

DECRETO ALCALDICIO N° 1126 /

**APROBACIÓN DE CONVENIO PROGRAMA
MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAISFC)**

REQUINOA, 30 ABR 2025

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS:

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2006 y sus posteriores modificaciones.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre procedimientos administrativos.

CONSIDERANDO:

La Resolución Exenta N° 775 del 13.03.2025, del Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, que aprueba Convenio denominado "**PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAISFC)**", suscrito con la I. Municipalidad de Requinoa con fecha 07.02.2025, por un monto de \$6.948.770.-, rige desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

DECRETO:

APRUEBASE Convenio denominado "**PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAISFC)**", por un monto de \$6.948.770.-, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa, rige desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.


LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
SECRETARIA MUNICIPAL


WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE

WVM/LGE/MMN/GBV/cvm
DISTRIBUCION:
Secretaría Municipal
Salud



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/CSF/CAP/13

RESOLUCIÓN EXENTA N°

0775

RANCAGUA,

13 MAR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 26 de febrero 2025, entre este Servicio de Salud O'Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC)", aprobado mediante Resolución Exenta N°02 de fecha 04 de enero de 2021, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 99 del 29 de enero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC)", y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

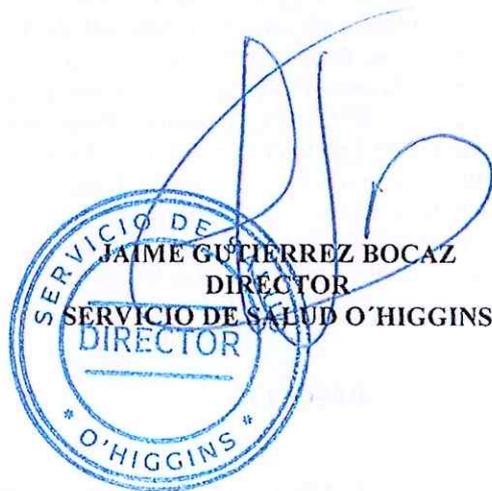
1.-APRUÉBASE, Convenios "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC)", de fechas 26 de febrero de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O'Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
Ilustre Municipalidad Comuna de Chimbarongo	69.090.300-8	Marco Contreras Jorquera
Ilustre Municipalidad Comuna de Doñihue	69.080.600-2	Boris Acuña González
Ilustre Municipalidad Comuna de Litueche	69.091.100-0	Rodrigo Palominos Vidal
Ilustre Municipalidad Comuna de Lolol	69.090.500-0	José Alfredo Román Chávez
Ilustre Municipalidad Comuna de Malloa	69.081.500-1	Luis Manuel Barra Villanueva
Ilustre Municipalidad Comuna de Marchigüe	69.091.300-3	Sebastián Flores Labarca
Ilustre Municipalidad Comuna de Mostazal	69.080.500-6	Verónica Arroyo Arancibia
Ilustre Municipalidad Comuna de Nancagua	69.090.400-4	Anibal Valenzuela Cariz
Ilustre Municipalidad Comuna de Olivar	69.081.400-5	María Estrella Montero Carrasco
Ilustre Municipalidad Comuna de Peralillo	69.091.500-6	Claudio Cumsille Chomali
Ilustre Municipalidad Comuna de Pichidegua	69.081.100-6	Rubén Adolfo Cerón González
Ilustre Municipalidad Comuna de Pumanque	69.090.800-K	Victor Baraona Bezanilla
Ilustre Municipalidad Comuna de Quinta de Tilcoco	69.081.700-4	Sebastián Rodríguez Fuenzalida
Ilustre Municipalidad Comuna de Requínoa	69.081.300-9	Waldo Valdivia Montecinos
Ilustre Municipalidad Comuna de San Vicente de TT	69.081.000-K	Guido Carreño Reyes
Ilustre Municipalidad Comuna de La Estrella	69.091.400-K	Valentín Vidal Rubio
Ilustre Municipalidad Comuna de San Fernando	69.090.100-5	Rodrigo Soto Pavez
Ilustre Municipalidad Comuna de Rancagua	69.080.100-0	Raimundo Agliati Marchant
Ilustre Municipalidad Comuna de Santa Cruz	69.090.600-7	Yamil Ethit Romero
Ilustre Municipalidad Comuna de Rengo	69.081.200-2	Enrique Del Barrio Hernández
Ilustre Municipalidad Comuna de Peumo	69.080.900-1	Fermín Carreño Carreño
Ilustre Municipalidad Comuna de Machalí	69.080.200-1	Juan Carlos Abud Parra

2.- **DÉJASE ESTABLECIDO** que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes

3.- **IMPÚTESE** el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O'Higgins, "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISFC)"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,


SERVICIO DE
JAIME GUZMÁN TIERRERAZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS
DIRECTOR
* O'HIGGINS *

DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.



DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/CSP/CAP/LCC

CONVENIO "PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL ENSALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAISFC)"

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

En Rancagua, a 26 de febrero de 2025, entre el **Servicio de Salud O'Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante "El Servicio"; y la **Ilustre Municipalidad de Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don **Waldo Valdivia Montecinos**, ambos domiciliados en Comercio N° 121 Requínoa, quien en adelante se denominará "La Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N°19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: *"En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49"*.

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el denominado "*Programa de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC)*".

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°02, de fecha 04 de enero de 2021 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°99, del 29 de enero de 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que "La Municipalidad" se compromete a ejecutar.

TERCERO: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

La Reforma sectorial se orienta a consolidar un sistema de salud que tiene como desafío dar una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, asegurando mejores resultados de salud y satisfacción de las personas, con mayor igualdad y con calidad en sus prestaciones. Un sistema exitoso en este desafío es un Sistema de Salud con base en Atención Primaria, donde se refuerza la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud, y al mismo tiempo la instalación de procesos sistemáticos de evaluación de la mejora progresiva de los centros de salud en su global desempeño.

Es así como desde el Ministerio de Salud se ha generado diversa documentación conceptual y metodológica para, en conjunto con los Servicios de Salud, orientar la práctica y transformación de los Centros de Salud hacia la mayor inclusión de la familia y comunidad como la unidad de atención, fundando su quehacer en los principios definidos del "Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria": *integralidad de la atención, continuidad de los cuidados, y centrado en las personas*. Ello cobra especial relevancia en el contexto epidemiológico actual, en donde una de las preocupaciones más relevantes en los últimos años en salud pública se relaciona con la creciente cantidad de personas que coexisten con dos o más condiciones crónicas y que requieren de cuidados integrales y continuos a largo plazo. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, en Chile, 11 millones de adultos de 15 años y más viven con 2 o más condiciones crónicas simultáneamente (70,6%). Dentro de ese grupo, 2,4 millones de personas (17,5%) tienen 5 o más condiciones crónicas, situación que ha experimentado un alza sostenida desde el 2010 al 2017.

2. FUNDAMENTACIÓN

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y el sistema de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

La instalación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en la Atención Primaria, es un proceso que lleva dos décadas, y por lo tanto, exige al sector consolidar las bases y principios que sustentan dicho desarrollo, mediante la actualización programática, la aplicación de instrumentos, que den cuenta del desafío de renovar y profundizar el modelo.

Los Servicios de salud requieren estimular a los establecimientos y entidades administradoras de salud, para incorporar herramientas de mejora continua en la práctica del quehacer del desarrollo del Modelo, que aborden y colaboraren en la disminución de las brechas encontradas en la instalación del mismo y la promoción de actitudes, planes y proyectos tendientes a avanzar en un Modelo ajustado al perfil epidemiológico, demográfico y a las realidades locales y comunitarias donde se emplaza el centro de salud.

Necesitamos insistir en posicionar a las personas, en el centro de la toma de decisión, reconociéndolas como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, a fin de otorgar una atención integral y con continuidad en el cuidado.

Dado que una proporción importante de la población chilena vive en situación de cronicidad, la que se agrava, progresivamente, por el sostenido aumento del envejecimiento poblacional. Aquellas personas lidian con el empeoramiento de su calidad de vida, con mayor mortalidad, con mayor polifarmacia, con una alta carga económica, con una mayor tasa de eventos adversos y mayor uso de servicios de salud primario y secundario. Se busca que las personas con condiciones crónicas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en las personas, conforme su nivel de riesgo, que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores, haciéndoles, a los mismos, activos en sus procesos de salud.

El cambio requiere privilegiar una visión integral con el foco en las personas y no fragmentada por las condiciones crónicas que estas puedan poseer. Implica que los cuidados de salud deben ser colaborativos y consensuados con las personas, integrales considerando todas las dimensiones que definen a las personas, considerando mayor tiempo de consulta para comprender las necesidades de salud de las personas y para activarlas hacia un mejor manejo de sus condiciones crónicas.

3. PROPÓSITO

Contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, Postas, CECOSF y Hospitales Comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa se encuentra articulado con las actualizaciones presentadas en el documento "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario" dirigido a equipos de salud, elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. En ese sentido, este programa se constituye una estrategia para profundizar la implementación del Modelo, promoviendo el quehacer, los métodos, los conocimientos y las artes de los equipos de salud locales y comunales, dirigidas tanto a la disminución de brechas como a la renovación creativa de acciones, permitiendo hacer mejoras continuas desde lo local y desde lo que los actores involucrados en la gestión de la atención primaria requieren. De ese modo, se pretende progresar en la materialización de los principios fundamentales que definen al Modelo - Continuidad de los cuidados, Centrado en la persona e Integralidad- señalando que a nivel local los indicadores evaluados en el instrumento deben tener la pertinencia cultural correspondiente.

5. OBJETIVO GENERAL

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada mediante el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
- b) Realizar mejoras en base a las brechas identificadas y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitario en los Establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- c) Implementar el cuidado integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

7. COMPONENTES

Componente N° 1:

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

La aplicación del instrumento de autoevaluación por parte de los establecimientos se efectuará anualmente. La certificación por parte del Servicio de Salud tendrá una vigencia de 3 años, pudiendo efectuarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.

- En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su preevaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- El centro de salud y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a tres años (de acuerdo a lo que dure la vigencia de certificación) para la implementación del modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.
- Las evaluaciones y preevaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa.

Componente N° 2:

Implementar un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Estrategias:

- Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/Comunidad).
- Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

Componente N° 3:

Implementar el cuidado Integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estado de riesgo, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Estrategias:

- Estratificación según riesgo de la población de 15 y más años beneficiaria de Atención Primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas, G3 con 5 o más condiciones.
- En los CESFAM definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de caso entre otros.
- En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, plan de cuidado colaborativo, Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.
- Para la población sin condición crónica o aún no diagnosticada se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatoria al daño.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

Componente 1

- Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.
- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal.
- Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Componente 2

- Planes de mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Evaluación de los avances planificados.

Componente 3

- Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.
- Población estratificada según riesgo.
- Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos.
- Equipo de salud con actualización de conocimientos.
- Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar la eficacia y efectividad de sus objetivos.

La evaluación se realizará conforme a la programación anual de las actividades para cada componente que el Servicio de Salud, de acuerdo con las Orientaciones Técnicas del Programa. Dicha programación debe correlacionarse con los convenios suscritos con las comunas y/o establecimientos dependientes y se debe completar en un archivo Excel enviado desde la División de Atención Primaria.

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

-**La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 de abril y tendrá relación con la verificación de convenios firmados. Para esto, cada encargado de Programa en el Servicio de Salud deberá informar, a más tardar el 16 de mayo del año en evaluación, el número y porcentaje de los convenios firmados que están en la plataforma web de finanzas, registrando número de resolución y fecha y especificar las razones cuando el porcentaje sea menor al 100%.

-**La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 29 de agosto del año en curso. De acuerdo con los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 12 de septiembre, el informe consolidado de cumplimiento por componente, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que correspondan para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, juntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60% comprometido para la fecha de corte. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

Con relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

-La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas. Los *Servicios de Salud* deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de febrero del año siguiente, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del programa, que considere:

- ✓ Cumplimiento a diciembre por componente y global
- ✓ Síntesis cualitativa del desarrollo del programa a nivel local, con los principales resultados del proceso, conclusiones y principales desafíos

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas para recibir el total de recursos anuales del presente programa, se entiende que el no cumplimiento a la fecha de corte definido conlleva la reliquidación del programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna o establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo. El Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podrá solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

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

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa.

El siguiente cuadro indica el porcentaje de descuento en relación al cumplimiento de las Metas:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

De acuerdo al cuadro anterior, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la segunda evaluación (corte al 31 de agosto del año correspondiente), podrán optar a la reasignación de recursos.

El excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con el total de prestaciones comprometidas en el corte evaluado.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes que reciben recursos adicionales como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso para ejecutar dichos recursos.

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del programa y de cada uno de sus componentes, en las fechas establecidas para ello, usando los registros regulares existentes.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, definiendo pesos relativos por indicadores.

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3		Peso relativo SIN componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento	CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y /o autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	Numerador : Nº de centros de salud de la comuna autoevaluados y /o evaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente Denominador: Nº de Centros de Salud autoevaluados y comprometidos a evaluar sin certificación vigente	100% de los centros de salud con aplicación del instrumento definido.	“Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria” aplicado al centro de salud	Este indicador solicita Autoevaluación anual para todos los centros de salud primarios Este indicador solicita Certificación cada 3 años de los centros primarios comprometidos a evaluar sin certificación vigente El peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador	Este indicador solicita Autoevaluación anual para todos los centros de salud primarios Este indicador solicita Certificación cada 3 años de los centros primarios comprometidos a evaluar sin certificación vigente. El peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso	Dicotómico	Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios.	15%	25%	15%	30%



Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3		Peso relativo SIN componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento	CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
Componente 2 Implementar, plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: N° de actividades del plan de mejora realizadas, según cronograma. Denominador: N° de actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	25%	35%	65%	70%

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo CON componente 3		Peso relativo SIN componente 3	
					CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento	CON aplicación instrumento	SIN aplicación instrumento
Componente 3. Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos según nivel de estratificación	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador
	Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral	Numerador N° de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que	100% de los ingresos con plan de cuidado integral	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador

	consensua do	cuentan con plan de cuidado integral consensua do						
		Denomina dor Nº total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto						

CUARTO: De los recursos financieros. El Ministerio de Salud, a través de "El Servicio", conviene en asignar a "La Municipalidad", la suma de \$6.948.770 (seis millones novecientos cuarenta y ocho mil setecientos setenta pesos), para la comuna de Requínoa, con el objeto de financiar recurso humano, materiales e insumos y capacitación, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.

Realizar distribución de recursos financieros, proporcional a la población entre el Cesfam y Las Postas de Salud rural de la comuna. Esta distribución debe estar plasmada en el plan de mejora de cada uno de los establecimientos, lo que se revisará en la plataforma (maisfamiliarcomunatario) y con los referentes locales.

Por su parte, "La Municipalidad" se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Comuna	Establecimientos	Meses de operación	Total de recursos año 2025
Requínoa	Cesfam Requínoa	12	\$6.948.770.-
	PSR El Abra		
	PSR Totihue		
	PSR Los Lirios		

Detalle financiero:

D)- GASTO ANUAL RRHH PARA APOYO EN MAISFC Y ECICEP:	\$6.948.770.-
RRHH para extensión horaria y/o modalidad de compras de servicios, con funciones claramente definidas y asociadas al MAISFC y ECICEP: llenado de cartolas familiares, atenciones ECICEP, VDI, trabajo comunitario.	
II)- GASTOS ANUAL MATERIALES E INSUMOS COHERENTE CON EL PLAN DE MEJORA:	
ART. DE LIBRERÍA, hojas, carpetas, lápices, etc. Cantidad acorde al trabajo desarrollado.	
EQUIPAMIENTO COMPUTACIONAL	
EQUIPAMIENTOS CLÍNICOS: tallímetro, pesas, toma de presión, asociado a controles de salud.	

ESTÍMULOS PARA USUARIOS Y/O FAMILIA: acorde a evento promocional, corrida, cicletadas: agua, visera, fruto, frutos secos.	
OTROS EQUIPAMIENTOS: silla, escritorio, toldos, ventilador, estufa.	
MATERIALES DE DIFUSIÓN: pendones, mapa territorial, afiches, etc.	
IMPLEMENTOS DE APOYO AL PLAN DE CUIDADO INTEGRAL: Medicina Complementaria, Medicina Mapuche, Salud Mental, etc.	
III)- GASTOS ANUAL EN ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN:	
CAPACITACIONES, según necesidad y basado en las exigencias de la pauta de certificación MAISFC.	

***Tener presente que los gastos que realiza la comuna están sujetos al criterio de priorización de requerimientos (instructivo de gastos), asociado a la autoevaluación y al plan de mejora.**

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **“El Servicio”** a **“La Municipalidad”** en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en el mes de octubre del presente año 2025, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por **“La Municipalidad”**.

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, *“En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior”*. En consecuencia, **“El Servicio”** no otorgará nuevos recursos mientras **“La Municipalidad”** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: **“El Servicio”** podrá requerir a **“La Municipalidad”**, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, **“la Municipalidad”** deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que *“Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas”*. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que *“Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple”*. Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **“La Municipalidad”**, está obligado a enviar a **“El Servicio”** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **“La Municipalidad”**, quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, “El Servicio” solo revisara rendiciones a través de SISREC.
- b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
- c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f. Ante un gasto observado por parte del Servicio, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, “El Servicio” quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. “El Servicio” estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando “La **Municipalidad**” ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso “La **Municipalidad**”, deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

SÉPTIMO: “El Servicio” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si “La **Municipalidad**” se excede de los fondos destinados por “El Servicio” para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de “La **Municipalidad**” velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los establecimientos de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, “El Servicio”, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsables técnicos y supervisores del Programa a las funcionarias doña Cecilia Aravena Pereira y Lorena Labraña Cabalín y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La Municipalidad" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, "El Servicio" conjuntamente con "La Municipalidad", deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, "El Servicio" podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por "La Municipalidad", y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constanding además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por los centros de salud de la comuna referidos en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior "El Servicio" podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de "La Municipalidad" de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a "La Municipalidad", otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, "La Municipalidad" deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "anualidad presupuestaria".

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive.

Prorrogado el presente convenio, “El Servicio”, deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O’Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el período de vigencia “La Municipalidad” deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, “El Servicio” realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que “*Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas*”, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: “*Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos*”, ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a “El Servicio”, y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de “La Municipalidad”, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos.

DÉCIMO TERCERO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O’Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de Alcalde, consta de Decreto Alcaldicio N° 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.



DÉCIMO CUARTO

Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO QUINTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "La Municipalidad"; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y copia digitalizada en "El Servicio".




JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS




* WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA