

CONVENIO DE DESEMPEÑO

INTRODUCCIÓN

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.

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	ALEJANDRA BRAVO ESPINOZA
Cargo	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
Institución	HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
Dependencia directa del cargo:	DIRECTOR SERVICIO DE SALUD DEL MAULLE
Período de desempeño del cargo:	01 DE ENERO DE 2009 HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2011

Fechas de evaluación del presente convenio	
Primera Evaluación	01 DE ENERO DE 2010
Segunda Evaluación	01 DE ENERO DE 2011
Tercera Evaluación	01 DE ENERO DE 2012
Evaluación Final	01 DE ENERO DE 2012

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 01.01.09 hasta el 31.12.09)

META 1: Fortalecer el área de Gestión Administrativa mediante la implementación de Sistemas y Políticas de Recursos Físicos y Financieros.					
Ponderación: 25%					
	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1	Liderar la Gestión de Recursos Físicos y financieros Reconstruyendo y fortaleciendo la Subdirección Administrativa del Establecimiento	5%	Plan de trabajo Anual	Documento Plan, calendario de reuniones, actas, listas de asistencia	
2	Velar por el fortalecimiento del uso de los Sistemas Informáticos (ABASTECIMIENTO, SIRH, SIGFE, WINSIG, FARMACIA, Gestión de Documentos "GDOC") en el Establecimiento.	5%	Documento diagnóstico de uso de los Sistemas de Información. Documentos de nombramiento de líderes por Sistema y encargado Informático por Sistema. Documento Plan de Mejora con indicadores cualitativos y cuantitativos medibles al término del periodo.-	Informe del Jefe de Informática del Servicio referido al cumplimiento del plan de mejora.-	Contar con apoyo del Depto. De informática del Servicio para realizar el diagnóstico.-
3	Gestionar aumento en la intermediación con CENABAST	5%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enviar propuesta de aumento ➤ Registrar aumento en sistema dispuesto pro CENABAST ➤ Realizar reuniones periódicas con ejecutivos CENABAST ➤ Concretar vistas a bodegas CENABAST ➤ Integrar a Subdirección de Gestión 	Actas de reuniones Actas o protocolos de acuerdo Informes enviados a SDA de SSM	Contar con referente oficial en CENABAST

			de cuidados y jefe de farmacia en el proceso de aumento	
4	Desarrollar e implementar una política de Gestión de Abastecimiento eficiente y eficaz.	10%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definir Plan Anual de Compras del Establecimiento, para el año 2010. ➤ Reactivar Comité de Adquisiciones, con reuniones mensuales. ➤ Establecer Comité de Insumos con reuniones mensuales ➤ Uso del Sistema Informático de Bodega SI/NO ➤ Diagnóstico sistema actual de abastecimiento o entrega de productos y propuesta de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución aprueba Plan Anual de Compras propuesto a la autoridad. -Resolución de Constitución del Comité de Adquisiciones - Actas de reuniones comité de Adquisiciones y listas de asistencia. Actas de reuniones comité de Insumos y listas de asistencia. - Informe del Departamento de Informática del Servicio
	Subtotal	25%		

META 3: Liderar la gestión administrativa en el proceso de transformación de Establecimiento Autogestionado en la Red.					
Ponderación: 25%					
Objetivos de resultados	Pond	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos	
1 Apoyar y supervisar el diseño de la organización interna del establecimiento en tránsito hacia la Autogestión en red (Centro de Responsabilidad)	15%	El 100% de los CR definidos por Resolución y propuesta de jefatura para encomendación de funciones, de acuerdo a lineamientos del Manual de Acreditación EAR. Al menos el 30% de los informes para la gestión de los CR, están disponibles.	Informe de Auditoría del Servicio.	Se disponga de un Informe estado de avance del proyecto, generado por el responsable de la implementación de EAR en Hospital Trabajo coordinado con las Subdirecciones del Establecimientos.	
2 Liderar la implementación del sistema de costo definido por el Nivel central y gestor de la Red	10%	Cronograma de implementación del sistema de costo (WINSIG)	Carta Gantt.	Que se mantenga la política de implementación del sistema WINSIG como herramienta de costo para los Establec.	
Subtotal	25%				
META 4: Liderar los diferentes procesos en el ámbito de Gestión de Inversiones del Hospital Regional de Talca					
Ponderación: 25%					
Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de Verificación.	Sup. Básicos	
1 Elaborar e implementar un plan de contingencia y medidas de gestión orientado a facilitar el proceso de normalización y asegurar la operación continua del establecimiento durante el periodo de ejecución de obras civiles del Hospital Regional de Talca.	10%	-Plan de contingencia y medidas de gestión (SI-NO). -Porcentaje de implementación del plan.	-Plan de contingencia y medidas de gestión. -Informe de estado de avance del plan de contingencia validado por el Director del Hospital.	-Programación de ejecución de obras civiles por parte de la Unidad Técnica del Servicio de Salud del Maule.	
2 Gestionar desde su área y nivel de competencias las medidas para la implementación del Modelo de Gestión asociado al proceso de normalización del establecimiento.	10%	-Porcentaje de implementación del Modelo de Gestión del área. -Registro de acciones y gestiones de mejora del nivel actual de implementación del modelo de	-Informe de avance de las etapas realizadas para la implementación del Modelo de Gestión validado por el Director del Hospital.	Trabajo coordinado con las Subdirecciones del Establecimiento. -Existe modelo de gestión y plan de implementación de este.	

			gestión en el ámbito de su competencia		(Modelo de Gestión anexo al Convenio) Existe un informe de diagnóstico de estado de implementación actual del modelo de gestión. Para evaluar sobre este.
3	Participar activamente en un Comité de Puesta en Marcha, que de cuenta de la implementación del Proyecto de Normalización del Establecimiento.	5%	Asistencia sobre el 80% a reuniones del Comité	Resolución de Creación del comité de Puesta en Marcha. Actas de Reuniones Nóminas de asistencia	Exista un Comité de Puesta en Marcha en el Establecimiento
	Subtotal	25%			

META 2: Fortalecer la gestión financiera y administrativa del Establecimiento					
Ponderación: 25%					
	Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1	Compromiso de Gestión N° 5: "Uso eficiente de recursos"	10 %	Según detalle de C.G en anexo Convenio	Según CG. Del año	
2	Implementación 2 <i>iniciativas de negocios Eficientes</i> , con el Subsistema público-privado de salud	10 %	Informe cuantitativo y cualitativo de las iniciativas de negocios implementados con el subsistema de salud público-privado.	Validación informe por el Depto. de auditoría DSSM.	
3	Implementar medidas de Control de Gestión interno en las áreas Administrativas y Asistenciales concensuadas por equipo Directivo del Establecimiento.	5 %	Dos medidas de Control Interno implementadas	Operativas al término del primer periodo, 2 medidas de control de gestión en las áreas administrativa y asistencial.	
Subtotal		25 %			

META 3: Liderar la gestión administrativa para el proceso de transformación de Establec. Autogestionado en la Red					
Ponderación: 25%					
	Objetivos de resultados	Pond	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1	Liderar la implementación del sistema de costo definido por el Nivel central y gestor de la Red	10%	Cronograma de implementación del sistema de costo (Winsig)	Carta Gantt.	Que se mantenga la política de implementación del sistema Winsig como herramienta de costo para los Establec.
2	Puesta en marcha del 100% de los Centros de Responsabilidad del Establecimiento Autogestionados en Red	15%	Existencia de contrato entre C. R. y Dirección del establecimiento.	Resolución que aprueba contrato.	La ley establece que el establecimiento pasa a ser Autogestionado a contar del 01.02.2010.
Subtotal		25 %			

META 4: Liderar los diferentes Procesos en el ámbito de Gestión de Inversiones del Hospital Regional de Talca						
Ponderación: 25 %						
Objetivos de resultados	Pond	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos		
1 Elaborar e implementar un plan de contingencia y medidas de gestión orientado a facilitar el proceso de normalización y asegurar la operación continua del establecimiento durante el periodo de ejecución de obras civiles del Hospital Regional de Talca.	10%	-Plan de contingencia y medidas de gestión (SI-NO). -Porcentaje de implementación del plan.	-Plan de contingencia y medidas de gestión. -Informe de estado de avance del plan de contingencia validado por el Director del Hospital.	-Programación de ejecución de obras civiles por parte de la Unidad Técnica del Servicio de Salud del Maule.		
2 Gestionar desde su área y nivel de competencias las medidas para la implementación del Modelo de Gestión asociado al proceso de normalización del establecimiento.	10%	-Porcentaje de implementación del Modelo de Gestión del área.	-Informe de avance de las etapas realizadas para la implementación del Modelo de Gestión validado por el Director del Hospital.	-Trabajo coordinado con las Subdirecciones del Establecimiento -Existe modelo de gestión y plan de implementación de este.		
3 Participar activamente en un Comité de Puesta en Marcha, que de cuenta de la implementación del Proyecto de Normalización del Establecimiento.	5%	Asistencia sobre el 80% a reuniones del Comité	Actas de Reuniones y Nóminas de asistencia del comité de Puesta en Marcha.	Exista un Comité de Puesta en Marcha en el Establecimiento		
Subtotal	25 %					

AÑO 3: (Desde 01-01-2011 hasta el 31-12-2011)

META 1: Fortalecer el área de Gestión Administrativa mediante la implementación y desarrollo de sistemas y políticas de Recursos Físicos y financieros.				
Ponderación: 25%				
Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de Verificación.	Supuestos Básicos.
1 Liderar la Gestión de Recursos Físicos y financieros Reconstruyendo y fortaleciendo la Subdirección Administrativa del Establecimiento	5%	Plan de trabajo Anual	Documento Plan, calendario de reuniones, actas, listas de asistencia	
2 Velar por el fortalecimiento del uso de los Sistemas Informáticos (Recaudación) en el Establecimiento.	10%	Plan de trabajo Anual La recaudación de las atenciones Hospitalarias son realizadas 100% a través del Sistema.	Documentos de nombramiento de líderes por Sistema y encargado Informático por Sistema. Documento Plan de trabajo. Informe del Jefe de Informática del Servicio.	
3 Desarrollar e implementar una política de Gestión de Abastecimiento eficiente y eficaz.	10%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ratificar Plan Anual de Compras del Establecimiento. ➤ Reuniones Mensuales del comité de Abastecimiento (Insumo) ➤ Incorporación del Sistema Informático de Bodega SI/NO 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Anual de Compras visado por la autoridad. Que el Plan de Compras sea utilizado por el comité de Abastecimiento. - Actas de reuniones, listas de asistencia. - Informe del Departamento de Informática del Servicio 	Desarrollar e implementar una política de Gestión de Abastecimiento eficiente y eficaz.
Subtotal	25 %			

META 2: Fortalecer la gestión financiera y administrativa de la Red				
Ponderación: 25 %				
Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1 Compromiso de Gestión "uso eficiente de recursos"	10 %	Según detalle de Compromiso de Gestión (Anexo 1)	Reporte CONGES Según Web.	
2 Evaluación de las iniciativas de negocio implementadas en el año 1 y año 2, complementariedad público – privada	5 %	Informe cuantitativo y cualitativo de las iniciativas de negocios implementadas con el Subsistema de Salud Público – privado, derivado al Subdirector de RRRFF de la DSSM.	Validación informe por el Depto de Auditoría Dirección Servicio de Salud del Maule.	
3 Implementar medidas de Control de Gestión interno en las áreas Administrativas y Asistenciales concensuadas por equipo Directivo.	10 %	Dos medidas de Control de Gestión implementadas	Operativas al término del primer periodo, 2 medidas de control de gestión en las áreas administrativa y asistencial.	
Subtotal	25 %			
META 3: Apoyo en la gestión administrativa para el proceso de transformación de Establecimientos Autogestionado en la Red				
Ponderación: 25 %				
Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos Básicos
1 Evaluar Avance Funcionamiento de los Centros de Responsabilidad en los Establecimientos Autogestionados en Red	10 %	Brechas existentes en la instalación del modelo de autogestión	Informes de monitoreo y evaluación.	
2 Apoyar la Mantenención y uso del Sistema de costeo definido por el Nivel central.	15 %	Cronograma de aplicación del sistema de costeo (WINSIG)	Carta Gantt	Que se mantenga la política de implementación del sistema WINSIG como herramienta de costeo para los Establecimientos.
Subtotal	25 %			

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 y el Equipo Directivo del Servicio de Salud, se comprometen a apoyar su gestión como parte del Equipo Directivo del Hospital Regional de Talca.

IV. Factores Externos

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

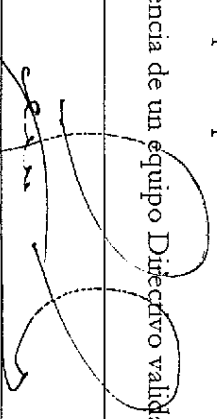
Las metas se van adecuando a las prioridades Ministeriales en concordancia a la agenda presidencial

Cuando los cambios alteren el normal cumplimiento del convenio pactado y limiten su logro se podrá solicitar, en cualquier tiempo, y por alguna de las partes su revisión y adecuación.

Considerar para el primer año de evaluación, firma de los acuerdos en 06 de 2010.

La existencia de un equipo Directivo validado se considera fundamental para el desarrollo de las gestiones de esta SDA

FIRMA:



ALEJANDRA BRAVO ESPINOZA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

FIRMA:



DR. JORGE TORO ALBORNOZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE