



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD AYSÉN
DEL GRAL. CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO
SECRETARIA DIRECCION

APRUEBA CONVENIO DE DESEMPEÑO DEL CARGO
DE DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

RESOLUCION EXENTA N° 228 /

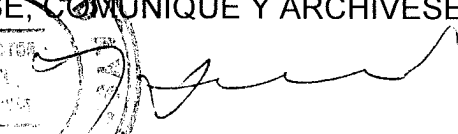
COYHAIQUE, 22 FEB 2010

VISTOS: El artículo sexagésimo primero de la Ley N° 19.882, el Decreto Supremo N° 52 de 25 de junio de 2008, del Ministerio de Salud, que me designa como Director del Servicio de Salud de Aysén, a contar del 1° de julio de 2008, la Resolución Exenta N° 387, de 8 de abril de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Convenio de Desempeño de este Director y comunicado a esa Jefatura.

TENIENDO PRESENTE: Las facultades que me confiere el DFL N° 1/2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N° 2.763/1979, de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469 y su Reglamento Orgánico aprobado por el D.S N° 140/04 del Ministerio de Salud; lo dispuesto por la Resolución Afecta N° 1.600/2008 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

R E S O L U C I O N :

- 1.- **APRUEBASE** el Convenio de Desempeño suscrito entre don MAX AGUILAR BELMAR, Director del Hospital Regional de Coyhaique y el Director del Servicio de Salud de Aysén, Dr. Ricardo Saavedra Maffet, que se adjunta, formando parte integral de esta Resolución.
- 2.- Al término de cada año de la gestión y dentro de los 60 días siguientes al término de los mismos, don Max Aguilar Belmar, deberá elevar un informe por escrito, respecto del grado de cumplimiento de los objetivos anuales contenidos en él, a la Dirección del Servicio de Salud de Aysén, con copia al Contralor Interno del Servicio de Salud de Aysén.
- 3.- La evaluación final del cumplimiento del Convenio de Desempeño; así como, del cumplimiento de los objetivos anuales de éste, corresponderá al Director del Servicio de Salud de Aysén, para cuyo efecto designa a la Comisión Ad-hoc, nombrada para estos efectos, como responsable técnica de dicho proceso.
- 4.- Una vez aprobado el informe final de evaluación de las metas estratégicas y objetivos anuales de gestión comprometidos en el Convenio de Desempeño, éste será informado por el Director del Servicio de Salud de Aysén, a la Dirección Nacional de Servicio Civil.

NOTESE, COMUNIQUE Y ARCHIVASE.

DR. RICARDO SAAVEDRA MAFFET
DIRECTOR SERVICIO SALUD AYSÉN

DR.RSM/JAV/sal.
DISTRIBUCION:

- ❖ DIRECTOR HOSPITAL COYHAIQUE
- ❖ JEFE DEPTO. SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
- ❖ JEFE DEPTO. SUBDIRECCION DE CALIDAD
- ❖ SECRETARIA DIRECCION /
- ❖ OFICINA DE PARTES
- ❖ ARCHIVO.-



CONVENIO DE DESEMPEÑO
SERVICIO DE SALUD DE AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre: Max Aguilar Belmar

Cargo: Director Gr. 6° E. U. S.

Institución: Hospital Regional Coyhaique

Dependencia Directa del Cargo: Director del Servicio de Salud de Aysen

Periodo de desempeño del cargo: 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre 2010

FECHAS DE EVALUACIÓN DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO

Primera Evaluación 1 de enero de 2009

Segunda Evaluación 1 de enero de 2010

Tercera Evaluación 1 de enero de 2011

Evaluación Final 1 de enero de 2011

Metodología de Evaluación: El resultado obtenido en la evaluación de cada Objetivo de Resultado, será igual a la suma del(los) resultados de la evaluación de cada identificador definido. A su vez, el resultado para un indicador específico, será el porcentaje de cumplimiento, multiplicado por el ponderador del indicador respectivo.

AÑO 1: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2008

META 1: Desempeño Global del Hospital Regional de Coyhaique

PONDERACIÓN : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	de	Metas	Supuestos Básicos
1.1. Desarrollar una gestión eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto	10%	1.1.1. (Ingresos Totales Percibidos con incorporación SIC - Gastos Totales devengados/ Gastos Totales Devengados) = Índice de Equilibrio de Flujo Financiero	10%	Informe de Ejecución Presupuestaria año 2009 validado por la Subdirección Administrativa del SSA.	de	Meta: -2,07	Se mantiene Presupuesto aprobado por la Dirección del SSA.
1.2. Cumplimiento de garantías de tratamiento de casos de Garantías Explícitas en Salud	10%	1.2.1. (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento / N° total de casos diagnosticados) * 100	10%	Informe basado en el sistema SIGGES validado por la DIGERA	de	Meta: > = 100% 95<98% = 75% <95 = 0%	Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de tratamiento para pacientes en el Hospital
1.3. Cumplimiento de los requisitos para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado	10%	1.3.1 Avance del cumplimiento de los requisitos	10%	Informe Auditoría Depto. MINSAL	de	Meta: 50%	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley al 31.12.2009
SUBTOTAL META 1: 30%							

AÑO 2: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2009

META 1: Desempeño Global del Hospital Regional de Coyhaique

PONDERACIÓN : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	de	Metas	Supuestos Básicos
1.1. Desarrollar una gestión eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto	10%	1.1.1. (Ingresos Totales Percibidos con incorporación SIC – Gastos Totales Devengados) = Índice de Equilibrio de Flujo Financiero	10%	Informe de Ejecución Presupuestaria año 2009 validado por la Subdirección Administrativa del SSA.	de	Meta: -1,57	Se mantiene presupuesto aprobado por la Dirección del SSA.
1.2. Cumplimiento de garantías de tratamiento de casos de Garantías Explícitas en Salud	10%	1.2.1. (Nº de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento / Nº total de casos diagnosticados) * 100	10%	Informe basado en el sistema SIGGES validado por la DIGERA	de	Meta: > = 100% 95<98% = 75% <95 = 0%	Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de tratamiento para pacientes en el Hospital
1.3. Cumplimiento de los requisitos para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado	10%	1.3.1 Avance del cumplimiento de los requisitos	10%	Informe Auditoría Depto. MINSAL	de	Meta:60%	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley al 31.12.2009
SUBTOTAL META 1 : 30%							

AÑO 3: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2010

META 1: Desempeño Global del Hospital Regional de Coya

PONDERACIÓN : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
1.1. Desarrollar una gestión eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la programación, formulación, y evaluación del presupuesto	10%	1.1.1. (Ingresos Totales Percibidos con incorporación SIC – Gastos Totales Devengados) = Índice de Equilibrio de Flujo Financiero	10%	Informe de Ejecución Presupuestaria año 2009 validado por la Subdirección Administrativa del SSA.	Meta: -1,07	Se mantiene presupuesto aprobado por la Dirección del SSA.
1.2. Cumplimiento de garantías de tratamiento de casos de Garantías Explícitas en Salud	10%	1.2.1. (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de tratamiento / N° total de casos diagnosticados) * 100	10%	Informe basado en el sistema SIGGES validado por la DIGERA	Meta: > = 100% 95<98% = 75% <95 = 0%	Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de tratamiento para pacientes en el Hospital
1.3. Cumplimiento de los requisitos para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado	10%	1.3.1 Avance del cumplimiento de los requisitos	10%	Informe Auditoría Externa Auditoría Dpto. MINSAL	Meta: 80%	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley al 31.12.2009
SUBTOTAL META 1 : 30%						

AÑO 1: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2008

META 2: Liderazgo y conducción estratégica del Hospital Regional de Coyhaique.

PONDERACIÓN : 25%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
2.1. Mejorar en forma continua la calidad y trato a las personas usuarias del Hospital de Coyhaique.	6%	2.1.1. (Nº Respuestas a reclamos presentados / Nº Reclamos presentados) * 100 = %	6%	Estadísticas de la OIRS	Meta: 90%	Informes mensuales de la OIRS.
2.2. Cumplimiento de Metas Sanitarias asociadas a Capacitación.	6%	2.2.1. El cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los servicios que permite percibir a los funcionarios de la Ley 18.834, el % componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias	6%	Informe SEREMI de cumplimiento de metas personal Ley 18.834	Metas: 100% de metas comprometidas	Convenios del Director hospital suscrito con el Director del SSA.
2.3. Implementar e implantar una Unidad de Auditoría Interna.	7%	2.3.1. Crear la Unidad de Auditoría Interna.	7%	Nº de Resolución que crea la Unidad de Auditoría Interna.	Meta: Si o No	Materialización de programas

<p>2.4 Disponer la Formulación del Programa Anual de Capacitación según marcos legales vigentes, Ley N° 18.834 y Ley N° 19.664, requisitos técnicos y plazos establecidos</p>	<p>6%</p>	<p>2.5.1 Formulación del Programa Anual de Capacitación Ley N° 18.834 al 30 de Diciembre. 2.5.2 Formulación del Programa Anual de Capacitación Ley N° 19.664 al 31 de Enero.</p>	<p>3%</p>	<p>Programas Anual de Capacitación de Ley N° 18.834 y de Ley N° 19.664 recepcionados en la Dirección de Servicio en los plazos establecidos.</p>	<p>Meta: Sí o No</p>	<p>Se requiere que la Dirección Hospital Regional Coyhaique, se comprometa con su desarrollo según orientaciones técnicas y realice los ajustes necesarios.</p>
<p>TOTAL META N° 2</p>	<p>25%</p>					

AÑO 2: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2009

META 2: Liderazgo y conducción estratégica del Hospital Regional de Coyhaique.

PONDERACIÓN : 25%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
2.1. Mejorar en forma continua la calidad y trato a las personas usuarias del Hospital de Coyhaique.	2%	2.1.1. (Nº Respuestas a reclamos presentados / Nº Reclamos presentados) * 100 = %	2%	Estadísticas de la OIRS	Meta: 90%	Informes mensuales de la OIRS.
2.2. Implementación de Presupuestos Participativos	2%	Nº de actividades realizadas superior a 3	2%	Informe de diagnóstico Participativo, lista de asistencia..	Meta: 100%	Realización de Jornada Participativa

<p>2.3 Desarrollar una Gestión de Recursos Humanos moderna y eficiente.</p> <p>Ingresar al Sistema de información de Recurso Humanos, SIRH, antecedentes correspondiente a: actividades de capacitación, Módulo de asistencia y Hoja de Vida.</p>	<p>7%</p>	<p>2.3.1. Política de Recursos Humanos, Perfiles de Cargo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Nº de Funcionarios capacitados, registrados en el Módulo de Capacitación/Nº Total de funcionarios capacitados)*100= % - (Nº de Funcionarios controlados en Registro Asistencia SIRH/Nº de Funcionarios Hospital Regional Coyhaique)*100= % - (Nº de Calificaciones ingresadas en el Módulo de Calificaciones/Nº de Funcionarios Hospital Regional Coyhaique)*100 = %. <p>2.3.2. Promedio de cumplimiento entre los compromisos asociados al pago de bonificación por desempeño colectivo institucional Ley 19.664</p> <p>2.3.3. El cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los servicios que permite percibir a los funcionarios de la Ley 18.834, el % componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias</p> <p>2.3.4 Ley 19664: Cursos de Capacitación realizados / Cursos de Capacitación Programados.</p> <p>2.3.5. Ley 18834: Cursos de Capacitación realizados / Cursos de Capacitación Programados.</p>	<p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p>	<p>Informes entregados mediante Módulo SIRH</p> <p>Informe MINSAL/DIPRES de cumplimiento de metas Ley 19.664.</p> <p>Informe SEREMI de cumplimiento de metas personal Ley 18.834</p> <p>Informe Anual de la Unidad de Capacitación del SSA. Meta: 90%</p> <p>Informe Anual de la Unidad de Capacitación del SSA. Meta: 90%</p>	<p>Meta: 100%</p> <p>Metas: 100% de las metas comprometidas</p> <p>Metas: 100% de las metas comprometidas</p>	<p>Existencia de personal y equipamiento computacional Sistema SIRH instalado.</p> <p>Convenios del Director del hospital suscrito con el Director del SSA.</p> <p>Programa Anual de Capacitación del Hospital.</p> <p>Programa Anual de Capacitación del Hospital. 8</p>
---	-----------	---	---	--	---	---

2.4. Desarrollo de las funciones de la Unidad de Auditoría Interna.	4 %	2.4.1. (Trabajos de Auditoría Interna Realizados / Trabajos Programados de Auditoría Interna) * 100 = %. 2.4.2. Monitoreo Semestral de la Planificación Estratégica	2% 2%	Informes Aprobados por la Dirección del Hospital. Informes aprobados por la Dirección del Hospital.	Meta: 100%. Meta: Sí o No	Programa Anual de Auditoría Interna Planificación Estratégica.
2.5. Desarrollo de las funciones de la Unidad de Proyectos.	2 %	2.5.1. (Proyectos Formulados en el período / Proyectos Programados para el Período)*100= %. (Según Presupuesto Anual)	2 %	Proyectos Formulados durante el período	Meta: 100%	Programa de Proyectos para el período
2.6 Disponer la Formulación del Programa Anual de Capacitación según marcos legales vigentes, Ley N° 18.834 y Ley N° 19.664, requisitos técnicos y plazos establecidos	4%	2.6.1 Formulación del Programa Anual de Capacitación Ley N° 18.834 al 30 de Diciembre. Si/No 2.6.2 Formulación del Programa Anual de Capacitación Ley N° 19.664 al 31 de Enero. Si/No	2% 2%	Programas Anual de Capacitación de Ley N° 18.834 y de Ley N° 19.664 recepcionados en la Dirección de Servicio en los plazos establecidos.	Meta: Sí o No	Se requiere que la Dirección del Hospital Regional Coyhaique, se comprometa con su desarrollo según orientaciones técnicas y realice los ajustes necesarios.

2.7. Lograr una tramitación oportuna de las resoluciones de contratación de reemplazos y honorarios	4%	2.7.1. (N° de solicitudes de Reemplazos y Suplencias / N° de Resoluciones dictadas)*100=%. 2.7.2. (N° de solicitudes de Contratos a Honorarios / N° de resoluciones dictadas)*100=%.	2%	Resoluciones enviadas a tramitación a Contraloría Regional de Aysen, según control de Secretaría.	Evaluación: Resoluciones tramitadas dentro de los 15 días de su solicitud: 90% = 100% 88% = 90% 85% = 80% Menos 85% = 0%	Procedimientos aprobados por la Dirección del Servicio.
SUBTOTAL META Nº 2	25%					

AÑO 3: 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010

META 2: Liderazgo y conducción estratégica del Hospital Regional de Coyhaique.

PONDERACIÓN : 25%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
2.1. Mejorar en forma continua la calidad y trato a las personas usuarias del Hospital de Coyhaique.	8%	2.1.1. (N° Respuestas a reclamos presentados) * 100 = % 2.1.2. Programa Anual de Capacitación formulado según marco legal y reglamentario vigente., en plazos establecidos y según criterios técnicos.	4%	Estadísticas de la OIRS Programa Anual de Capacitación remitido a la Dirección de Servicio.	Meta: 95% Meta: Si o No	Informes mensuales de la OIRS. Considerar en el Programa Anual de Capacitación, Requisitos Técnicos de; Pertinencia, acceso, Oportunidad, equidad, cobertura, optimización de recursos, asociación a Lineamientos Estratégicos de Capacitación, indicadores de gestión del PAC, uso de metodologías educativas de adultos y exigencia de requisitos curriculares.
2.2. Plan de Mejora post encuesta satisfacción de usuarios.	2%	(N° actividades realizadas Plan anual de Mejoras / N° actividades programas Plan de Mejoras)*100 = %	2%	Informe final enviado a la Subdirección Médica del SSA.	Meta: 100%	Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

<p>2.3. Desarrollar una Gestión de Recursos Humanos moderna y eficiente.</p> <p>Ingresar al Sistema de información de Recurso Humanos, SIRH, antecedentes correspondiente a: actividades de capacitación, Módulo de asistencia y Hoja de Vida.</p>	<p>7%</p>	<p>2.3.1. Política de Recursos Humanos, Perfiles de Cargo:</p> <p>- (Nº de Funcionarios capacitados, registrados en el Módulo de Capacitación/Nº Total de funcionarios capacitados)*100 = %</p> <p>- (Nº de Funcionarios controlados en Registro Asistencia SIRH/Nº de Funcionarios Hospital Regional Coyhaique)*100 = %.</p> <p>-(Nº de Calificaciones ingresadas en el Módulo de Calificaciones/Nº de Funcionarios Hospital Regional Coyhaique)* 100 = %.</p> <p>2.3.2. Promedio de cumplimiento entre los compromisos asociados al pago de bonificación por desempeño colectivo institucional Ley 19.664</p> <p>2.3.3. El cumplimiento de los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los servicios que permite percibir a los funcionarios de la Ley 18.834, el % componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias</p> <p>2.3.4 Ley 19664: Cursos de Capacitación realizados / Cursos de Capacitación Programados.</p> <p>2.3.5. Ley 18834: Cursos de Capacitación realizados / Cursos de Capacitación Programados.</p>	<p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p> <p>1%</p>	<p>Informes entregados mediante Módulo SIRH</p> <p>Informe MINSAL/DIPRES de cumplimiento de metas Ley 19.664.</p> <p>Informe SEREMI de cumplimiento de metas personal Ley 18.834</p> <p>Informe Anual de la Unidad de Capacitación del SSA.</p> <p>Informe Anual de la Unidad de Capacitación del SSA</p>	<p>Meta: 100%</p> <p>Meta: 100%</p> <p>Meta: 100%</p> <p>Meta: 100%</p> <p>Meta: 100%</p>	<p>Existencia de personal y equipamiento computacional con Sistema SIRH instalado.</p> <p>Apoyo de la Subdirección de RR. HH. del SSA</p> <p>Convenios del Director del hospital suscrito con el Director del SSA.</p> <p>Convenios del Director del hospital suscrito con el Director del SSA.</p> <p>Programa Anual de Capacitación del Hospital.</p> <p>Programa Anual de Capacitación del Hospital</p>
<p>12</p>						

2.4. Desarrollo de las funciones de la Unidad de Auditoría Interna.	4 %	2.4.1. Trabajos de Auditoría Interna Realizados / Trabajos Programados de Auditoría Interna. 2.4.2. Monitoreo Semestral de la Planificación Estratégica	2%	Informes Aprobados por la Dirección del Hospital. Informes aprobados por la Dirección del Hospital.	Meta: 100% Meta: Si o No	Programa Anual de Auditoría Interna Planificación Estratégica.
2.5. Desarrollo de las funciones de la Unidad de Proyectos.	2 %	2.5.1. (Proyectos Ejecutados en el periodo / Proyectos Programados para el Periodo)*100= %. (Según Presupuesto Anual)	2 %	Proyectos finiquitados durante el periodo	Meta: 100%	Programa de Proyectos para el periodo
2.6. Lograr una tramitación oportuna de las resoluciones de contratación de reemplazos y honorarios	2%	2.6.1. Nº de solicitudes de Reemplazos y Suplencias / Nº de Resoluciones dictadas. 2.6.2. Nº de solicitudes de Contratos a Honorarios / Nº de resoluciones dictadas.	1% 1%	Resoluciones enviadas a tramitación a Contraloría Regional de Aysen, según control de Secretaría.	Evaluación: Resoluciones tramitadas dentro de los 15 días de su solicitud: 90% = 100% 88% = 90% 85% = 80% Menos 85%= 0%	Procedimientos aprobados por la Dirección del Servicio.
TOTAL META Nº 2	25%					

AÑO 1: 1 DE ENERO AL 31 DE Diciembre de 2008.

META 3: Gestión Financiera

PONDERACION: 20%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de verificación	Supuestos Básicos
3.1. Reducir déficit operacional	5%	3.1.1. (Ingresos Totales Percibidos – Gastos totales Devengados) / Ingresos Operacionales Percibidos => > -2%	5%	Ejecución Presupuestaria según SIGFE del año 2008	Balance Presupuestario del año 2008.
3.2. Control de la Deuda de Bienes y Servicios del Subtítulo 22 del Presupuesto.	5%	3.2.1 Porcentaje de la Deuda superior a los 60 días, Subtítulo 22: (Deuda superior a 60 días de antigüedad / Deuda Total Devengada mensual)* 100 = 100%	5%	Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado – SIGFE. Meta: 0%	Balance De Comprobación y Saldos mensuales.
3.3 Control del manejo del recurso financiero.	5%	3.3.1. (Nº de conciliaciones bancarias mensuales realizadas / Nº de conciliaciones bancarias mensuales a realizar) * 100 = %	5%	Conciliaciones bancarias informadas Meta: 100%	Cumplimiento de exigencias de Contraloría General.
SUBTOTAL META N° 3	15%				

AÑO 2: 1 DE ENERO AL 31 DE Diciembre de 2009.

META 3: Gestión Financiera

PONDERACION: 20%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de verificación	Supuestos Básicos
3.1. Reducir déficit operacional	5%	3.1.1. (Ingresos totales Percibidos – Gastos totales Devengados) / Ingresos totales Percibidos = > -2%	5%	Ejecución Presupuestaria según SIGFE del año 2009	Balance Presupuestario del año 2009.
3.2. Control de la Deuda de Bienes y Servicios del Subtitulo 22 del Presupuesto.	5%	3.2.1. Porcentaje de la Deuda superior a los 60 días, Subtitulo 22: (Deuda superior a 60 días de antigüedad / Deuda Total Devengada mensual)* 100 = %	5%	Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado – SIGFE. Meta: 0%	Balance De Comprobación y Saldos mensuales.
3.4. Control y recuperación de cuentas por cobrar Del Hospital Regional de Coyhaique	5%	3.4.1. Porcentaje de las cuentas por cobrar del año 2009 no recuperados dentro del periodo. (Ctas por cobrar devengadas 09 – Ctas por cobrar Recaudadas 09) / Ctas por cobrar devengadas 09	5%	=<20% del total de las cuentas por cobrar del periodo.	Normativa Hospitalares sobre Autogestionados.
SUBTOTAL META N° 3	15%				

AÑO 1 : 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2008

META 4 : Gestión Hospitalaria

PONDERACIÓN : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
4.1. Cumplir con los compromisos de Gestión suscritos por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.	10%	Nota final obtenida para el año 2008	10%	Informe del Subdirector Médico del Servicio, a través del Informe del Subdepartamento de Gestión de Red	Notas: >4,8 = 100% 4,6<4,8 = 90% 4,4<4,6 = 80% 4,0<4,4 = 60% 3,5<4,0 = 50% <3,5 = 0%	El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los compromisos de Gestión solicitados por el MINSAL
4.2. Cumplir con el registro oportuno de prestaciones valoradas y con el 100% de lo programado con sus recursos disponibles.	10%	(Total de registros cumplidos / Total de registros programados) * 100 = %	10%	SIGGES REM del departamento Estadística Planillas de respaldo	Cumplimiento: 98% = 100% 95% < 98% = 90% < 95% = 0%	FONASA exige un respaldo para cancelar las prestaciones.
4.3. Cuenta Pública	10%	4.3.1. Informe elaborado por la Dirección del HRC.	10%	Informe recibido por la Dirección del SSA.	Meta: Sí o No	Cumplimiento de normas legales.
Subtotal Meta Nº 4	30%					

AÑO 2: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2009.

META 4: : Gestión Hospitalaria

PONDERACION : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
4.1. Cumplir con los Compromisos de Gestión DE Transformación Hospitalaria suscritos por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.	8%	Promedio final de evaluación del C. G. (N° informes mensuales emitidos / N° informes totales) *100 = %	8%	Informe del Subdepartamento de Gestión de Red. = 3	Notas: >4,8 = 100% 4,6<4,8 = 90% 4,4<4,6 = 80% 4,0<4,4 = 60% 3,5<4,0 = 50% <3,5 = 0%	El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los Compromisos de Gestión solicitados por el MINSAL
4.2. Cumplir con los Compromisos de Gestión de Redes Asistenciales suscritos por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.	8%	Porcentaje de disminución en espera de atención mayor a 90 días en consultas de especialidades.	4%	Informe del Subdepartamento de Gestión de Red	Evaluaciones trimestrales: I = No aplica II = 40% III = 60% IV = 100%, con respecto a foto vigente.	El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los Compromisos de Gestión solicitados por el MINSAL
			4%			
4.3. Cumplir con el registro oportuno de prestaciones valoradas y con el 100% de lo programado con sus recursos disponibles.	5%	(Total de registros cumplidos / Total de registros programados) * 100 = %	5%	SIGGES REM del departamento Estadística Planillas de respaldo	Cumplimiento: 98% = 100% 95% < 98% = 90% < 95% = 0%	FONASA exige un respaldo para cancelar las prestaciones.
4.4. Mejorar la gestión de los pabellones quirúrgicos.	5%	(Intervenciones quirúrgicas mayores realizadas / Intervenciones quirúrgicas programadas) * 100 = % * Si no existe programación tomar el año anterior como base.	5%	Informe Glosa 4 Gestión de Pabellones	Cumplimiento: 98% = 100% 95% < 98% = 90% < 95% = 0%	

4.5. Cuenta Pública	4%	4.5.1. Informe elaborado por la Dirección del HRC.	4%	Informe recibido por la Dirección del SSA.	Meta: Sí o No	Cumplimiento de normas legales.
Subtotal Meta N° 4	30%					

AÑO 3: 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2010

META 4: : Gestión Hospitalaria

PONDERACIÓN : 30%

Objetivos de Resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Metas	Supuestos Básicos
4.1. Cumplir con los compromisos de Gestión DE Transformación Hospitalaria suscritos por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.	8%	Promedio final de evaluación del C. G. (N° informes mensuales emitidos / N° informes totales) * 100 = %	8%	Informe del Subdirector Médico del Servicio	Informe del Subdepartamento de Gestión de Red. = 12	El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los Compromisos de Gestión solicitados por el MINSAL
4.2. Cumplir con los compromisos de Gestión de Redes Asistenciales suscritos por el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud.	8%	Porcentaje de disminución en espera de atención mayor a 90 días en consultas de especialidades.	5%	Informe del Subdepartamento de Gestión de Red	Evaluaciones trimestrales: I = No aplica II = 40% III = 60% IV = 100%, a respecto a vigente.	El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El Establecimiento debe dar cumplimiento a los Compromisos de Gestión solicitados por el MINSAL
		Porcentaje de disminución de personas en espera de atención mayor a 6 meses y menos de 1 año, en intervenciones quirúrgicas.	5%			

III. APOYO SUPERIOR

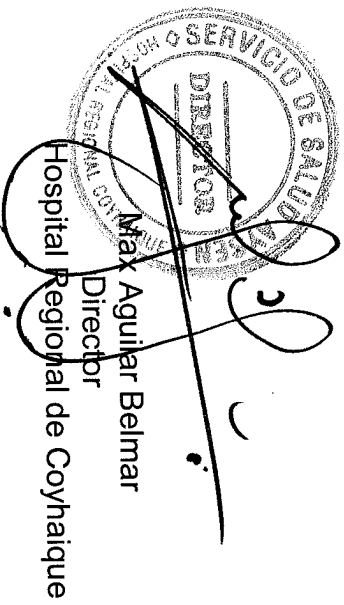
Indicar y describir los apoyos que el jefe de la directiva superior involucrada en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

La autoridad Superior del Directivo se compromete a entregar las orientaciones para el cumplimiento del presente convenio.

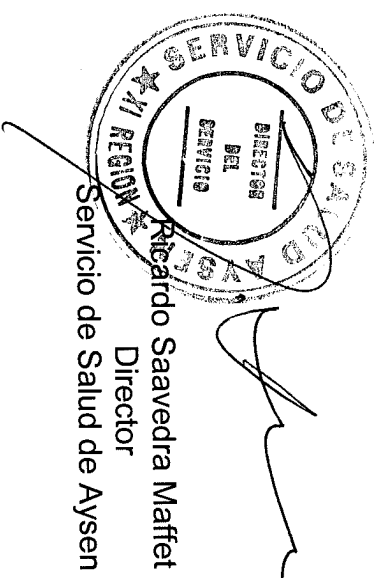
IV. FACTORES EXTERNOS

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 consideren previsibles.

En casos que el cumplimiento de los Objetivos de Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de fuerza mayor calificadas por la Dirección del Servicio de Salud de Aysén a través de Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.



Max Aguilar Belmar
Director
Hospital Regional de Coyhaique



Ricardo Saavedra Maffet
Director
Servicio de Salud de Aysen

COYHAIQUE, 14 de Febrero de 2008