



NACIONAL



**RESOLUCIÓN 2257-E/2016**  
**MINISTERIO DE SALUD (M.S.)**

Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas. Aprobación del modelo de Convenio.  
Del: 15/12/2016; Boletín Oficial 19/12/2016.

VISTO el Expediente N° 1-2002-19476-16-4 del registro del MINISTERIO DE SALUD, las Resoluciones Ministeriales N° 302 del 26 de abril de 1994, N° 472 del 14 de junio de 2002, N° [118](#) del 2 de febrero de 2009, N° [439](#) del 12 de abril 2011 y N° [1036-E/2016](#) del 25 de Julio de 2016.

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la Resolución [1036-E/2016](#), se creó el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS, con el objeto de mejorar la accesibilidad de los habitantes de los pueblos indígenas al sistema de salud.

Que a través del mencionado Programa se buscó disminuir las inequidades existentes, procurando ampliar la cobertura y la calidad de la atención de los pueblos indígenas. Para ello, se refuerzan las actividades de prevención y de promoción de la salud, el trabajo con la comunidad y la formación en Atención Primaria de la Salud.

Que a fin de lograr los objetivos enunciados, se financian y capacitan, en servicio, recursos humanos a través de becas de apoyo económico y de formación.

Que en tal sentido, se requiere crear la figura del “BECARIO”, quien gozará de una beca de apoyo económico y de formación otorgada por este Ministerio. El mencionado “BECARIO” realizará actividades de planificación, prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural y aplicando la consulta previa, libre e informada, para alcanzar eficazmente los objetivos del Programa.

Que asimismo, se considera necesario crear la figura del “REFERENTE JURISDICCIONAL”, quien también gozará de una beca de apoyo económico y de formación, otorgada por este Ministerio y tendrá a su cargo, las funciones de monitorear las actividades de los Becarios, así como de evaluar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por ellos, entre otras actividades necesarias para el desarrollo del Programa.

Que debido a cuestiones estrictamente operativas vinculadas al volumen de los Convenios cuyos modelos se aprueban por la presente Resolución, y por aplicación de los principios de economía procesal, celeridad y sencillez, se considera oportuno delegar las facultades para suscribir dichos Convenios en el titular de la . Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria.

Que la presente se dicta en uso de las facultades otorgadas por la Ley de Ministerios T.O. 1992 modificada por Ley N° [26.338](#) y el artículo 2° del Decreto N° 1759/72.

Por ello

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Apruébase el modelo de Convenio a suscribirse entre este Ministerio, la Jurisdicción y el Becario, así como sus respectivos Anexos, que forman en conjunto parte de la presente y se identifican como ANEXO I (GDE IF-2016-03816910-APN-DD#MS.)

Art. 2°.- Apruébase el modelo de Convenio a suscribirse entre este Ministerio y el Becario, así como sus respectivos Anexos, que forman en conjunto parte de la presente y se identifican como ANEXO II GDE DI-2016-03817050-APN-DD#MS.

Art. 3°.- Apruébase el modelo de Convenio a suscribirse entre este Ministerio y el Referente Jurisdiccional, así como sus respectivos Anexos, que forman en conjunto parte de la presente y se identifican como ANEXO III GDE IF-2016-03817228-APN-DD#MS.

Art. 4°.- Delégase en el Titular de la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA, la facultad para suscribir los Convenios cuyos modelos se aprueban por los artículos 1° a 3° inclusive, de la presente Resolución.

Art. 5°.- Facúltase a la DIRECCIÓN NACIONAL de ATENCIÓN COMUNITARIA, dependiente de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, dependiente de la SECRETARÍA DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS SANITARIOS Y SALUD COMUNITARIA a realizar las gestiones necesarias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la presente Resolución.

Art. 6°.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 7°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Jorge Daniel Lemus, Ministro, Ministerio de Salud.

#### ANEXO I

CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y EL ORGANISMO RESPONSABLE DEL SISTEMA JURISDICCIONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE...../ CABA Y EL BECARIO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS.-

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el titular de la Secretaria de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, ....., DNI ....., en adelante el "MINISTERIO", con domicilio en Av. 9 de julio n° 1925 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el organismo responsable del sistema jurisdiccional de salud de la Provincia de ...../ CABA representada en este acto por el Sr. Ministro de Salud ..... D.N.I. ...., en adelante la "JURISDICCION", con domicilio en ....., y el Sr/a ....., D.N.I. ...., en adelante el "BECARIO", con domicilio en ....., quien se desempeñará como ....., deciden celebrar el presente Convenio Beca de Capacitación, a tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

#### CLÁUSULA PRIMERA:

I. Que el presente Convenio se encuadra dentro de los lineamientos del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

II. Que el mentado Programa ha sido creado a través de la Resolución Nro. 1036-E/2016 del Ministerio de Salud de la Nación.

#### OBJETIVO GENERAL.-

CLÁUSULA SEGUNDA: El presente Convenio tiene por objeto asegurar, en el marco de la Cobertura Universal de Salud (Decreto N° 908/16 y Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16), el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, a través del otorgamiento de becas financiadas por el MINISTERIO y con capacitación por universidades y/o el MINISTERIO mediante la realización de capacitaciones permanentes en servicio.

Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación, otorga al BECARIO la presente beca de apoyo económico y de formación a desarrollarse en un Efector de Salud ..... de la localidad de ....., Provincia de ...../CABA.

Se entiende por "Becario" a los profesionales y no profesionales de distintas disciplinas financiados y capacitados por el MINISTERIO, en los términos del presente Convenio.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CLÁUSULA TERCERA: Serán objetivos específicos del presente Convenio:

1 Mejorar la accesibilidad de los habitantes de las comunidades indígenas al sistema

público de salud.

2 Ampliar la cobertura y la calidad de atención de la población indígena en los Efectores del Primer Nivel de Atención.

3 Impulsar y fortalecer el trabajo comunitario, intersectorial y en redes locales en las comunidades indígenas desde una perspectiva intercultural.

4 Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural y aplicando la consulta previa, libre e informada.

5 Aplicar los contenidos de las capacitaciones en su práctica diaria.

6 Detectar e informar situaciones de vulnerabilidad sociosanitarias.

**GESTIÓN DEL PROGRAMA.-**

**CLÁUSULA CUARTA:** El MINISTERIO tendrá a su cargo la gestión general del Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, el cual depende de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, que se encuentra en el ámbito de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria. La JURISDICCIÓN será la encargada de gestionar el Programa a nivel local, cumpliendo los objetivos mencionados.

**OBLIGACIONES DEL MINISTERIO.-**

**CLÁUSULA QUINTA:** Son obligaciones del MINISTERIO:

1 Transferir los fondos correspondientes a la beca de apoyo económico y de formación a una cuenta de titularidad del BECARIO.

2 Definir y diseñar los contenidos académicos de las capacitaciones.

3 Monitorear el procedimiento de todas las actividades del Programa.

4 Aplicar apercibimientos y/o bajas de becas según las normativas del ANEXO I

**OBLIGACIONES DE LA JURISDICCIÓN.-**

**CLÁUSULA SEXTA** Son obligaciones de la JURISDICCIÓN:

1 Nombrar a un Referente Jurisdiccional del Programa, cuya designación deberá contar con la aprobación del MINISTERIO.

2 Supervisar el cumplimiento del horario establecido para el BECARIO y mantener actualizada la declaración jurada atinente al mismo.

3 Asignar al BECARIO a un Efecto de Salud. Cualquier modificación en la afectación deberá contar con la previa conformidad del MINISTERIO.

4 Garantizar las condiciones adecuadas para el desarrollo del Programa, de actividades de atención y capacitación.

5 Remitir al MINISTERIO, los datos estadísticos y cualquier otro tipo de información que el MINISTERIO requiera, para el correcto seguimiento del Programa, incluyendo informes sobre el desempeño del BECARIO y los resultados de las actividades desarrolladas.

6 Notificar al MINISTERIO, por medio fehaciente, toda información relativa a altas, bajas y cualquier otra situación que concierna específicamente al BECARIO o al Programa en general, dentro de un plazo de 48 horas de producido el evento.

7 Facilitar las tareas de relevamiento y monitoreo que periódicamente realizará el MINISTERIO.

8 Monitorear el desempeño del BECARIO y aplicar, en caso de incumplimiento, y con la aprobación del MINISTERIO, las sanciones previstas en el ANEXO I del presente Convenio y en las condiciones en éste descriptas.

Se entiende por “Referente Jurisdiccional” aquella persona designada por la jurisdicción, con la conformidad del ministerio, cuya función será la de verificar el fiel cumplimiento de las obligaciones del becarios establecidas en la siguiente cláusula.

**OBLIGACIONES DEL BECARIO.-**

**CLÁUSULA SÉPTIMA:** Son obligaciones del BECARIO:

1. Incorporarse a los Efectores de Salud que la jurisdicción indique, para desarrollar las actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud, eligiendo alguna de las modalidades propuestas a continuación:

Modalidad 1: Cumplir 30 horas semanales.

Modalidad 2: Cumplir 15 horas semanales.

La distribución de las horas se acordará entre la JURISDICCIÓN y el BECARIO.

2. Completar la declaración jurada de horarios que se detalla como ANEXO II y entregarla a la JURISDICCIÓN. Cualquier modificación deberá notificarse fehacientemente a ésta, dentro de un plazo de 48 horas hábiles de producida la misma. La JURISDICCIÓN deberá poner a disposición del MINISTERIO la mencionada declaración jurada.

3. El BECARIO realizará dos instancias de capacitación, debiendo cumplir con las instancias presenciales y de exámenes que el MINISTERIO estipule.

4. Solicitar siempre autorización a la JURISDICCIÓN para cambiar de Efector de Salud.

5. Realizar actividades junto a la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población del área programática del Efector de Salud asignado.

6. Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural y aplicando la consulta previa, libre e informada.

7. Articular acciones sanitarias con programas vigentes, tanto municipales, jurisdiccionales como nacionales.

8. Detectar e informar al MINISTERIO y a la JURISDICCIÓN situaciones de vulnerabilidad sociosanitarias.

9. Cumplir con los requerimientos de información que el MINISTERIO realice, bajo el formato y con la regularidad que el mismo estipule.

**CLÁUSULA OCTAVA:** El BECARIO se compromete al cumplimiento de la normativa, reglamentos y disposiciones vigentes, las que declara conocer, como así también a no divulgar la información confidencial. La infracción a lo anteriormente expuesto será considerada falta grave y causa suficiente para dejar inmediatamente sin efecto el presente convenio, sin perjuicio de las acciones civiles y penales, que pudieran corresponder.

**CLÁUSULA NOVENA:** A los efectos del presente Convenio, se considera “información confidencial” toda aquella que reciba o llegue al conocimiento del BECARIO como consecuencia del presente y/o que guarde relación con actividades, personas, proveedores, procesos, fórmulas, métodos, etc., a la que tenga acceso en el Efector de Salud, ya sea en forma directa o indirecta, durante la vigencia del presente Convenio o después de la finalización del mismo.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** El BECARIO se compromete a obrar con la debida diligencia, asumiendo la total responsabilidad por toda consecuencia dañosa derivada de su actuación, o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente que se encuentre a su cargo. Asimismo, se obliga personalmente por cualquier suma que deba abonar a un damnificado, sus derechohabientes o terceros en razón de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual en la que hubiere incurrido como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las prestaciones comprometidas en el presente.

**INASISTENCIAS Y LICENCIAS.-**

**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:** Se consideran inasistencias justificadas con el correspondiente certificado, las originadas en las siguientes causas:

a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento hasta treinta (30) días anuales.

b) Maternidad tres (3) meses.

c) Paternidad dos (2) días.

En lo referido al receso anual, al BECARIO se le aplicará el régimen de licencias que corresponda según la normativa aplicable por la JURISDICCIÓN donde realice sus actividades.

Toda otra situación será evaluada por el MINISTERIO, quien se reserva el derecho a determinar si se justifica o no la inasistencia respectiva.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:** Las partes acuerdan que el BECARIO recibirá la suma fija mensual de \$ ..... (PESOS.....) en calidad de Beca de apoyo económico y de formación, según ANEXO III.

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:** En el caso de los no profesionales que se desempeñen en Comunidades Originarias, para asignar la beca, se requerirá el aval firmado por la autoridad máxima de dicha comunidad, de acuerdo al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificada por Argentina en el año 1992.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: Queda expresamente pactado que el aporte del MINISTERIO se implementa bajo la modalidad de beca de apoyo económico y de formación, por lo cual queda excluida cualquier configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o servicios por parte del MINISTERIO. Éste no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder o ser necesarios o convenientes para los profesionales contratados o dependientes de la JURISDICCIÓN en cumplimiento de este Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: La JURISDICCIÓN asume en forma exclusiva la total responsabilidad por las consecuencias derivadas de la actuación de los BECARIO, y toda otra actividad vinculada con la ejecución del Programa en el ámbito de su actuación, así como de toda consecuencia dañosa derivada de la misma, y del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente Convenio.

La JURISDICCIÓN y el BECARIO adoptarán, por sí o por terceros, los recaudos suficientes para asumir las responsabilidades que se generen en el desarrollo del Programa, sin reclamo al MINISTERIO.

RESCISIÓN UNILATERAL.-

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: El MINISTERIO y/o la JURISDICCIÓN se reservan la posibilidad de rescindir el presente Convenio mediante notificación fehaciente a las otras partes con una antelación no menor a los 30 (treinta) días corridos, sin derecho a reclamo alguno por parte del becario.

RENUNCIA DEL BECARIO.-

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: El BECARIO podrá presentar su renuncia, notificándola por medio fehaciente a las otras partes, con una antelación de treinta (30) días corridos.

RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO.-

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: En caso de incumplimiento por parte de la JURISDICCIÓN de las obligaciones a su cargo, el MINISTERIO intimará por medio fehaciente, otorgándole un plazo de veinte (20) días corridos a fin de que ésta proceda a la ejecución de sus obligaciones incumplidas.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: Para el caso de que, luego de la intimación establecida en la Cláusula Décimo Octava y transcurrido el plazo otorgado, la JURISDICCIÓN no cumpliera con la ejecución de sus obligaciones, ésta perderá de manera inmediata y sin necesidad de intimación ni interpelación judicial, la calidad de parte en el presente Convenio. En dicho caso, las obligaciones a cargo de la JURISDICCIÓN quedarán en cabeza del MINISTERIO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: En caso de incumplimiento por parte del BECARIO de las obligaciones a su cargo, el MINISTERIO podrá resolver el presente Convenio sin necesidad de intimación ni interpelación judicial o extrajudicial.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.-

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: 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 de los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal, con asiento en la Ciudad de Buenos Aires, renunciando las partes a cualquier otra jurisdicción que pudiese corresponder.

DOMICILIO CONSTITUIDO.-

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: El MINISTERIO constituye domicilio en la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, sita en la Av. 9 de Julio N° 1925, piso 11, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la JURISDICCIÓN y el BECARIO en los domicilios indicados en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen.

VIGENCIA.-

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: El presente acuerdo estará vigente desde el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201\_ hasta el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.-

En prueba de conformidad, se firman 3 ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_.

#### ANEXO I - FALTAS

Serán consideradas faltas, sin perjuicio de las establecidas en el Convenio de Beca precedente, las siguientes causales de incumplimiento y pasibles de sanción por parte del Becario:

- a) Mal desempeño, cumplimiento deficitario o negligente de las obligaciones y compromisos asumidos en el Convenio de Beca.
- b) Abandono injustificado del servicio en el Efector asignado.
- c) Inasistencias superiores a 10 días anuales que no estén estipuladas y justificadas como se determina en la cláusula décimo primera del Convenio.
- d) Incumplimiento del horario.
- e) Falta de respeto a la autoridad, integrantes del equipo o de la comunidad.
- f) Incumplimiento de los objetivos del Programa.
- g) Poseer actividades laborales o extra-laborables, en el ámbito privado o público, con o sin remuneración, dentro de los días y horarios informados en el ANEXO II - DDJJ de horarios-.
- h) Violación del secreto profesional o de la reserva necesaria que exijan discreción, así como también revelación de datos personales o peligros epidemiológicos o de información, que hagan al funcionamiento del Efector de Salud o el programa de capacitación, que sean de carácter restringido. Divulgar información confidencial.

En el supuesto de incurrir en las faltas mencionadas en este ANEXO I, el MINISTERIO podrá aplicar algunas de las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento por escrito, con descargo obligatorio
- b) Baja definitiva de la beca.

#### ANEXO II - DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS

Los datos especificados en el presente anexo tienen carácter de declaración jurada. La constatación de datos no fidedignos es motivo de baja del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

Instructivo: Completar con letra clara y en imprenta la siguiente información:

1. PROVINCIA/JURISDICCIÓN: .....

2. MUNICIPIO: .....

3. APELLIDO (s): .....

4. NOMBRE (s): .....

5. TIPO: DNI/C.I./L.E. N° DOCUMENTO: .....

6. TELÉFONO DE CONTACTO: .....

7. CORREO ELECTRÓNICO: .....

8. Indicar si tiene otra fuente de financiación pública, especificando la modalidad de contratación en cada caso (Ej: Planta transitoria, planta permanente, locación de servicio, etc.) y la carga horaria que figura en el correspondiente contrato.

Marcar con un círculo la respuesta correcta:

MUNICIPAL SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

PROVINCIAL/CABA SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

9. En su caso, detalle la distribución de la carga horaria del contrato especificado en el punto precedente:

DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA						
LUGAR	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

10. Marque con un círculo la modalidad seleccionada para el Programa

30 hs Semanales	15 hs Semanales
-----------------	-----------------

11. EFECTOR DE SALUD Y DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA SELECCIONADA EN EL PUNTO PRECEDENTE:

Completar la franja horaria que cumple según actividad y según día (Ej: Lunes 8- 13 hs). Esta información será utilizada para realizar las auditorías correspondientes. El horario declarado debe ser exclusivo del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y no debe haber superposición horaria con otro contrato municipal, provincial o de CABA, y/o nacional.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

EFECTOR DE SALUD	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

ESTA FICHA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

FIRMA Y ACLARACIÓN

Las becas correspondientes según el perfil del BECARIO que haya seleccionado la Modalidad 1 (Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	
Profesional Universitario sin Residencia	
Terciario	
Auxiliar de Enfermería	
Agente Sanitario	

Las becas correspondientes según el perfil del BECARIO que haya seleccionado la Modalidad 2 (Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	
Profesional Universitario sin Residencia	
Terciario	
Auxiliar de Enfermería	
Agente Sanitario	

Ministerio de Salud Programa Nacional Salud para los Pueblos Indígenas

Ficha Personal

*Los datos especificados a continuación tienen carácter de declaración jurada.*

1. APELLIDO (s): .....
2. NOMBRE (s): .....
3. TIPO:  DNI  C.I.  L.E. N° DOCUMENTO: .....
4. PERFIL ..... ESPECIALIDAD.....
5. FECHA DE NACIMIENTO: .....
6. C.U.I.L.: .....
7. ESTADO CIVIL:  SOLT  CAS  DIV
8. NACIONALIDAD: .....
9. DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL: .....
  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL: .....
  - c. PROVINCIA: .....
10. DOMICILIO ALTERNATIVO: .....
  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL.....
  - c. PROVINCIA: .....
11. TELÉFONO DE CONTACTO.....
12. CORREO ELECTRÓNICO.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

**CONVENIO DE BECA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y EL BECARIO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS.-**

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el titular de la Secretaria de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, ..... DNI. ...., en adelante el “MINISTERIO”, con domicilio en Av. 9 de julio n° 1925 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el Sr/Sra ..... D.N.I. ...., en adelante el “BECARIO”, con domicilio en ....., quien se desempeñará como ....., deciden celebrar el presente Convenio Beca de Capacitación, a tenor de las siguientes cláusulas y condiciones.

**CLÁUSULA PRIMERA:**

I. Que el presente Convenio se encuadra dentro de los lineamientos del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

II. Que el mentado Programa ha sido creado a través de la Resolución Nro. 1036-E/2016 del Ministerio de Salud de la Nación.

**OBJETIVO GENERAL.-**

**CLÁUSULA SEGUNDA:** El presente Convenio tiene por objeto asegurar, en el marco de la Cobertura Universal de Salud (Decreto N° 908/16 y Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16), el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, a través del otorgamiento de becas financiadas por el MINISTERIO y con capacitación por Universidades y/o el MINISTERIO mediante la realización de capacitaciones permanentes en servicio.

Para ello, el MINISTERIO otorga al BECARIO la presente beca de apoyo económico y de formación a desarrollarse en un Efector de Salud ..... de la localidad de ....., Provincia de ...../CABA.

Se entiende por “Becario” a los profesionales y no profesionales de distintas disciplinas financiados y capacitados por el MINISTERIO, en los términos del presente Convenio.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**CLÁUSULA TERCERA:** Serán objetivos específicos del presente Convenio:

1 Mejorar la accesibilidad de los habitantes de las comunidades indígenas al sistema público de salud.

2 Ampliar la cobertura y la calidad de atención de la población indígena en los Efectores del Primer Nivel de Atención.

3 Impulsar y fortalecer el trabajo comunitario, intersectorial y en redes locales en las comunidades indígenas desde una perspectiva intercultural.

4 Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural y aplicando la consulta previa, libre e informada.

5 Aplicar los contenidos de las capacitaciones en su práctica diaria.

6 Detectar e informar situaciones de vulnerabilidad sociosanitarias.

**GESTIÓN DEL PROGRAMA.-**

**CLÁUSULA CUARTA:** El MINISTERIO tendrá a su cargo la gestión general del Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, el cual depende de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, que se encuentra en el ámbito de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria. La JURISDICCIÓN será la encargada de gestionar el Programa a nivel local, cumpliendo los objetivos mencionados.

Se entiende por “Jurisdicción” al organismo sanitario responsable del sistema jurisdiccional de salud de la Provincia de ...../CABA.

**OBLIGACIONES DEL MINISTERIO.-**

**CLÁUSULA QUINTA:** Son obligaciones del MINISTERIO:

1 Transferir los fondos correspondientes a la beca de apoyo económico y formación a una cuenta de titularidad del BECARIO.

2 Definir y diseñar los contenidos académicos de las capacitaciones.

3 Monitorear el procedimiento de todas las actividades del Programa.

4 Aplicar apercibimientos y/o bajas de becas según las normativas del ANEXO I

#### OBLIGACIONES DEL BECARIO.-

CLÁUSULA SEXTA: Son obligaciones del BECARIO

1. Incorporarse a los Efectores de Salud asignados por el MINISTERIO para desarrollar las actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud, eligiendo alguna de las modalidades propuestas a continuación:

Modalidad 1: Cumplir 30 horas semanales.

Modalidad 2: Cumplir 15 horas semanales.

La distribución de las horas se acordará entre la MINISTERIO y el BECARIO.

2. Completar la declaración jurada de horarios que se detalla como ANEXO II y entregarla al MINISTERIO. Cualquier modificación deberá notificarse fehacientemente a éste, dentro de un plazo de 48 horas hábiles de producida la misma.

3. El BECARIO realizará dos instancias de capacitación, debiendo cumplir con las instancias presenciales y de exámenes que el MINISTERIO estipule.

4. Solicitar siempre autorización a la MINISTERIO para el de cambio de Efector de Salud.

5. Realizar actividades junto a la comunidad para mejorar la calidad de vida de la población del área programática del Efector de Salud asignado.

6. Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud desde una perspectiva intercultural y aplicando la consulta previa, libre e informada.

7. Articular acciones sanitarias con programas vigentes, tanto municipales, provinciales/ o de CABA como nacionales.

8. Detectar e informar al MINISTERIO situaciones de vulnerabilidad sociosanitarias.

9. Cumplir con los requerimientos de información que el MINISTERIO realice, bajo el formato y con la regularidad que el mismo estipule.

CLÁUSULA SÉPTIMA: El BECARIO se compromete al cumplimiento de la normativa, reglamentos y disposiciones vigentes, las que declara conocer, como así también a no divulgar la información confidencial. La infracción a lo anteriormente expuesto será considerada falta grave y causa suficiente para dejar inmediatamente sin efecto el presente convenio, sin perjuicio de las acciones civiles y penales, que pudieran corresponder.

CLÁUSULA OCTAVA: A los efectos del presente Convenio, se considera “información confidencial” toda aquella que reciba o llegue al conocimiento del BECARIO como consecuencia del presente y/o que guarden relación con actividades, personas, proveedores, procesos, fórmulas, métodos, etc., a la que tenga acceso en el Efector de Salud, ya sea en forma directa o indirecta, durante la vigencia del presente Convenio o después de la finalización del mismo.

CLÁUSULA NOVENA: El BECARIO se compromete a obrar con la debida diligencia, asumiendo la total responsabilidad por toda consecuencia dañosa derivada de su actuación o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente que se encuentre a su cargo. Asimismo, se obliga personalmente por cualquier suma que deba abonar a un damnificado, sus derechohabientes o terceros en razón de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual en la que hubiere incurrido como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las prestaciones comprometidas en el presente.

#### INASISTENCIAS Y LICENCIAS.-

CLÁUSULA DÉCIMA: Se consideran inasistencias justificadas con el correspondiente certificado, las originadas en las siguientes causas:

a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento hasta treinta (30) días anuales.

b) Maternidad tres (3) meses.

c) Paternidad dos (2) días.

En lo referido al receso anual, al BECARIO se le aplicará el régimen de licencias que corresponda según la normativa aplicable por la JURISDICCIÓN donde realice sus actividades.

Toda otra situación será evaluada por el MINISTERIO, quien se reserva el derecho de determinar si se justifica o no la inasistencia respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: Las partes acuerdan que el BECARIO recibirá la suma fija mensual de \$ ..... (PESOS.....) en calidad de Beca de apoyo económico y formación, según ANEXO III.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: En el caso de los no profesionales que se desempeñen en Comunidades Originarias, para asignar la beca se requerirá el aval firmado por la autoridad máxima de dicha comunidad, de acuerdo al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificada por Argentina en el año 1992.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: Queda expresamente pactado que el aporte del MINISTERIO se implementa bajo la modalidad de beca de apoyo económico y de formación, por lo cual queda excluida cualquier configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o servicios por parte del MINISTERIO. Éste no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder o ser necesarios o convenientes para los profesionales contratados o dependientes de la JURISDICCIÓN en cumplimiento de este Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: El BECARIO adoptará, por sí o por terceros, los recaudos suficientes para asumir las responsabilidades que se generen en el desarrollo del Programa, sin reclamo al MINISTERIO.

RESCISION UNILATERAL.-

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: El MINISTERIO se reserva la posibilidad de rescindir el presente Convenio mediante notificación fehaciente a la otra parte con una antelación no menor a los 30 (treinta) días corridos.

RENUNCIA DEL BECARIO.-

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: El BECARIO podrá presentar su renuncia, notificándola por medio fehaciente al MINISTERIO, con una antelación de al menos treinta (30) días corridos.

RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO.-

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: En caso de incumplimiento por parte del BECARIO de las obligaciones a su cargo, el MINISTERIO podrá resolver el presente Convenio sin necesidad de intimación ni interpelación judicial o extrajudicial.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.-

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: 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 de los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal, con asiento en la Ciudad de Buenos Aires, renunciando las partes a cualquier otra jurisdicción que pudiese corresponder.

DOMICILIO CONSTITUIDO.-

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA : El MINISTERIO constituye domicilio en la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, sita en la Av. 9 de Julio N° 1925, piso 11, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el BECARIO, en el domicilio indicado en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen.

VIGENCIA.-

CLÁUSULA VIGÉSIMA: El presente acuerdo estará vigente desde el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_ hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.-

En prueba de conformidad, se firman 2 ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_.

ANEXO I - FALTAS

Serán consideradas faltas, sin perjuicio de las establecidas en el Convenio de Beca precedente, las siguientes causales de incumplimiento y pasibles de sanción por parte del Becario:

a) Mal desempeño, cumplimiento deficitario o negligente de las obligaciones y compromisos asumidos en el Convenio de Beca.

- b) Abandono injustificado del servicio en el Efector asignado.
- c) Inasistencias superiores a 10 días anuales que no estén estipuladas y justificadas como se determina en la cláusula décimo primera del Convenio.
- d) Incumplimiento del horario.
- e) Falta de respeto a la autoridad, integrantes del equipo o de la comunidad.
- f) Incumplimiento de los objetivos del Programa.
- g) Poseer actividades laborales o extra-laborables, en el ámbito privado o público, con o sin remuneración, dentro de los días y horarios informados en el ANEXO II - DDJJ de horarios-.
- h) Violación del secreto profesional o de la reserva necesaria que exijan discreción, así como también revelación de datos personales o peligros epidemiológicos o de información, que hagan al funcionamiento del Efector de Salud o el programa de capacitación, que sean de carácter restringido. Divulgar información confidencial.

En el supuesto de incurrir en las faltas mencionadas en este ANEXO I, el MINISTERIO podrá aplicar algunas de las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento por escrito, con descargo obligatorio
- b) Baja definitiva de la beca.

**ANEXO II - DECLARACIÓN JURADA DE HORARIOS**

Los datos especificados en el presente anexo tienen carácter de declaración jurada. La constatación de datos no fidedignos es motivo de baja del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

Instructivo: Completar con letra clara y en imprenta la siguiente información:

1. PROVINCIA/ JURISDICCIÓN: .....
2. MUNICIPIO: .....
3. APELLIDO (s): .....
4. NOMBRE (s): .....
5. TIPO: DNI/C.I./L.E. N° DOCUMENTO: .....
6. TELÉFONO DE CONTACTO: .....
7. CORREO ELECTRÓNICO: .....

8. Indicar si tiene otra fuente de financiación pública, especificando la modalidad de contratación en cada caso (Ej: Planta transitoria, planta permanente, locación de servicio, etc.) y la carga horaria que figura en el correspondiente contrato.

Marcar con un círculo la respuesta correcta:

MUNICIPAL SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

PROVINCIAL/CABA SI NO Modalidad de contratación: ..... Carga horaria semanal: .....

9. En su caso, detalle la distribución de la carga horaria del contrato especificado en el punto precedente:

LUGAR	DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA					
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

10. Marque con un círculo la modalidad seleccionada para el Programa

<input type="checkbox"/> 30 hs Semanales	<input type="checkbox"/> 15 hs Semanales
--	--

11. EFECTOR DE SALUD Y DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA SELECCIONADA EN EL PUNTO PRECEDENTE:

Completar la franja horaria que cumple según actividad y según día (Ej: Lunes 8- 13 hs). Esta información será utilizada para realizar las auditorías correspondientes. El horario declarado debe ser exclusivo del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas y no debe haber superposición horaria con otro contrato municipal, provincial o de CABA, y/o nacional.

**ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

EFECTOR DE SALUD	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

ESTA FICHA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

FIRMA Y ACLARACIÓN

Las becas correspondientes según el perfil del BECARIO que haya seleccionado la Modalidad 1 (Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	
Profesional Universitario sin Residencia	
Terciario	
Auxiliar de Enfermería	
Agente Sanitario	

Las becas correspondientes según el perfil del BECARIO que haya seleccionado la Modalidad 2 (Cláusula Sexta inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	
Profesional Universitario sin Residencia	
Terciario	
Auxiliar de Enfermería	
Agente Sanitario	

Ministerio de Salud Programa Nacional Salud para los Pueblos Indígenas

Ficha Personal

*Los datos especificados a continuación tienen carácter de **declaración jurada**.*

1. APELLIDO (s): .....
2. NOMBRE (s): .....
3. TIPO:  DNI  C.I.  L.E. N° DOCUMENTO: .....
4. PERFIL ..... ESPECIALIDAD.....
5. FECHA DE NACIMIENTO: .....
6. C.U.I.L.: .....
7. ESTADO CIVIL:  SOLT.  CAS.  DIV.
8. NACIONALIDAD: .....
9. DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL: .....

  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL: .....
  - c. PROVINCIA: .....

10. DOMICILIO ALTERNATIVO: .....

  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL.....
  - c. PROVINCIA: .....

11. TELÉFONO DE CONTACTO.....
12. CORREO ELECTRÓNICO.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

DI-2016-03817050-APN-DD#MS

ANEXO III

CONVENIO DE BECA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y EL REFERENTE JURISDICCIONAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL SALUD PARA LOS PUEBLOS INDIGENAS.-

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el titular de la

Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, ..... DNI ....., en adelante el “MINISTERIO”, con domicilio en Av. 9 de julio n° 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte, y por la otra, el Sr/a ....., D.N.I ..... en adelante el “REFERENTE JURISDICCIONAL”, con domicilio en .....

Ambas partes se reconocen capacidad legal mutua para obligarse y deciden celebrar el presente Convenio de Beca, a tenor de las siguientes cláusulas y condiciones:

**OBJETIVO GENERAL.-**

**CLÁUSULA PRIMERA:** presente Convenio tiene por objeto asegurar, en el marco de la Cobertura Universal de Salud (Decreto N° 908/16 y Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 475/16), el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, a través del otorgamiento de becas financiadas por el MINISTERIO y con capacitación por Universidades y/o el MINISTERIO mediante la realización de capacitaciones permanentes en servicio.

Se entiende por “REFERENTE JURISDICCIONAL” aquella persona encargada de realizar el monitoreo y acompañamiento de los “BECARIOS” y de verificar el fiel cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Convenio.

Se entiende por “BECARIOS” a los profesionales y no profesionales de distintas disciplinas financiados y capacitados por el MINISTERIO en los términos del presente Convenio.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-**

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Los objetivos específicos del presente Convenio son:

1. Monitorear el desempeño de los Becarios en las localidades bajo Programa.
2. Verificar el cumplimiento por parte de los Becarios de las obligaciones asumidas con el MINISTERIO.

**CLÁUSULA TERCERA:** El REFERENTE JURISDICCIONAL recibirá la suma fija mensual de \$..... (PESOS.....) en calidad de beca de apoyo económico y de formación.

**CLÁUSULA CUARTA:** Queda expresamente pactado que el aporte del MINISTERIO se implementa bajo la modalidad de beca de apoyo económico y de formación, por lo cual queda excluida cualquier configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o servicios por parte del MINISTERIO.

**MARCO LEGAL Y GESTIÓN DEL PROGRAMA.-**

**CLÁUSULA QUINTA:** La Resolución N° 1036-E/2016, del Ministerio de Salud de la Nación, el Decreto N° 908/16 y la Resolución N° 475/16, constituyen el marco legal aplicable respecto del Programa Nacional Salud para los Pueblos Indígenas.

El MINISTERIO tendrá a su cargo la gestión general del Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, el cual depende de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, que se encuentra en el ámbito de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria. La Jurisdicción será la encargada de gestionar el Programa a nivel local.

Se entiende por JURISDICCIÓN al organismo sanitario responsable del sistema jurisdiccional de salud de la Provincia de ...../CABA.

**OBLIGACIONES DEL MINISTERIO.-**

**CLÁUSULA SEXTA:** Son obligaciones del MINISTERIO:

1. Transferir los fondos correspondientes a la beca, a una cuenta de titularidad del REFERENTE JURISDICCIONAL.
2. Monitorear el procedimiento de todas las actividades del Programa.
3. Efectuar la evaluación y el monitoreo de las actividades del REFERENTE JURISDICCIONAL.
4. Aplicar apercibimientos y/o bajas de becas, según las normativas del ANEXO I.

**OBLIGACIONES DEL REFERENTE JURISDICCIONAL.-**

**CLÁUSULA SÉPTIMA:** Son obligaciones del REFERENTE JURISDICCIONAL:

1. Concurrir a los Efectores de Salud, a fin de monitorear las actividades de los Becarios.
2. Supervisar el cumplimiento de la carga horaria establecida para los Becarios en el marco del Convenio específico celebrado entre el BECARIO y el MINISTERIO, de acuerdo a la

modalidad que se esté realizando y según lo establecido en la correspondiente cláusula.

3. Participar de las reuniones y capacitaciones que el MINISTERIO determine.

4. Presentar al MINISTERIO el Informe Trimestral de Actividades establecido en el ANEXO II, dentro de los primeros siete días corridos de cada trimestre, a partir de la entrada en vigencia del presente Convenio.

5. Aplicar apercibimientos a los Becarios, con la previa autorización del MINISTERIO, en caso de constatar incumplimiento de sus obligaciones.

6. Diagramar y planificar al menos dos actividades de capacitación anuales, que - involucre a todos los Becarios bajo Programa dentro de su jurisdicción.

**CLÁUSULA OCTAVA:** El REFERENTE JURISDICCIONAL se compromete al cumplimiento de la normativa, reglamentos y disposiciones vigentes, las que declara conocer, y a no divulgar la información confidencial. La infracción a lo anteriormente expuesto será considerada falta grave y causa suficiente para dejar inmediatamente sin efecto el presente acuerdo, sin perjuicio de las acciones civiles y penales, que pudieran corresponder.

**CLÁUSULA NOVENA:** A los efectos del presente, se considera "información confidencial" toda aquella que el REFERENTE JURISDICCIONAL reciba o que llegue a su conocimiento como consecuencia del presente o que guarde relación con actividades, personas, proveedores, procesos, fórmulas, métodos, etc., a los que tenga acceso, ya sea en forma directa o indirecta, durante la vigencia del presente Convenio o después de la finalización del mismo.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** El REFERENTE JURISDICCIONAL se compromete a obrar con la debida diligencia, asumiendo la total responsabilidad por toda consecuencia dañosa derivada de su actuación, o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente Convenio, que se encuentre a su cargo. También se obliga personalmente por cualquier suma que deba abonar a un damnificado, a sus derechohabientes o a terceros en razón de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual en la que hubiere incurrido como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las prestaciones comprometidas en el presente.

**INASISTENCIAS Y LICENCIAS.-**

**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:** Se considerarán inasistencias justificadas con el correspondiente certificado médico de un servicio público de salud, las originadas en las siguientes causas:

a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento (hasta treinta días anuales).

b) Maternidad tres (3) meses.

c) Paternidad (2) días

En lo referido al receso anual, al REFERENTE JURISDICCIONAL le será aplicable el régimen de licencia anual que estipule el MINISTERIO.

Toda otra situación será evaluada por el MINISTERIO, quien se reserva el derecho de determinar si se encuentra justificada o no la inasistencia de que se trate.

**RESCISIÓN UNILATERAL.-**

**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:** El MINISTERIO se reserva el derecho de rescindir el contrato con el REFERENTE JURISDICCIONAL sin expresión de causa, notificando su decisión por medio fehaciente con una antelación no menor a treinta (30) días corridos.

**RESOLUCIÓN POR INCUMPLIMIENTO.-**

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:** En caso de incumplimiento por parte del REFERENTE JURISDICCIONAL de las obligaciones a su cargo, el MINISTERIO podrá resolver el presente Convenio sin necesidad de intimación ni interpelación judicial o extrajudicial.

**RENUNCIA DEL REFERENTE JURISDICCIONAL-**

**CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:** El REFERENTE JURISDICCIONAL podrá presentar su renuncia, debiendo notificarla al MINISTERIO por medio fehaciente, con una antelación no menor a treinta (30) días corridos.

**RESOLUCION DE CONFLICTOS.-**

**CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:** 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, ambas partes se someterán a la jurisdicción de los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal, con asiento en la Ciudad de Buenos Aires, renunciando las partes a cualquier otra jurisdicción que pudiese corresponder.

DOMICILIO CONSTITUÍDO.-

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: El MINISTERIO constituye domicilio en la Dirección Nacional de Atención Comunitaria, sita en la Av. 9 de Julio N° 1925, piso 11, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el REFERENTE JURISDICCIONAL en el domicilio indicado en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen.

VIGENCIA.-

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: El presente acuerdo estará vigente desde el día \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_ hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.-

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2016.

ANEXO 1 - Causales de baja y/o apercibimiento.-

Son causales de baja y/o apercibimiento para el Referente jurisdiccional

- a) Incurrir en mal desempeño, cumplimiento deficitario o negligente de las obligaciones y compromisos asumidos en el Convenio de Beca.
- b) Aplicar apercibimientos, transmitir lineamientos o realizar cualquier otro accionar que influya directamente con el Programa y no cuente con la conformidad del MINISTERIO.
- c) Realizar sus actividades en otro Municipio y/o Jurisdicción sin la conformidad del MINISTERIO.
- d) Registrar inasistencias superiores a diez (10) días anuales que no estén debidamente justificadas como se determina en la cláusula décimo primera.
- e) No cumplir con la presentación de los informes correspondientes en tiempo y forma.  
Revelar información confidencial
- f) Incurrir en actos que impliquen una falta de respeto a la autoridad, a los integrantes del equipo o a la comunidad.
- g) No cumplir con los objetivos del Programa.
- h) Incurrir en violación del secreto profesional, y/o revelación de datos personales o información relativa a peligros epidemiológicos y/o que haga al funcionamiento del Efector de Salud asignado o de la beca, siempre que la misma revista carácter confidencial de acuerdo a los convenios específicos respectivos. Revelar información confidencial.

En el supuesto de incurrir en las causales mencionadas:

- a) En primer lugar, el MINISTERIO solicitará al Referente Jurisdiccional un descargo por escrito que deberá presentar en un plazo de 10 días.
- b) Según lo informado, el MINISTERIO podrá aplicar un apercibimiento previo o dará curso a la baja definitiva.





*Los datos especificados a continuación tienen carácter de **declaración jurada**.*

1. APELLIDO (s): .....
2. NOMBRE (s): .....
3. TIPO:  DNI  C.I.  L.E. N° DOCUMENTO: .....
4. PERFIL ..... ESPECIALIDAD.....
5. FECHA DE NACIMIENTO: .....
6. C.U.I.L.: .....
7. ESTADO CIVIL:  SOLT.  CAS.  DIV.
8. NACIONALIDAD: .....
9. DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL: .....
  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL: .....
  - c. PROVINCIA: .....
10. DOMICILIO ALTERNATIVO: .....
  - a. LOCALIDAD: .....
  - b. CODIGO POSTAL.....
  - c. PROVINCIA: .....
11. TELÉFONO DE CONTACTO.....
12. CORREO ELECTRÓNICO.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

IF-2016-03817228-APN-DD#MS

