

CONVENIO DE DESEMPEÑO

I. Antecedentes Generales

Nombre	Rodrigo Sierra Contreras
Cargo	Subdirector Administrativo Hospital de Angol
Institución	Servicio de Salud Araucanía Norte
Dependencia directa del cargo:	Dirección del Servicio
Período de desempeño del cargo:	01 de Agosto del 2008 al 31 de Julio del 2011

Fechas de evaluación del presente convenio (*)	
Primera Evaluación.	31 de Julio de 2009
Segunda Evaluación	31 de Julio de 2010
Tercera Evaluación	31 de Julio de 2011
Evaluación Final	31 de Julio de 2011

(*) Las fechas deberán ser precisadas de acuerdo a la fecha del Decreto de Nombramiento

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 2008 - 2009

META 1: Liderar el equipo directivo de la Subdirección, generando en su área de gestión, procesos coordinados de planificación, en función del modelo de establecimiento autogestionado en RED.

Ponderación: **35%**

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos Básicos
<p>1 Confeccionar y desarrollar el Plan Anual de actividades de la Subdirección en concordancia con la Planificación Estratégica del Hospital</p>	5%	<p>Plan anual de actividades para el 2009 entregado al Director del Hospital en el mes de Enero del 2009</p>	2%	<p>Plan anual de actividades (SI - NO)</p>	<p>El plan anual debe elaborarse participativamente, con la finalidad de que las metas sean conocidas por todos y exista compromiso de cumplimiento con las actividades definidas para el año.</p>
<p>2 Realizar reuniones trimestrales con el equipo directivo directamente dependiente (Encargados de CR y CCJ).</p>	5%	<p>Reuniones realizadas / Total reuniones programadas para el periodo</p>	3%	<p>Actas de reuniones con actividades y acuerdos realizados (mínimo 4 anual)</p>	<p>Las reuniones de trabajo tienen la finalidad de ir evaluando el cumplimiento de metas y compromisos financieros. Además debe ser una instancia que permita la comunicación entre los distintos Centros de Costos. En el mes de enero de 2009 se inicia a trabajar con CR.</p>

3	Realizar reuniones de coordinación bimensuales con los encargados de CR del hospital	10%	Reuniones realizadas (SI - NO)	10%	Asistencia y acia con acuerdos (mínimo 6)	El SDA debe reunirse con los encargados de CR y de CC una vez que estos estén asignados con la finalidad de acompañarlos en su gestión.
4	Elaborar informes financieros al menos trimestralmente.	5%	Reportes financiero contables con análisis de la situación enviados al Director del Establecimiento y al Servicio.	5%	Reportes enviados al Director del establecimiento y al SDA del SSAN (mínimo 3 reportes)	Estos informes deben apoyar al equipo directivo del establecimiento en la toma de decisiones.
5	Lograr avanzar en la Normalización del Hospital Angol.	10%	Plan trienal del establecimiento asociado a la normalización, marzo 2009, validado por DSSAN	3%	Plan enviado a DSSAN y aprobado.	El establecimiento debe elaborar un plan de cómo llevará a cabo el proceso de Normalización con la conformación de un equipo que lidere y controle las distintas etapas de avance del proyecto.
Sub total			Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	7%	Meta = 90%	

META 2: Gestionar los recursos para avanzar en un sistema de información gerencial para la toma de decisiones considerando los lineamientos del Servicio de Salud Araucanía Norte.

Ponderación: 25%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1 Lograr implementar el sistema de Atención cerrada en el establecimiento.	10%	Registros de Atención Cerrada implementados en su totalidad	10%	Sistema de Atención Cerrada funcionando y registros con información completa.	En la actualidad se encuentra en distinto grado de implementación el sistema de urgencia, some, Farmacia, Atención Cerrada, Registro de Hojas Diarias y Ref contra Ref. Pero no en todas las Unidades que tienen la posibilidad de registrar lo realizan.
2 Implementación de un Plan biennial de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones.	5%	Plan de trabajo de Informatización para un periodo de 2 años.	5%	Plan de Informatización a 2 años aprobado por el Director de Hospital y DSSAN	
3 Entregar mensualmente información a los CR, sobre su producción y grado de cumplimiento de metas.	10%	Informes y reportes enviados a cada CR mensualmente (SI-NO)	10%	Informes y reportes emitidos por cada sistema informático enviados al encargado de CR	
Sub total					

Los Informes deben entregar al menos datos de uso del recurso cama, mortalidad, infecciones intrahospitalarias, actividad quirúrgica y ambulatoria. Debe haber una preocupación de hacer reportes ejecutivos.

META 3: Optimizar un adecuado uso de los recursos físicos y financieros y gestionar para lograr un equilibrio presupuestario.

Ponderación: 40%						
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
<p>1 Coordinar y elaborar en conjunto con las subdirecciones y encargados de CR el proyecto de presupuesto para el año 2009 (Defenir marco presupuestario por CR)</p>	5%	Marco presupuestario por CR entregado al Director del Hospital y al DSSAN (SI - NO) (Marzo 2009)	5%	Documento con Marco Presupuestario por CR elaborado e informado al Director y los encargados de CR. Enviar copia a la DSSAN	El establecimiento debe elaborar y presentar oportunamente el proyecto de Presupuesto considerando las políticas del Minsal y realizar un marco presupuestario por CR e informarlo oportunamente.	
<p>2 Monitorear permanentemente cada centro de responsabilidad respecto del cumplimiento de su respectivo presupuesto.</p>	5%	Reporte mensual de cumplimiento de presupuesto por CR (SI - NO)	5%	Reportes de monitoreo mensuales enviados a los encargados de CR.	A partir del año 2009 Monitorear e informar el cumplimiento del presupuesto por CR.	
<p>3 Gestionar y controlar los ingresos del año</p>	5%	Ingresos propios devengados/Ingresos propios programados	5%	Meta = 10% de aumento sobre línea base.	Considerar como línea base el porcentaje obtenido del indicador en el mes que se inicia el período de evaluación	
<p>4 Disminuir la antigüedad de la Deuda Total.</p>	5%	Deuda Total concentrada entre o y 50 días/Deuda Total en el período	5%	Meta = 15% de aumento de acuerdo a línea base.		
<p>5 Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.</p>	5%	((Ingresos operacionales año t - gastos operacionales año t) / gastos operacionales año t)* 100) = -4%	5%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria. Meta = -4% al 31 de diciembre de 2008.	Convenio de presupuesto con la Dirección de Servicio.	

6	Realizar un plan anual de mantenimiento de los recursos.	5%	Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	5%	Plan cuantificado y aprobado por el Director de Hospital y SDA de la DSSAN. Meta = 90%	Plan debe reflejar las necesidades de mantención y programación de éstas durante el año. Cada equipo debiera tener una hoja de vida.
7	Participar activamente en el Comité de Farmacia del Establecimiento.	5%	Comité de Farmacia formalizado y en funcionamiento.	5%	Resolución que crea el Comité de Farmacia y Actas de reuniones del mismo en el periodo de evaluación (mínimo 4 reuniones)	El Comité debiera reunirse al menos cada tres meses. El Comité debe coordinar el proceso de manejo de inventario. El inventario de farmacia debe ser planificado y controlado de acuerdo a la demanda del establecimiento. Deben eliminarse las pérdidas por merma y discontinuación de medicamentos por fecha de vencimiento.
8	Establecer la programación de compra de fármaco en relación con el marco presupuestario	5%	Programación realizada marzo 2009 (SI - NO). Actividades realizadas / Actividades propuestas en la Programación para el periodo.	2% 3%	Programación entregada al Director del hospital. Meta = 90%	
Sub total						

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 2009 - 2010

META 1: Liderar el equipo directivo de la Subdirección, generando en su área de gestión, procesos coordinados de planificación, en función del modelo de establecimiento autogestionado en RED.						
Ponderación: 35%						
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
1 Confeccionar y desarrollar el Plan Anual de actividades de la Subdirección en concordancia con la Planificación Estratégica del Hospital	5%	Plan anual de actividades para el 2010 entregado al Director del Hospital en el mes de diciembre de 2009	2%	Plan anual de actividades (SI - NO)	El plan anual debe elaborarse participativamente, con la finalidad de que las metas sean conocidas por todos y exista compromiso de cumplimiento con las actividades definidas para el año.	
		Actividades realizadas / Total Actividades programadas en el período de evaluación	3%	Meta = 90% de cumplimiento de Plan 2009 y avance de Plan 2010		
2 Realizar reuniones trimestrales con el equipo directivo directamente dependiente (Encargados de CR y CC).	5%	Reuniones realizadas / Total reuniones programadas para el período	5%	Actas de reuniones con actividades y acuerdos realizados (mínimo 4)	Las reuniones de trabajo tienen la finalidad de ir evaluando el cumplimiento de metas y compromisos financieros. Además debe ser una instancia que permita la comunicación entre los distintos Centros de Costos.	

3	Realizar reuniones de coordinación bimensuales con los encargados de CR del hospital	10%	Reuniones realizadas (SI - NO)	10%	Asistencia y acta con acuerdos (mínimo 6)	El SDA debe reunirse con los encargados de CR y de CC una vez que estos estén asignados con la finalidad de acompañarlos en su gestión.
4	Elaborar informes financieros al menos trimestralmente.	5%	Reportes financiero contables con análisis de la situación enviados al Director del Establecimiento y al Servicio.	5%	Reportes enviados al Director del establecimiento y al SDA del SSAN (mínimo 4 reportes)	Estos informes deben apoyar al equipo directivo del establecimiento en la toma de decisiones.
5	Lograr avanzar en la Normalización del Hospital Angol.	10%	Plan trienal del establecimiento asociado a la normalización, revisado y actualizado en diciembre 2009, validado por DSSAN	3%	Plan actualizado enviado a DSSAN.	El establecimiento debe elaborar un plan de cómo llevará a cabo el proceso de Normalización con la conformación de un equipo que lidere y controle las distintas etapas de avance del proyecto.
Sub total			Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	7%	Meta = 90%	

META 2: Gestionar los recursos para avanzar en un sistema de información gerencial para la toma de decisiones considerando los lineamientos del Servicio de Salud Araucanía Norte.						
Ponderación: 20%						
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
1 Implementación de un Plan bienal de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones.	10%	Actividades realizadas/actividades programadas en el periodo	10%	Meta = 90%	En la actualidad se encuentra en distinto grado de implementación el sistema de urgencia, some, Farmacia, Atención Cerrada, Registro de Hojas Diarias y Ref contra Ref. Pero no en todas las Unidades que tienen la posibilidad de registrar lo realizan.	
2 Entregar mensualmente información a los CR, sobre su cumplimiento de metas.	10%	Informes y reportes enviados a cada CR mensualmente (SI-NO)	10%	Informes y reportes emitidos por cada sistema informático enviados al encargado de CR	Los Informes deben entregar al menos datos de uso del recurso cama, mortalidad, infecciones intrahospitalarias, actividad quirúrgica y ambulatoria. Debe haber una preocupación de hacer reportes ejecutivos.	
Sub total						

META 3: Optimizar un adecuado uso de los recursos físicos y financieros y gestionar para lograr un equilibrio presupuestario.

Ponderación: 45%						
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos		
<p>1 Coordinar y elaborar en conjunto con las subdirecciones y encargados de CR el proyecto de presupuesto para el año 2010 (Defenir marco presupuestario por CR)</p>	5%	Proyecto de Presupuesto elaborado y enviado a la DSSAN al 31 de agosto de 2009. Marco presupuestario por CR entregado al Director del Hospital y al DSSAN (SI - NO) (enero 2010)	Proyecto de presupuesto enviado a la DSSAN y Documento con Marco Presupuestario por CR elaborado e informado al Director y los encargados de CR con copia a la DSSAN. En fechas estipuladas.	El establecimiento debe elaborar y presentar oportunamente el proyecto de Presupuesto considerando las políticas del Minsal y realizar un marco presupuestario por CR e informarlo oportunamente.		
<p>2 Monitorear permanentemente cada centro de responsabilidad respecto del cumplimiento de su respectivo presupuesto.</p>	5%	Reporte mensual de cumplimiento de presupuesto por CR (SI - NO)	Reportes de monitoreo mensuales enviados a los encargados de CR.	A partir del año 2009. Monitorear e informar el cumplimiento del presupuesto por CR.		
<p>3 Realizar un Plan anual de Compras</p>	5%	Plan anual de Compras (SI - NO) Compras realizadas / Total compras programadas para el periodo	Plan anual de Compras Aprobado. Meta = 90%	El plan debe reflejar las necesidades del establecimiento bajo el marco presupuestario.		

4	Gestionar y controlar los Ingresos del año	5%	Ingresos propios devengados/Ingresos propios programados	5%	Meta = 10% de aumento.	Considerar como línea base el porcentaje obtenido del indicador en el mes que se inicia el periodo de evaluación
5	Disminuir la antigüedad de la Deuda Total.	5%	Deuda Total concentrada entre 0 y 50 días/Deuda Total en el periodo	5%	Meta = 70%	
6	Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.	5%	((Ingresos operacionales año t - gastos operacionales año t) / gastos operacionales año t) * 100 = -3%	5%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria. Meta = 3% al 31 de diciembre de 2009.	
7	Realizar un plan anual de mantenimiento de los recursos.	5%	Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	5%	Plan cuantificado y aprobado por el Director de Hospital y SDA de la DSSAN. Meta = 90%	Plan debe reflejar las necesidades de mantenimiento y programación de éstas durante el año. Cada equipo debiera tener una hoja de vida.

8	Participar activamente en el Comité de Farmacia del Establecimiento.	5%	Comité de Farmacia formalizado y en funcionamiento.	5%	Resolución que crea el Comité de Farmacia y Actas de reuniones del mismo en el periodo de evaluación (mínimo 4 reuniones)	El Comité debiera reunirse al menos cada tres meses. El Comité debe coordinar el proceso de manejo de inventario. El inventario de farmacia debe ser planificado y controlado de acuerdo a la demanda del establecimiento. Deben eliminarse las pérdidas por merma y descontinuación de medicamentos por fecha de vencimiento.
9	Establecer la programación de compra de fármaco en relación con el marco presupuestario	5%	Programación realizada enero 2009 (SI - NO).	2%	Programación entregada al Director del hospital.	
			Actividades realizadas / Actividades propuestas en la Programación para el periodo.	3%	Meta = 90%	
Sub total						

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 2010- 2011

META 1: Liderar el equipo directivo de la Subdirección, generando en su área de gestión, procesos coordinados de planificación, en función del modelo de establecimiento autogestionado en RED.					
Ponderación: 35%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
1 Confeccionar y desarrollar el Plan Anual de actividades de la Subdirección en concordancia con la Planificación Estratégica del Hospital	5%	Plan anual de actividades para el 2011 entregado al Director del Hospital en el mes de diciembre de 2010	Plan anual de actividades (SI - NO)	El plan anual debe elaborarse participativamente, con la finalidad de que las metas sean conocidas por todos y exista compromiso de cumplimiento con las actividades definidas para el año.	
		Actividades realizadas / Total Actividades programadas en el período de evaluación	3%		
2 Realizar reuniones trimestrales con el equipo directivo directamente dependiente (Encargados de CR y CC).	5%	Reuniones realizadas / Total reuniones programadas para el período	5%	Las reuniones de trabajo tienen la finalidad de ir evaluando el cumplimiento de metas y compromisos financieros. Además debe ser una instancia que permita la comunicación entre los distintos Centros de Costos.	

3	Realizar reuniones de coordinación bimensuales con los encargados de CR del hospital	10%	Reuniones realizadas (SI - NO)	10%	Asistencia y acia con acuerdos (mínimo 6)	El SDA debe reunirse con los encargados de CR y de CC una vez que estos estén asignados con la finalidad de acompañarlos en su gestión.
4	Elaborar informes financieros al menos trimestralmente.	5%	Reportes financiero contables con análisis de la situación enviados al Director del Establecimiento y al Servicio.	5%	Reportes enviados al Director del Establecimiento y al SDA del SSAN (mínimo 4 reportes)	Estos informes deben apoyar al equipo directivo del establecimiento en la toma de decisiones.
5	Lograr avanzar en la Normalización del Hospital Angol.	10%	Plan trienal asociado del establecimiento a la normalización, revisado y actualizado en diciembre 2010, validado por DSSAN	3%	Plan actualizado enviado a DSSAN.	El establecimiento debe elaborar un plan de cómo llevará a cabo el proceso de Normalización con la conformación de un equipo que lidere y controle las distintas etapas de avance del proyecto.
	Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	7%		Meta = 90%		
Sub total						

META 2: Gestionar los recursos para avanzar en un sistema de información gerencial para la toma de decisiones considerando los lineamientos del Servicio de Salud Araucanía Norte.					
Ponderación: 20%					
Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Ponderación	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1 Implementación de un Plan bienal de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones.	10%	Actividades realizadas/actividades programadas en el periodo	10%	Meta = 90%	En la actualidad se encuentra en distinto grado de implementación el sistema de urgencia, some, Farmacia, Atención Cerrada, Registro de Hojas Diarias y Ref contra Ref. Pero no en todas las Unidades que tienen la posibilidad de registrar lo realizan.
2 Entregar mensualmente información a los CR, sobre su producción y grado de cumplimiento de metas.	10%	Informes y reportes enviados a cada CR mensualmente (SI-NO)	10%	Informes y reportes emitidos por cada sistema informático enviados al encargado de CR	Los Informes deben entregar al menos datos de uso del recurso cama, mortalidad, infecciones intrahospitalarias, actividad quirúrgica y ambulatoria. Debe haber una preocupación de hacer reportes ejecutivos.
Sub total					

META 3: Optimizar un adecuado uso de los recursos físicos y financieros y gestionar para lograr un equilibrio presupuestario.

Ponderación: 45%

Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
<p>1 Coordinar y elaborar en conjunto con las subdirecciones y encargados de CR el proyecto de presupuesto para el año 2011 (Defenir marco presupuestario por CR)</p>	5%	Proyecto de Presupuesto elaborado y enviado a la DSSAN al 31 de agosto de 2010. Marco presupuestario por CR entregado al Director del Hospital y al DSSAN (SI - NO) (enero 2011)	Proyecto de presupuesto enviado a la DSSAN y Documento con Marco Presupuestario por CR elaborado e informado al Director y los encargados de CR con copia a la DSSAN. En fechas estipuladas.	El establecimiento debe elaborar y presentar oportunamente el proyecto de Presupuesto considerando las políticas del Minsal y realizar un marco presupuestario por CR e informarlo oportunamente.
<p>2 Monitorear permanentemente cada centro de responsabilidad respecto del cumplimiento de su respectivo presupuesto.</p>	5%	Reporte mensual de cumplimiento de presupuesto por CR (SI - NO)	Reportes de monitoreo mensuales enviados a los encargados de CR.	A partir del año 2009 Monitorear e informar el cumplimiento del presupuesto por CR.
<p>3 Realizar Plan anual de Compras</p>	5%	Plan anual de Compras (SI - NO) Compras realizadas / Total compras programadas para el periodo	Plan anual de Compras Aprobado. Meta = 90%	El plan debe reflejar las necesidades del establecimiento bajo el marco presupuestario.
<p>4 Gestionar y controlar los ingresos del año</p>	5%	Ingresos propios devengados/Ingresos propios programados	Meta = 10% de aumento.	Considerar como línea base el porcentaje obtenido del indicador en el mes que se inicia el periodo de evaluación
<p>5 Disminuir la antigüedad de la Deuda Total.</p>	5%	Deuda Total concentrada entre 0 y 50 días/Deuda Total en el periodo	Meta = 100%	

6	Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.	5%	(Ingresos operacionales año t - gastos operacionales año t) / gastos operacionales año t) * 100] = -1,5%	5%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria. Meta = -1,5% al 31 de diciembre de 2010.	Convenio de presupuesto con la Dirección de Servicio.
7	Realizar un plan anual de mantenimiento de los recursos.	5%	Actividades realizadas / Actividades propuestas en el Plan para el periodo.	5%	Plan cuantificado y aprobado por el Director de Hospital y SDA de la DSSAN Meta = 90%	Plan debe reflejar las necesidades de mantención y programación de éstos durante el año. Cada equipo debiera tener una hoja de vida.
8	Participar activamente en el Comité de Farmacia del Establecimiento.	5%	Comité de Farmacia formalizado y en funcionamiento.	5%	Resolución que crea el Comité de Farmacia y Actas de reuniones del mismo en el periodo de evaluación (mínimo 4 reuniones)	El Comité debiera reunirse al menos cada tres meses. El Comité debe coordinar el proceso de manejo de inventario. El inventario de farmacia debe ser planificado y controlado de acuerdo a la demanda del establecimiento.
9	Establecer la programación de compra de fármaco en relación con el marco presupuestario	5%	Programación realizada enero 2009 (SI - NO). Actividades realizadas / Actividades propuestas en la Programación para el periodo.	2% 3%	Programación entregada al Director del hospital. Meta = 90%	Deben eliminarse las pérdidas por merma y descontinuación de medicamentos por fecha de vencimiento.
Sub total						

III. Apoyo del Superior

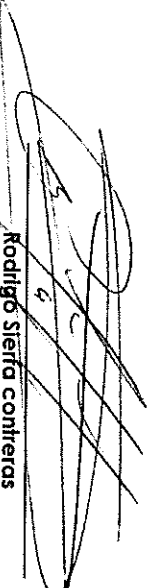
Indicar y describir los apoyos que el jefe del directivo involucrado en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

El Director de Servicio se compromete a entregar las orientaciones para el cumplimiento del presente convenio.

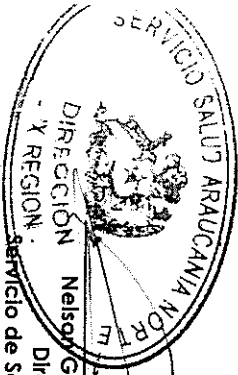
IV. Factores Externos

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

En casos en que el cumplimiento de los Objetivos de Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de Fuerza Mayor calificadas por el Director a través de una Resolución, se establecerá en la misma el procedimiento a seguir para la evaluación del periodo correspondiente.



Rodrigo Sierra Contreras
Subdirector Administrativo
Hospital de Angol



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NOROCCIDENTAL
DIRECCIÓN - X REGIÓN
Nelson Gaete Quijón
Director
Servicio de Salud Araucanía
Noche