

DIRECCION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL  
OFICINA DE PARTES  
14 MAYO 2010  
N° DE INGRESO 560-E-1784



GOBIERNO DE  
**CHILE**  
MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE.  
DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN  
ESTADÍSTICA DE SALUD.  
ERU/BDG/46  
Orc. Int. N° 21

OF. ORD: N° 478

ANT.: Artículo sesenta y dos de la ley N° 19.882, sobre normas relativas al convenio de desempeño, segundo nivel jerárquico.

MAT.: Remite Convenio de Desempeño suscrito, conforme a lo dispuesto en el art. 61 de la Ley 19.882.

ANGOL, 5 DE Mayo de 2010.

DE ENRIQUE RUSSELL URZÚA.  
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE.

A DIRECTOR NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL.

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 62 de la Ley N°19.882, vengo en remitir a Usted, la Resolución Toma de Razón N° 1442. del 12 de Noviembre de 2009 mediante la cual se designa al Sr. Luis Felipe Uribe Rivera en el cargo de Director del Hospital de Traiguén, por un período de tres años a contar del 01 de enero de 2010 y hasta el 31 de diciembre de 2012.

La Resolución Toma de Razón N° 87 del 20 de enero de 2010 mediante la cual se designa al Sr. Carlos Fernando Rojas Stubing en el cargo de Director de Atención Primaria del Servicio de Salud Araucanía Norte por un período de tres años a contar de 01 de febrero de 2010 y hasta el 31 de marzo de 2013.

Informo además de que las Resoluciones Toma de Razón de los Altos Directivos Públicos Sr. Adolfo Lobos Senoceain que asume el cargo de Subdirección Administrativa y Financiera del Servicio de Salud Araucanía Norte y de la Sra. Marta Villegas Cortéz en el cargo de Directora del Hospital de Victoria se encuentran en tramitación en la Contra General de la República.

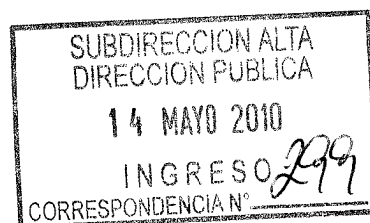
Se adjunta lo informado además de un CD con la información señalada y los convenios de desempeño. Lo anterior se envía a Ud. para su conocimiento y registro.

Sin otro particular, le saluda atentamente a

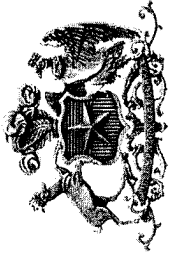
Ud.



ENRIQUE RUSSELL URZÚA.  
DIRECTOR(S)  
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE.



Distribución:  
La indicada  
Oficinas de Partes SSAN  
Control de Gestión SSAN



Gobierno de  
**CHILE**  
Ministerio de Salud  
Servicio de Salud  
Araucanía Norte



Gobierno de  
**CHILE**  
Dirección Nacional  
del Servicio Civil

### I. Antecedentes Generales

Nombre	LUIS FELIPE URIBE RIVERA
Cargo	DIRECTOR HOSPITALO DINO STAGNO DE TRAIGUÉN
Institución	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE
Fecha nombramiento	1 DE ENERO DE 2010
Dependencia directa del cargo	Director de Servicio de Salud Araucanía Norte
Período de desempeño del cargo	01 / 01 / 10 AL 31 / 12 / 12

Fecha evaluación 1er año de gestión	31-12-2010
Fecha evaluación 2do año de gestión	31-12-2011
Fecha evaluación final	31-12-2012

**COMPROMISO DE DESEMPEÑO**

Objetivo 1: DESARROLLAR GESTION DE HOSPITAL COMUNITARIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA USUARIOS. Ponderación: 36%						
INDICADORES						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta/ Ponderador año.1	Meta/ Ponderador año.2	Meta/ Ponderador año.3	Medios de Verificación	Supuestos
Existencia de plan estratégico del Hospital de Traiguen alineado respecto a SSAN y Minsal (Min. SI / NO. trienal).	Plan estratégico formulado localmente y aprobado por Dirección de Servicio =	100%			Resolución y documento de formulación plan estratégico.	Dirección de Servicio SSAN entrega formalmente su Plan estratégico 2010 - 2015, a toda la red en el primer trimestre de 2010, si así no ocurriera, el Director de Servicio certifica y se debe cumplir en el año siguiente.
	Realizado operativamente anual, del plan estratégico / Programado anual, operativamente, del plan estratégico / *100.	≥ 75%	≥80%	≥85%	Documento que informa cumplimiento plan operativo anual. Auditoría y/o informe de supervisión de plan desde Control de Gestión de la Dirección de Servicio.	
	Plan estratégico y sus programas operativos anuales incorporan desarrollar Modelo de atención integral con enfoque de salud familiar e intercultural, para obtener acreditación como hospital comunitario SI (50%) NO.	SI	SI	SI	1. Documento de formulación del plan estratégico y programa anual contienen evidencia de enfoque de salud familiar e intercultural.  2. Informe solicitado por director de hospital a depto. APS de la dirección de serv. Que certifique % cumplimiento de estándares establecidos para ser acreditado como hosp comunitario con enfoque en salud familiar e intercultural.	
	Nº de estándares cumplidos de acreditación como hospital comunitario con enfoque en salud familiar e intercultural / Nº de estándares establecidos a cumplir *100	75%	≥75 a 80%	≥ 80%	6	

	<p>ATENCION ABIERTA: n° de requisitos obligatorios según pauta acreditación / n° de requisitos obligatorios esperados para el hospital * 100.</p>	<p>ATENCION ABIERTA: &gt;70% (Acreditado x 3 años) o en su defecto se dará x cumplido el primer año si obtiene entre 51% y 69,9%, con plan de mejora aprobado (Acreditado, con observaciones, x 6 meses).</p>	<p>ATENCION ABIERTA: 80% (Acreditado), o en su defecto se dará x cumplido si en proceso de 2a instancia obtiene entre 61 a 79,9% con plan de mejora aprobado (acreditado, con observaciones, por 6 meses).</p>	<p>ATENCION ABIERTA: &gt;80% (Mantiene acreditación). O en su defecto se dará por cumplido en proceso 3a instancia con 71 a 89,9% con plan de mejora aprobado (acreditado, con observaciones, por 6 meses).</p>	<p>Copia solicitada por director de hospital, de informe de supervisión de cumplimiento emitido por of. De calidad y seguridad del paciente de Dirección serv.ACREREDITACIÓN DEBE BASARSE EN MANUALES DISPONIBLES PARA ATENCION ABIERTA Y CERRADA, DESDE MINSAL PARA ESTOS EFECTOS.LA ACREDITACION EN LO BASICO, DEBE AL MENOS CUMPLIR CON LAS CARACTERISTICAS OBLIGATORIAS PARA ATENCION ABIERTA Y CERRADA.</p>	<p>Dirección de serv. A través de of de seguridad y calidad del paciente acompaña y supervisa instalación y despliegue de proceso de acreditación del hospital como prestador público.</p>
	<p>ATENCION CERRADA: n° de requisitos obligatorios según pauta acreditación / n° de requisitos obligatorios esperados para el hospital * 100</p>	<p>ATENCION CERRADA: &gt;70% (Acreditado x 3 años) o en su defecto se dará x cumplido el primer año si obtiene entre 51% y 69,9%, con plan de mejora aprobado (Acreditado, con observaciones, x 6 meses).</p>	<p>ATENCION CERRADA: 80% (Acreditado), o en su defecto se dará x cumplido si en proceso de 2a instancia obtiene entre 61 a 79,9% con plan de mejora aprobado (acreditado, con observaciones, por 6 meses).</p>	<p>ATENCION CERRADA: (Mantiene acreditación). O en su defecto se dará por cumplido en proceso 3a instancia con 71 a 89,9% con plan de mejora aprobado (acreditado, con observaciones, por 6 meses).</p>		
<p>TOTAL</p>		<p>36</p>	<p>36</p>	<p>36</p>		<p>36</p>

**Objetivo 2: UTILIZAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS ASIGNADOS, EVIDENCIANDO INFORMATIZADAMENTE DOCUMENTACION DE RESPALDO DE INFORMACION**  
**Ponderación: Año I 28 % Año II 29% Año III 29%.**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	INDICADORES			Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador año.1	Meta/ Ponderador año.2	Meta/ Ponderador año.3		
% de cumplimiento de programa presupuestario anual.	Ejecutado M\$ / M\$ programado *100 (Para cada subtitulo).	100%	100%	100%	Informe SIGfe y certificación de subdirección administrativa de dirección de servicio.	Presupuesto anual es entregado por dirección de servicio. Plazo no más allá de enero de cada año a evaluar. SIGFE continúa siendo herramienta de registro formal. La evaluación debe considerar aspectos extraordinarios que expliquen déficits o superávits en cumplimiento, siempre que lo respalde certificadamente dirección de servicio a través de subdirección administrativa., de igual manera si hay modificaciones del programa anual en periodo intermedio.
% de cumplimiento de concentración de deuda según lo indicado por Dirección de Servicio.	Concentración de deuda cumple lo indicado =SI(100%) / NO.	100%	100%	100%	Informe SIGfe y certificación de subdirección administrativa de dirección de servicio.	hasta un mes antes de terminar período anual a evaluar convenio de desempeño, se habrá realizado reunión de análisis de Director hospital con director de serv. Y subdirector administrativo, que podrá establecer existencia de antecedentes fundados que expliquen resultado de haber incumplimiento y que hagan necesario aplicar el ponderador como si efectivamente se hubiera cumplido.
Cartera de proyectos operacionales que responde al plan estratégico del hospital.	Cartera elaborada y aprobada ante Dirección de Servicio = SI / NO.	100%	Programados *100 ( etapas realizadas)	Programados *100 ( etapas programadas)	Certificación por parte de Subdirección administrativa, a solicitud del director del hospital, que respalde resultados informados localmente.	Unidad de proyectos impulsada, acompañada y asesora formulaciones y certifica resultados.

	% de cumplimiento de cartera de proyectos cuatrienal: realizado / programado*100.	70 A 80%	5	≥ 80%	5	≥ 90%	5	Certificación por parte de Subdirección administrativa, a solicitud del director del hospital, que respalde resultados informados localmente.	
Evidencia de comité de farmacia funcionando.	Resolución actualizada de Comité de farmacia aprobada por subdirector médico de dirección de servicio SI (100%) / NO.	100%	3	100%	3	100%	3	Reolución del comité. Documento de subdirección médica de dirección de servicio que aprueba.	
	Nº de fármacos en pérdida por vencimiento para el año a evaluar / Nº de fármacos disponibles por arsenal del hospital en el año a evaluar = 0 = 100% cumple.	100%	3	100%	3	100%	3	Certificación solicitada por director del hospital a As de farmacia de dirección de servicio.	Dirección de servicio coloca a disposición de establecimiento de la red software de farmacia en línea.
	Sistema informático de farmacia con 90% de poblamiento de datos en máx. 72 hrs.= 100%.	100%	2	100%	2	100%	2	Informe del establecimiento aprobado por as. De farmacia y depto. de informática que respaldan informe local.	Dirección de servicio coloca a disposición de establecimiento de la red software de farmacia en línea.
SUB TOTAL			26		26		26		


**Objetivo 3: CONTRIBUIR AL CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS Y DE PARTICIPACION INTERNA Y EXTERNA**


Ponderación: 38%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	INDICADORES			Medios de Verificación	Supuestos
		Meta/ Ponderador año 1	Meta/ Ponderador año 2	Meta/ Ponderador año 3		
% CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS. 18.834.	DE CUMPLIMIENTO DE METAS LEY	≥90%	≥90%	≥90%	Resolución de pago de asignación por cumplimiento metas sanitarias del año a evaluar..	RRHH de la Dirección de servicio entrega Resolución que respalda pago de asignación a funcionarios.

CUMPLIMIENTO DE METAS LEY 19.664.	≥90%	5	≥90%	5	≥90%	5	Resolución de pago de asignación por cumplimiento metas sanitarias del año a evaluar..	5	RRHH de la Dirección de servicio entrega Resolución que respalda pago de asignación a funcionarios.
Nº de garantías de tratamiento cumplidas / nº de garantías de tratamiento total * 100 (excluir exepctuadas) para el año a evaluar	100%	10	100%	10	100%	10	Registros SIGGES	10	SIGGES continúa siuyendo la herramienta formal establecida por nivel central para evaluar cumplimiento de GES.La evaluación considerará rangos de cumplimiento sgtes.-:35% y + de cumplimiento poindra 10 y si es menor, será proporcional, considerando que entre 95 y 100% el ponderador total es 10.
de cumplimiento de metas del hospital	100%	5	100%	5	100%	5	Informe de resultados de metas comprometidas: DATOS EN INTRANET CONTROL DE GESTIÓN DEL SSAN. Acta en que se analizaron monitores y evaluación en Comité de Gestión del Director del hospital y se establecieron planes de mejora cuando correspondía.	5	Dirección de servicio coloca datos de evaluación en iuntranet de control de gestión con evaluaciones en periodicidad: manual para PPV, Trimestral para C de gestión . Preaps y IAAPs según norma del año.
Resolución que formaliza Consejo consultivo del establecimiento: SI=25% Actas, al menos 6; SI=25%. Evidencia en actas de análisis de NSP y estrategias de mejoramiento: SI=50%.	100%	3	100%	3	100%	3	Resolución formal. Reglamento. Actas.	3	
(nº de NSP del año a evaluar registrados en sistema REF CREF / nº de IC a especialidades, exs/procedimientos e Interv. Quirúrgicas itotales rgresadas a sistema REF Cref /100	< del 20%	5	< del 15%	5	< del 10%	5	Informe mensual obtenido de sistema ref cref y certificado de resultado anual emitido por encargada de Referencia Contrarreferencia de Dirección de Servicio.	5	Dirección SSAN coloca a disposición de la red sistema infrmático Ref Cref
Nº de acuerdos a desarrollar con Dirección del hospital / Nº total de gremios existentes en el hospital							Actas de sesiones de trabajo conjunto gremios y dirección del establecimiento Resumen As		jurídica certifica Nº de nomines

Desarrollar entre gremio y Director Hospital en año a evaluar.	N° de acuerdos establecidos en sesiones de trabajo conjunto realizados / n° total de acuerdos establecidos en sesiones de trabajo conjunto ( periodo: 1 año calendario)	75%	3	75%	2	75%	2	2	de acuerdos y su ejecución, formalizados en el Hospital obtenido de las actas, Traiguén. provisto por director del hospital. Actas con asistencia.
SUBTOTAL	36	75%	36	75%	35	75%	35	35	
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	

  
 LUIS FELIPE URIBE RIVERA  
 DIRECTOR  
 HOSPITAL DINO STAGNO TRAIQUÉN

  
 NELSON GAETE QUIJÓN  
 DIRECTOR  
 SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE

Nota: la suscripción del Convenio de Desempeño de un II nivel jerárquico, solo deberá consignar las firmas del directivo y su superior jerárquico