 8. ALTA MÉDICA

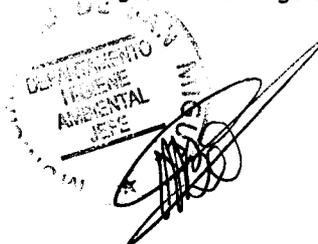
La Clínica deberá ingresar los datos al Sistema Computacional establecido por el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, lo que permitirá generar automáticamente el Certificado de alta médica respectivo.

De no concurrir el dueño, tutor o padrino en la fecha convenida para la extracción de puntos, la Clínica estará facultada para asumir el Alta Médica del animal en cuestión, ya que en el momento previo a la cirugía se le hará firmar a cada dueño, tutor o padrino la **DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE (FORMATO C)**, que libera de responsabilidad a la Clínica y Municipalidad, pudiendo por ende cursar el pago de dicha cirugía.

En caso que el dueño o padrino de la mascota avise oportunamente de encontrarse impedido de asistir al retiro de puntos, la clínica estará obligada a concretar una segunda y última fecha para la extracción de puntos (hasta 15 días posteriores a la intervención quirúrgica), pudiéndose así generar el certificado de Alta Médica, habiendo o no concurrido la mascota a la extracción de puntos.

## 9. MUERTE DE ALGÚN ANIMAL

En el caso que se produzca la muerte de un animal durante la cirugía, ésta no originará un certificado de Alta Médica, motivo por el cual no se podrá realizar el pago. Para ello, el Médico Veterinario a



cargo de la cirugía deberá emitir a la Unidad Técnica del GORE, un **Informe Técnico** de las posibles causas del deceso del paciente y deberá dejar constancia en la respectiva **"FICHA DE REGISTRO Y ALTA MÉDICA (FORMATO A) y FICHA CLÍNICA" (FORMATO B)**.

Se realizará una evaluación por parte de la Unidad Técnica y se evaluarán las causas del fallecimiento del paciente, para luego por medio de una informe emitido por la Unidad Técnica se procederá realizar el pago de los servicios. En el caso que los fallecimientos esperados por procesos quirúrgicos de pacientes saludables, exceda el 1% del total de pacientes intervenidos, no se realizará pago de esos pacientes, independiente de que el Informe Técnico allá sido aceptada por la Unidad Técnica del GORE para el pago y podrá poner término anticipado del convenio.

#### 10. LIMPIEZA Y ASEO DEL RECINTO O CLÍNICA

Las salas o ambientes deberán mantenerse limpios durante toda la jornada, se recomienda utilizar detergentes enzimáticos para eliminar el marcaje de los animales y para lograr una desinfección correcta de caniles, jaulas, colchonetas, mesas de atención y quirúrgica.

El manejo de residuos deberán regirse por el "Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud" (REAS) (Decreto N° 6, 2009, Ministerio de salud).

### III. PAGO DEL SERVICIO ESTERILIZACIÓN-IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO

#### 1. Paciente vivo

Se deberá entregar:

**1.1. Oficio conductor a Lucia Tomic Coopman, Jefe de División de Planificación y Desarrollo.**

**1.2. "Informe de avance mensual"**, que incluye además la siguiente documentación, la cual será verificada en el registro online del Programa.

- Ficha de registro y Alta médica (Formato A), visado por el encargado zonal designado.
- Certificado de Identificación (Microchip).

**1.3. Detalle del estado de pago y Acta de Prestación de los Servicios** (Anexo 2), Firmado por el encargado zonal designado.

**1.4. Boletas o Facturas a nombre del GORE Metropolitano**



**2. Paciente fallecido**

- Documentación requerida para pago del servicio esterilización-identificación y registro, referida al punto 1 del título III)
- Informe técnico del médico cirujano sobre las posibles causas de deceso del paciente.
- Ficha clínica (Formato B)



**ANEXO 2 "DETALLE DEL ESTADO DE PAGO Y ACTA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS "**

<b>ANTECEDENTES GENERALES</b>		Resumen Estado de Pago N°		Fecha:	
Unidad Técnica o Local		<b>I. Municipalidad de</b>			
Codigo BIP		30130625-0			
Nombre Proyecto		Programa Regional Integral de Control y Prevención de la Población Canina en la RMS			
Contratista					
Monto contratado					
<b>AVANCE FINANCIERO F.N.D.R.</b>					
1. A la Fecha (incluyendo el presente estado de pago)					
2. Anterior al presente Estado de Pago					
3. Presente Estado de Pago					
<b>DETALLE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Año	Mes	N° de Servicios Prestados	Valor Unitario	Costo Total	
2015	Abril				
	Mayo				
	Junio				
	Julio				
	Agosto				
	Septiembre				
	Octubre				
	Noviembre				
	Diciembre				
2016	Enero				
	Febrero				
	Marzo				
	Abril				
	Mayo				
	Junio				
	Julio				
	Agosto				
	Septiembre				
	Octubre				
	Noviembre				
	Diciembre				
2017	Enero				
	Febrero				
	Marzo				
	Abril				
<b>Total</b>					
<b>Firma Encargado Zonal</b>			<b>Firma Encargado Municipal y timbre</b>		
Por el presente documento, acredito que se han realizado la prestación de servicios, asociados al Programa Regional Integral de Control y Prevención de la Población Canina en la RMS", indicados en el presente documento.					

MUNICIPALIDAD DE MOLLINO  
 DEPARTAMENTO DE AZUAY  
 Ecuador  
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA

MUNICIPALIDAD DE MOLLINO  
 DEPARTAMENTO DE AZUAY  
 Ecuador  
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA



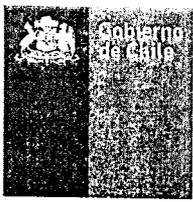
FORMATO A. (Duplicado)

FICHA DE REGISTRO

MUNICIPALIDAD:							N° de Ficha					
							Fecha Ingreso					
<b>DATOS DE LA CLÍNICA / CENTRO MUNICIPAL U OPERATIVO</b>												
Modalidad		Clínica/Centro o Recinto del operativo										
Dirección					Fono:							
<b>DATOS DEL DUEÑO O PADRINO</b>												
Nombre					Tipo de tenencia (Dueño o Padrino)							
Rut		Dirección										
Fono		Comuna										
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>												
Nombre:				Sexo		Color		Peso (kg)				
N° Identificación		Pegar adhesivo chip			Edad		Raza					
Marcar con X	Origen	Nacido en casa		Adopción		Recogido		Regalo		Compra		
	Función tenencia	Reproductivo		Guardián		Compañía		Deporte		Servicio	Caza	Otro
	Permanencia	Dentro de la casa		Patio		Calle		Mixto				
Estatus sanitario vigente (SI/NO)		Séxtuple		Óctuple		Antirrábica		Antiparasitario interno		Antiparasitario externo		
<b>DATOS DE LA CIRUGÍA</b>												
Nombre del cirujano					Fecha de esterilización							
Procedimiento quirúrgico					Abordaje							
Observaciones del médico veterinario												
<b>ALTA MÉDICA</b>												
<b>DATOS DEL</b>												
Nombre del profesional que retiró los puntos:					Fecha del retiro de los puntos:							
Observaciones del médico veterinario:												
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO CIRUJANO			NOMBRE, RUT Y FIRMA DEL DUEÑO / TUTOR/ PADRINO				NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL DEL ALTA MÉDICA					

- ↓ Nota 1: Permanencia: donde el animal se encuentra el mayor tiempo del día
- ↓ Nota 2: Los datos solicitados son del dueño o padrino, NO del tutor.

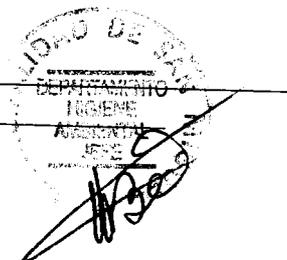


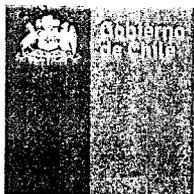


FORMATO B.

FICHA CLÍNICA

										N° de Ficha:		
										Fecha Esterilización		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>												
Nombre			Sexo		Color			Peso (kg)				
N° Identificación			Edad		Raza							
<b>EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA</b>												
Anamnesis												
Frecuencia respiratoria		Frecuencia Cardíaca		Soplo		Temperatura		Condición Corporal (1 al 5)		ASA		
Tiempo Llenado Capilar		Mucosas		Pulso Femoral		Linfonódulos						
Cabeza				Tórax				Abdomen				
Genitales				Óseo				Piel y pelaje				
Procede procedimiento quirúrgico (SI/NO)				Motivo rechazo								
<b>PROTOCOLO ANESTÉSICO/ANALGÉSICO</b>												
<b>Pre-Anestesia</b>						<b>Analgésicos</b>						
Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		
<b>Inducción Anestésica</b>						<b>Antibióticos (si corresponde)</b>						
Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		
<b>Mantención Anestésica</b>						<b>Emergencia (si corresponde)</b>						
Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		Fármaco		Dosis (mg)		Vía de Administración		
<b>CIRUGÍA</b>												
Técnica quirúrgica						Abordaje						
Complicaciones Quirúrgicas												
<b>RECUPERACIÓN ANESTÉSICO/QUIRÚRGICA (Evaluación)</b>												
F. Resp.		F. Card.		T°		Nivel de Dolor (0 al 3)		Estado de Conciencia		Mucosas		
Complicaciones Post - Quirúrgica												
<hr/> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL</b> <hr/>												





FORMATO C.

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD DEL PROPIETARIO O RESPONSABLE  
(AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA)

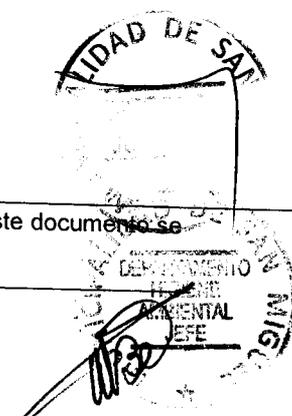
N° de Ficha	
Fecha de ingreso	

Paciente				N° Identificación			
Sexo		Edad		Color		Raza	
Nombre Responsable				Domicilio			
RUT				Comuna			
Tenencia: Dueño/Padrino/Tutor				Fono			
Médico Veterinario							

1. Por el presente documento autorizo realizar la siguiente cirugía:..... al paciente arriba individualizado de mi propiedad o del cual soy responsable.
2. Declaro que el Médico Veterinario responsable me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la cirugía, donde a mi mascota le extraerán sus órganos reproductivos, y me ha informado de los beneficios, complicaciones y riesgos que pueden producirse, incluso la muerte de mi mascota, siendo esto último muy poco probable.
3. Si en el cuadro de la cirugía se presentasen condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes de los predichos, autorizo al equipo Médico Veterinario para que realice aquello que crea conveniente o necesario para salvar la vida de mi mascota, ya que puede presentar una o más patologías (enfermedad) preexistentes, la cual puede complicar el procedimiento quirúrgico. Además estoy consciente que debo asumir los gastos por dicho procedimiento imprevisto.
4. Asimismo consiento la administración de los anestésicos y medicamentos que se considere necesario.
5. Conforme a las indicaciones previas a la cirugía, aseguro que al momento de la intervención, mi mascota se encuentra con el ayuno indicado, completamente sana, con sus vacunas y desparasitaciones al día, de lo contrario me hago responsable de las consecuencias que esto pueda traer.
6. Declaro además, que cumpliré con todas las indicaciones señaladas en el **INSTRUCTIVO DE CUIDADOS POST OPERATORIOS** entregado por el médico veterinario, asumiendo la responsabilidad de estas indicaciones, las que van en directo bienestar y salud de mi mascota. En el caso de no cumplir con las recomendaciones entregadas, libero de responsabilidad civil y penal tanto al profesional médico como a la entidad responsable de la cirugía y me hago responsable del costo asociado.
7. Es de mi responsabilidad adquirir los medicamentos prescritos por el profesional y me comprometo a traer a mi mascota el día indicado por el médico para la extracción de puntos.
8. Finalmente autorizo la implantación de microchip subcutáneo en mi mascota, con el fin de identificarla.
9. Al momento de firmar el presente documento, recibo conforme instructivo de cuidados post operatorios, dejando mi firma como constancia.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, RUT Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Nota 1: En el caso de ser un tercero (Tutor) esta declaración deberá ser firmada por este. A este documento se deberá anexar el poder simple del dueño.



## INSTRUCTIVO PRE OPERATORIO E INFORMATIVO

Logo MUNI



### INSTRUCCIONES PRE OPERATORIAS

- El día de la cirugía se recepcionarán sólo mascotas (perro) ingresadas por su dueño, tutor o padrino mayores de 18 años.
- Su mascota sólo será intervenida si se encuentra sana al examen clínico, con sus vacunas y desparasitaciones al día (deberá demostrarlo con los certificados de vacunación y/o carnet sanitario), por lo que su deber es informar al Médico Veterinario cualquier duda que tenga con respecto a la salud de su mascota. De lo contrario, queda bajo su responsabilidad someterla a cirugía sin cumplir con lo solicitado.
- Encierre su mascota el día antes de la cirugía, para evitar fugas y respetar las horas de ayuno.
- Traiga a su mascota con un sistema de sujeción collar, trabilla, correa o arnés.
- Traiga un rollo de papel absorbente y una frazada (Identificada) limpia para abrigar a su mascota en el postoperatorio, los animales por efecto de la anestesia sufren una baja en su temperatura corporal.
- La última comida antes de la operación deberá ser en:  
Cachorros (menores a 8 meses): 3 a 4 horas.  
Adultos: 6 a 8 horas.

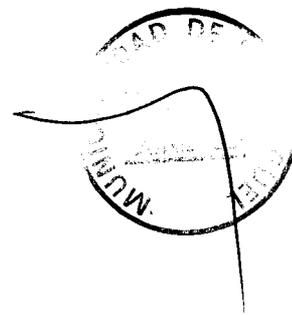
❖ Indicar hora aproximada de **última comida** \_\_\_\_\_, del día \_\_\_\_\_

❖ Indicar día de la cirugía \_\_\_\_\_ Indicar hora de la cirugía \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD

- Este plan es absolutamente gratuito, está financiado por el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago (GORE) y aprobado por el Consejo Regional Metropolitano (CORE).
- Este programa está destinado a la esterilización de **caninos machos y hembras, desde los 4 meses de edad, que estén sanos y con dueño o padrino.**
- El Gobierno Regional Metropolitano de Santiago actúa sólo como contacto y no tiene responsabilidad alguna en caso que la mascota presente alguna complicación y/o muerte durante el periodo postoperatorio, ya sea producto de una patología preexistente o del procedimiento quirúrgico que realizarán profesionales Médicos Veterinarios en la Clínica Veterinaria o lugar habilitado para este efecto.
- Las mascotas serán identificadas y registradas en un sistema adoptado por el Gobierno Regional Metropolitano de Santiago.
- Es deber del propietario informar si la mascota murió durante el periodo postoperatorio, a fin de verificar las posibles causas del deceso.
- [www.gobiernosantiago.cl](http://www.gobiernosantiago.cl)

↓ Nota: Estas indicaciones se entregarán al momento de la inscripción de los caninos al servicio de esterilización.



# INSTRUCTIVO DE CUIDADOS POST OPERATORIO



Logo MUNI

Gobierno Regional METROPOLITANO DE SANTIAGO

N° de Identificación: \_\_\_\_\_

A continuación se detallan indicaciones que usted Don/Doña \_\_\_\_\_

como persona responsable del paciente \_\_\_\_\_, debe seguir y respetar:

**Control de la Temperatura y abrigo posterior:** Los anestésicos utilizados en la operación del paciente, producen disminución de la temperatura corporal, por lo que debe retirarlo cubierto por la frazada con la cual ingresó. Por los próximos dos días el paciente deberá dormir dentro de su hogar o similar donde esté protegido del frío y otras adversidades.

**Ejercicios:** Evite que el paciente corra, salte o realice cualquier actividad física brusca por los próximos dos días.

**Alimentación:** Recuerde que el paciente estuvo en ayuno y debe alimentarse correctamente para una buena recuperación. Usted debe alimentarlo y ofrecerle agua a la hora que su médico le indicó, es decir a las: \_\_\_\_\_. Verifique que el paciente consuma el alimento y agua ofrecidos, supervisándolo que no se ahogue y lo realice pausadamente.

**Tratamiento y curaciones:** Usted debe darle los *medicamentos* que el médico le recetó respetando la dosis, las horas de administración y los días. Con esto evitará complicaciones de salud y dolor en el paciente. Además deberá realizar *curaciones* en la incisión de la operación con gasa y suero fisiológico, clorexidina diluida en agua o agua oxigenada diluida en agua, dos veces al día por los siguientes 10 días. Debe realizarlo desde adentro hacia afuera y con suavidad, así apartará la suciedad que se pueda acumular en la herida.

Si el paciente se lame, muerde o tira los puntos usted deberá ponerle un *collar isabelino* y no retirárselo hasta el día de la extracción de los puntos.

**Retiro de puntos y control:** Usted deberá acudir con su mascota el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas. Sea responsable en cumplir con el día y el horario indicado.

**Si usted observa que el paciente presenta:**

- Evidente sangrado de la herida
- Fiebre
- Excesivo dolor a la palpación
- Decaimiento o que duerme en exceso.
- Falta de Apetito después del primer día.
- Vómitos o Diarreas.
- Dificultad Respiratoria.

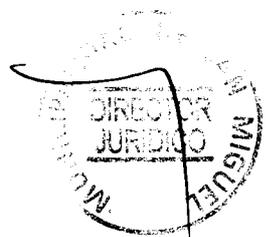
Deberá acudir al centro donde fue operado, si este procedimiento se realizó en un operativo móvil, usted deberá comunicarse al teléfono 09 \_\_\_\_\_ ó 02 \_\_\_\_\_, donde le indicarán el lugar al cual debe concurrir con el paciente.

**Médico Responsable de la cirugía:** \_\_\_\_\_

**Profesional Responsable de dar las instrucciones:** \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



FORMATO F

**PODER SIMPLE TUTOR**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_,

Domiciliado/a en \_\_\_\_\_, Comuna de \_\_\_\_\_,

Fono \_\_\_\_\_ Dueño de \_\_\_\_\_

Autorizo a través del presente poder a Don/Doña \_\_\_\_\_,

RUT \_\_\_\_\_,

Domiciliado/a en \_\_\_\_\_, Comuna de \_\_\_\_\_,

Fono \_\_\_\_\_ en calidad de Tutor, para ingresar

a mi mascota individualizada a continuación, a la clínica o recinto habilitado para ser intervenida

quirúrgicamente (Esterilización / castración) e implantada con un microchip de identificación.

**DATOS DEL PACIENTE (MASCOTA)**

Nombre		Edad		Sexo		
Raza		Color				
Marcar con X	Origen	Nacido en casa	Adoptado	Recogido	Regalado	Comprado
	Función tenencia	Reproductivo	Guardián	Compañía	Deporte	Servicio
		Caza	Otro			
Permanencia	Dentro de la casa	Patio	Calle	Mixto		
Estatus sanitario vigente (SI/NO)	Séxtuple	Óctuple	Antirrábica	Antiparasitario interno	Antiparasitario externo	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, RUT Y FIRMA DEL DUEÑO

Nota 1: Completar los datos solicitados, con letra clara y legible.

Nota 2: Adjuntar fotocopia de carnet del dueño de la mascota por ambos lados.

