

CONVENIO DE DESEMPEÑO

INTRODUCCION:

El convenio de desempeño debe ser formulado teniendo en consideración una diversidad de Instrumentos y la concordancia existente entre ellos. En este sentido los convenios de desempeño del Alto Directivo Público deben necesariamente estar alineados, desde un punto de vista gubernamental, con la programación ministerial y las prioridades establecidas por el gobierno. Pero al mismo tiempo, deben estar en concordancia con la misión institucional, objetivos estratégicos y productos relevantes del servicio, sus sistemas de planificación, presupuestos, programas de mejoramiento de la gestión y convenios de desempeño colectivos.

ANTECEDENTES GENERALES

NOMBRE	DR. FRANCISCO AZÓCAR ZUBICUETA
CARGO	DIRECTOR HOSPITAL BASE DE LINARES
INSTITUCIÓN	SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
DEPENDENCIA DIRECTA DEL CARGO	DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
PERIODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO	01 DE AGOSTO 2008 HASTA EL 31 DE JULIO DE 2011

FECHAS DE EVALUACIÓN DEL PRESENTE CONVENIO

PRIMERA EVALUACIÓN	01 DE AGOSTO 2009
SEGUNDA EVALUACIÓN	01 DE AGOSTO 2010
TERCERA EVALUACIÓN	01 DE AGOSTO 2011
EVALUACIÓN FINAL	01 DE AGOSTO 2011

II. CONVENIO DE DESEMPEÑO DEL DIRECTIVO

En esta sección se deberán consignar los compromisos que suscribe el directivo con su superior durante su período de gestión. Deben ser especificadas las metas por año de gestión.

AÑO 1 (Desde el 01 de agosto 2008 hasta el 31 de Julio de 2009)

META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria					
PONDERACION : 30%					
N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Puesta en marcha del 100% de CR. Finales definidos.	10%	No de CR Finales en funcionamiento No Total de CR. Finales definidos.	-Contrato Programa del CR. con la Dirección.	Disponibilidad de sistemas de información.
2	Instalar Sistema de Atención Progresiva	10%	No camas manejadas centraliz. Total de camas del hospital	-Existencia de prof. responsable. -Sistema de registro de manejo de cama centralizado funcionando	
3	Cumplimiento de 100% de garantías de tratamiento en pacientes con patologías GES	5%	No pacientes GES, con garantías cumplidas de tratamiento Total de pacientes GES con indicación de tratamiento	SIGGES	
4	Implementar las estrategias de Hospital Amigo	5%	No Estrategías Hosp. Amigo implementadas Total de estrategia Hospital amigo requeridas por el MINSAL		
SUBTOTAL		30%			

META No 2 Generar un óptimo desarrollo en la ejecución Presupuestaria de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión.

Ponderación: 30%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al ppto. Autorizado y flujo presentado.	10%	<p>1er. Trimestre con desviación de un 10% del Presupuesto y flujo = 100% cumplimiento.</p> <p>2do. Trimestre con desviación de hasta un 15% del Presupuesto. Y flujo = 80% cumplimiento.</p> <p>3er. Trimestre con desviación de hasta un 15%, no cumplido.</p> <p>4to. trimestre con desviación de hasta 10%, no cumplido.</p>	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	<p>1. Plan de Compras e Invers. debe ajustarse a presupuesto.</p> <p>2. Niveles de gasto e los Subt. 22, 21 y 29 deben ajustarse a presupuesto.</p>
2	Mantener operativo el Establecimiento durante la ejecución del proyecto "Normalización Pabellones Quirúrgicos – Hospital Base de Linares".	10 %	Nº de intervenciones quirúrgicas semanales durante la ejecución del proyecto v/s Nº de intervenciones semanales históricas	Reporte oficina bioestadística DSSM	Se acepta un Máximo de un 10% de disminución
SUBTOTAL		30%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 9, en Anexo Meta No 2	Reporte COMGES Según Web.	

META No 3 Conformar y Fortalecer el área de Gestión de las Personas en el proceso de la Implementación del Nuevo Modelo de Gestión.

Ponderación: 20%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Sup. Básicos
1	Conformar el equipo de gestión en función de la implementación de los cambios	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de estructura de gestión 2. Provisión de cargos directivos y competencias. 3. Programa trienal de fortalecimiento del equipo directivo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organigrama y funciones 2. Perfiles por competencias, resoluciones de provisión de cargos y/o encomendación de funciones. 3. Programa de trabajo, de capacitación equipo directivo (Activ de capacitación – acompañamiento) 	
2	Fortalecer la estructura y funcionamiento del área de RR.HH.	5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración de funciones del área de RR.HH. 2. Disminución de brechas de competencias técnicas y sociales en el área de RR.HH. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución que aprueba estructura y manual de organización y funciones. 2. Resolución de nuevas contrataciones y/o reconversión de cargos. 	
3	Capacitación y desarrollo de los RRHH. Del establecimiento en función de la consolidación de los cambios estratégicos.	5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración del Plan de capacitación trienal en forma participativa. 2. PAC alineado con Plan Estratégico y las prioridades del establecimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución actualizada de Comité Bipartito Capacitación Ley 18.834 y Comité Capacitación Ley 19.664. 2. Acta de aprobación Plan de ambos comités 3. Docto. Plan de capacitación trienal. 4. Resolución aprobatoria plan. 5. Difusión Plan 6. Elaboración PAC anual. 7. Resolución PAC anual 8. Informe de la U. de Capacitación sobre lineamiento, PAC, Plan Estratégico y prioridades. 	
SUBTOTAL		20%			

META N° 4

Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaría

Ponderación: 20%

N°	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1.	Gestionar los reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<p>1. No reclamos GES respondidos No reclamos GES recibidos Meta 1º año: 90% de los reclamos GES respondidos en plazo legal</p> <p>2. No recl. universales respondidos No total reclamos recibidos Meta 1º año: 90% de reclamos universales respondidos en plazo legal</p>	<p>1. Informe estadística mensual</p> <p>2. Monitoreo FONASA</p> <p>3. Pauta de Supervisión SSM.</p>	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<p>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Director. Meta 1º año: Consejo Consultivo activo c/asistencia de Director al 80% de las reuniones.</p> <p>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios. Meta 1º año: Carta de Deberes y derechos elaborada</p>	<p>1. Resolución que lo crea y acta de constitución del consejo.</p> <p>2. Reglamento interno</p> <p>3. Copia acta reuniones del Consejo.</p> <p>4. Calendario de reuniones.</p> <p>5. Documento con carta de Deberes y Derechos aprobada.</p>	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<p>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria. Meta 1º año: Aplicación de la encuesta de satisfacción usuaria.</p>	Informe con resultados de la aplicación.	Recibir modelo encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL
SUBTOTAL		20%			

AÑO 2 (Desde el 01 de agosto 2009 hasta el 31 de Julio de 2010)

META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria					
PONDERACION : 30%					
N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	100% program. de actividades asistenciales en función de la demanda, por C.R.	10%	No de actividades programadas en función de la demanda por CR No de actividades demandadas al CR.	- Cálculo de demanda por especialidad - Documentos de programación	100% programación de actividades en función de la demanda
2	100% camas indiferenciadas, manejadas centralizadamente y categorizadas según riesgo dependencia.	10%	No camas indiferenciadas manejadas centralizadamente Total camas indiferenciadas del hospital No de camas categorizadas Total de camas ocupadas No camas indiferenciadas / total de camas	Sist. De registro de manejo de cama centralizada funcionando Registro de categorización (REM) Existencia Resol. Determinando camas indiferenciadas	
3	Cumplimiento de 100% de garantías de tratamiento a pacientes con patologías GES	5%	No pacientes Ges con garantías de tratamiento cumplidas No total de pacientes GES con indicación de tratamiento	SIGGES	
4	50% C.R. y Unidades Clínicas miden satisfacción usuaria, relativas a estrategias Hospital Amigo	5%	No de C.R. y Unidades Clínicas que miden satisfacción usuaria de estrategia Hospital Amigo / Total C.R. y unidades clínicas con estrategias Hospital amigo implementadas	Resultados de medición de satisfacción usuaria.	
SUBTOTAL		30%			

META No 2 Generar un óptimo desarrollo en la ejecución Presupuestaria, de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión

Ponderación: 30%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al presupuesto Autorizado y flujo presentado.	10%	1er. Trimestre con desviación de un 10% del Ppto y flujo = 100% cumplimiento. 2do. Trimestre con desviación de hasta un 15% del Ppto. y flujo = 80% cumplimiento. 3er. Trimestre con desviación de hasta un 15%, no cumplido. 4to. trimestre con desviación de hasta un 10%, no cumplido.	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	1. Plan de compras e inversiones debe ajustarse a presupuesto. 2. Niveles de gasto e los Subt. 22, 21 y 29 deben ajustarse a presupuesto.
2	Mantener la operatividad del Estab. durante la ejecución del proyecto "Normalización Pabellones Quirúrgicos - Hospital Base de Linarés"	10%	No de intervenciones semanales durante la ejecución del proyecto v/s No de intervenciones semanales históricas	Reporte de la unidad bioestadística de la DSSM	Contar con los recursos financieros del proyecto de acuerdo a programación Físico-financiera.
Compromiso de Gestión No9: "uso eficiente de recursos"		10%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 9, en Anexo Meta No 2.	Reporte COMGES Según Web.	
SUBTOTAL		30%			

META No 3 Fortalecer y consolidar el área de Gestión de las Personas de acuerdo al nuevo modelo de Gestión

Ponderación : 20%

No	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Fortalecer el Equipo Directivo	10%	Programas de Fortalecimiento del equipo Directivo	*Programa de Trabajo. *Instancias internas de coordinación y participación *Programa de capacitación del Equipo (Actividad de capacitación acompañamiento.)	de
2	Consolidar el funcionamiento del área de Recursos Humanos	5%	1. Elaboración de un Plan de Trabajo del área de RR.HH. que considere mejoramiento de procesos y calidad de información en función de la implementación de los C.R. 2. Ejecución Plan de Trabajo del área de RR.HH.	*Documento que establezca información básica del área de RR. HH. por C.R. *Reporte de la información requerida por los C.R. *Auditoría del SIRH. *Flujograma de procesos revisados	Sistema de información operativos.
3	Capacitación de desarrollo de los RR.HH. Establecimiento en función de la consolidación de los cambios estratégicos	5%	1. Revisión y monitoreo del Plan de Capacitación Trienal 2. Ejecución del 40% del PAC a julio del 2010. 3. PAC alineado a las prioridades del Establecimiento	*Actas de funcionamiento de comités de capacitación Ley 19.664 y 18.834 *Diagnóstico de capacitación asociado a carrera funcionaria Ley 19.664 y Ley 18.834. *Reporte SIRH	Sistema de información operativos.
SUBTOTAL		20%			

META No 4

Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaria

Ponderación: 20%

Nº	Objet. de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1.	Gestionar un 100% de reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<p>1. No reclamos GES respondidos No reclamos GES recibidos Meta 2º año: 95% de los reclamos GES respondidos en el plazo legal.</p> <p>2. No recl. universales respondidos No total reclamos recibidos Meta 2º año: 95% de los reclamos universales respondidos en el plazo legal.</p>	<p>1. Informe estadística mensual</p> <p>2. Monitoreo FONASA</p> <p>3. Pauta de Supervisión SSM.</p>	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<p>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Director. Meta 2º año Consejo Consultivo activo c/plan de trabajo y calendario de reuniones c/asistencia del Director al 85% de las reuniones.</p> <p>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios. Meta 2º año: Carta de Deberes y Derechos difundida.</p>	<p>6. Copia acta reuniones del Consejo.</p> <p>7. Plan de trabajo y cronograma de actividades del Consejo.</p> <p>8. Calendario de reuniones.</p> <p>9. Copia publicación o grabación en medio de difusión local.</p>	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<p>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria. Meta 2º año: Aplicación de la encuesta con plan de mejora.</p>	Informe de resultados con Plan de mejora	Recibir modelo encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL
SUBTOTAL		20%			

AÑO 3 (Desde el 01 de agosto 2010 hasta el 31 de Julio de 2011)

META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria

PONDERACION : 30%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Gestión de los cuidados de enfermería con criterios de eficiencia, calidad y efectividad.	10%	Existencia de Indicadores de calidad, eficiencia y efectividad en uso, relativo a gestión de cuidados.	- Documentos de monitoreo, evaluación y tendencias.	
2	Cumplimiento de 100 % de garantías de tratamiento en pacientes con patologías GES.	10%	No de pacientes Ges con garantías cumplidas / No total de pacientes GES del establecimiento	SIGGES	
3	100% C.R. Y Unidades Clínicas miden satisfacción usuaria, relativas a estrategias Hospital Amigo.	10%	No de C.R. y Unidades Clínicas que miden satisfacción usuaria de estrategia Hospital Amigo / Total CR y Unidades Clínicas con estrategias de Hospital amigo implementadas	Resultados de medición de satisfacción usuaria.	
SUBTOTAL		30%			

META No 2 Generar un óptimo desarrollo en la ejecución Presupuestaria, de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión.

Ponderación: 30%

N°	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al presupuesto. Autorizado y flujo presentado.	20%	<p>1er. Trimestre con desviación de un 10% del Presupuesto y flujo = 100% cumplimiento.</p> <p>2do. Trimestre con desviación de hasta un 15% del Presupuesto y flujo = 80% cumplimiento.</p> <p>3er. Trimestre con desviación de hasta 15 % no cumplido.</p> <p>4to. trimestre con desviación de hasta el 10 % no cumplido.</p>	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	*Plan de compras e inversiones debe ajustarse a presupuesto. *Niveles de gasto e los Subt. 22, 21 y 29 deben ajustarse a presupuesto.
2	Compromiso de Gestión No9: "uso eficiente de recursos"	10%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 9, en Anexo Meta No 2.	Reporte COMGES Según Web.	
SUBTOTAL		30%			

META No 3 Fortalecer y Consolidar el área de Gestión de las Personas de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión.

Ponderación: 20%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Evaluar funcionamiento de Equipo y diseñar estrategia de intervención consistente con resultado de la evaluación.	10%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación funcionamiento Equipo Directivo y de Gestión del Hospital y estrategia de consolidación del Equipo. 2. Evaluación funcionamiento instancias de participación del Establecimiento y estrategia de Fortalecimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Evaluación y Estrategia de Consolidación del Equipo. 2. Informe de Evaluación de las Instancias de Participación. 	Comité Técnico Administrativo, operativo, quien realiza difusión y sanciona.
2	Consolidar el funcionamiento del área de RR.HH.	5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación instrumento de evaluación de la gestión de RR.HH. a C.R. 2. Diseño e implementación de estrategias de intervención. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumento de Evaluación de la gestión de RR.HH. a C.R. 2. Informe consolidado resultado aplicación instrumento de evaluación. 	Comité Técnico Administrativo, operativo, quien realiza difusión y sanciona.
3	Capacitación y desarrollo de los RRHH. en función de la consolidación de los cambios estratégicos.	5%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión y monitoreo del Plan de Capacitación trienal. 2. Ejecución del 50% de PAC a Julio de 2011. 3. PAC alineado a las prioridades del establecimiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actas de funcionamiento de Comités de Capacitación Ley 19.664 y Ley 18.834 2. Reportes SIRH. 	Comités de Capacitación operativos
SUBTOTAL		20%			Sistema de información operativos

META N° 4

Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaría

Ponderación: 20%

N°	Objet. resultado	Pond	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Gestionar un 100% de reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<p>1. No reclamos GES respondidos No reclamos GES recibidos Meta 3º año: 100% de los reclamos GES respondidos en el plazo legal.</p> <p>2. No recl. universales respondidos No total reclamos recibidos Meta 3º año: 100% de los reclamos universales respondidos en el plazo legal.</p>	<p>1. Informe estadística mensual</p> <p>2. Monitoreo FONASA</p> <p>3. Pauta de Supervisión SSM.</p>	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<p>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Director. Meta 3º año: Consejo Consultivo activo c/plan de trabajo evaluado c/asistencia del Director al 90% de las reuniones.</p> <p>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios. Meta 3º año: evaluar grado de conocimiento de la carta entre los usuarios y funcionarios.</p>	<p>10. Copia acta reuniones del Consejo.</p> <p>11. Plan de trabajo y cronograma de actividades del Consejo.</p> <p>12. Calendario de reuniones.</p> <p>13. Informe con resultados de encuesta ó evaluación realizada a usuarios y funcionarios.</p>	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<p>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria. Meta 3º año: Aplicación de encuesta, con plan de mejora y evaluación plan de mejora del año anterior.</p>	<p>Informe con sistematización de resultados, plan de mejora y evaluación del Plan de mejora</p>	<p>Recibir mod. encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL</p>
SUBTOTAL		20%			

ANEXO META N° 2

Objetivo N° 1, " Uso Eficiente de Recursos"

Compromiso de Gestión 09

Transparencia, Eficiencia y Modernización en el Uso de Recursos

Objetivo Estratégico: Fortalecer la red asistencial pública, para responder de forma oportuna y con calidad, otorgando una atención integral de salud a la población, en un proceso de garantías crecientes.

Objetivo General: Avanzar en la Transparencia, Eficiencia y Modernización en el uso de recursos físicos, humanos y financieros de la Red Asistencial

Objetivo Especifico	Indicador	Fórmula de Cálculo
9.1 Impulsar la utilización del Programa Financiero en los Servicios de Salud como herramienta de gestión financiera para planificar, gestionar y controlar los niveles de ingresos y gastos relacionándolo con la producción	9.1.1 Programa Financiero del Servicio de Salud año 2008 entregado dentro del plazo requerido	(Programa Financiero Servicio de Salud Año 2007 entregado al corte trimestral (31 Marzo, 30 Junio y 30 Septiembre))*100
9.2 Impulsar la utilización del Programa Financiero en los Establecimientos y Dirección de los Servicios de Salud como herramienta de gestión financiera para planificar, gestionar y controlar los niveles de ingresos y gastos relacionándolo con la producción	9.2.1 Programa Financiero para cada Establecimiento(Tipo 1, 2, 3 y 4) y Dirección del Servicio año 2008 entregado dentro del plazo requerido	Programa Financiero para cada Establecimiento (Tipo 1, 2, 3 y 4) y Dirección Servicio Año 2008 entregado antes del corte trimestral (31 Marzo, 30 Junio, 30 Septiembre)*100
9.3 Optimizar y Controlar el Gasto en Personal, Bienes y Servicios de Consumo y Adquisición de Activos No Financieros	9.3.1 Porcentaje de variación entre el marco de gasto comprometido para subtitulo 21, 22 y 29 y el gasto real devengado para cada subtitulo	(Marco Comprometido - Gasto Real Devengado en cada subtitulo / Gasto Real Devengado en cada subtitulo)*100
9.4 Gestionar en forma eficiente los recursos del Servicio, manteniendo un control de los saldos de caja	9.4.1 Informe Disponibilidad neta de caja entregado dentro del plazo requerido	Informe Disponibilidades Netas de Caja del Servicio de Salud Año 2008 entregado antes del 10 del mes siguiente al corte trimestral (10 Abril 2008, 10 Julio 2008, 10 Octubre 2008 y 10 Enero 2009)*100
9.5 Controlar la Antigüedad de la Deuda Total de los Servicios de Salud	9.5.1 Porcentaje de Concentración de la Deuda Total entre 0 y 45 días/TD>	(Deuda Total concentrada entre 0 y 45 días / Deuda Total)*100

III. APOYO DEL SUPERIOR

Indicar y describir los apoyos que el Jefe del Directivo involucrado en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

- 1) Realizar Gestiones con el objeto de disminuir brechas de Recursos Humanos.
- 2) Definición por parte del Gestor de Red de la Cartera de Servicio de cada Establecimiento Autogestionado en Red de acuerdo a su grado de complejidad.
- 3) Política de Recursos Humano del Servicio de Salud del Maule que apoye la formación de especialistas de acuerdo a nuestras necesidades.
- 4) Apoyo de la Unidad de Recursos Físicos en Proyecto de Normalización de Pabellones Quirúrgicos en cuanto a infraestructura y adquisición de equipamiento.
- 8) Apoyo de Equipo Técnico de la Dirección de Servicio a la Estructuración y fortalecimiento del área del Recursos Humanos del Establecimiento.

IV. FACTORES EXTERNOS

En la medida que sea relevante, indicar y describir los principales factores externos que eventualmente pueden afectar el cumplimiento del convenio de Desempeño y que se consideraran previsibles.

- 1) Situación financiera del país.
- 2) Migración e insuficiente cantidad de Profesionales.
- 3) Eventuales catástrofes-y/o emergencias sanitarias.

FIRMA DIRECTIVO DR. FRANCISCO AZOCAR ZUBICUETA

**CARGO DIRECTOR HOSPITAL BASE DE LINARES
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE**

FIRMA SUPERIOR DIRECTIVO DR. RODRIGO IRAGUEN FUENZALIDA

**CARGO DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE**

