



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Nº 367.-.- 31-03-2010
DRA. ESV/ELN/vjc

17:30
6 ABR. 2010
Nº DE INGRESO 865.E.1328

ORD. Nº 1180 /

ANT.: Ley 19.882/03

MAT.: Adjunta Resoluciones exentas y
Convenios Altos Directivos Públicos.

PUERTO MONTT, 5 ABR 2010

DE : DIRECTORA SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

**A : SRA. ROSSANA PEREZ FUENTES
DIRECTORA NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL**

Adjunto a la presente envío a Ud., resoluciones y convenios de desempeño de Gladys Marcela Cárcamo Hemmelmann, Subdirectora Administrativa Gr. 4º del Hospital de Puerto Montt y de D. Bárbara Del Pino Villarreal, Subdirectora Administrativa Gr. 3º de la Dirección Servicio Salud Del Reloncaví.

Saluda atentamente a Ud.,



**DRA. EUGENIA SCHNAKE VALLADARES
DIRECTORA SERVICIO SALUD DEL RELONCAVI**

DISTRIBUCION:

- Sra. Directora Nacional Servicio Civil
- Subdirección Administrativa D.S.S.
- Sra. Gabriela Lissi A., Jefe Depto. Gestión de la Información
- Depto. Auditoría D.S.S
- Subdirección Administrativa Hospital de Puerto Montt
- Subdirección Recursos Humanos
- Oficina de Partes.

SUBDIRECCION ALTA
DIRECCION PUBLICA
06 ABR. 2010
INGRESO 228
CORRESPONDENCIA Nº

23 MAR. 2010

RESOLUCIÓN EXENTA N°

0674

PUERTO MONTT,

22 MAR 2010

negrita
h m
gls

VISTOS: Ley N° 19.882 de 2003, que regula nueva política de personal a los funcionarios públicos que indica; Decreto N°1580 de 2005, que aprueba el Reglamento que regula la formulación y funcionamiento de los convenios de desempeño para los altos directivos públicos establecidos en el párrafo 5° del título VI de la Ley 19.882; Resolución N°1.600 de la Contraloría General de la República; D.F.L. 29 de 2004, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834 sobre Estatuto Administrativo; D.F.L. N°1 de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 de 1979 y otros cuerpos legales; D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicio de Salud y D.S. N° 552 de 2008, dicto la siguiente

R E S O L U C I O N

1°.- **APRUÉBASE** Convenio de Desempeño de **D. GLADYS MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN**, RUN N°8.738.546-9, Grado 4°, Titular, Subdirectora Administrativa (920) del Hospital de Puerto Montt, correspondiente al periodo 01 de junio de 2009 al 31 de mayo de 2012, cuyas fechas de evaluación son las siguientes:

- Fecha Evaluación 1er. Año de gestión : 31 de mayo de 2010.
- Fecha Evaluación 2do. Año de gestión : 31 de mayo de 2011.
- Fecha Evaluación 3er. Año de gestión : 31 de mayo de 2012.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



DRA. EUGENIA SCHNAKE VALLADARES
DIRECTORA SERVICIO SALUD
DEL RELONCAVÍ

TRANSCRITO FIELMENTE



Distribución

- 1 Subdirección RR. HH. D.S.S.
- 1 Depto. Gestión de la Información
- 1 Depto. Gestión de las Personas
- 1 Subdirección Administrativa Hosp. Pto. Montt

- 1 Auditoría D.S.S.
- 1 Dirección Hosp. Pto. Montt
- 1 Oficina Partes D.S.S.
- 1 Interesada (SDA HPM).-



CONVENIO DESEMPEÑO

I. ANTECEDENTES GENERALES

| | |
|--------------------------------|---|
| Nombre | SRA. GLADYS MARCELA CARCAMO HEMMELMANN |
| Cargo | SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA |
| Institución | HOSPITAL PUERTO MONTT |
| Fecha nombramiento | Junio 01 de 2009 |
| Dependencia directa del cargo | Director Hospital de Puerto Montt |
| Período de desempeño del cargo | 01/06/2009 al 31/05/2012 |

| | |
|-------------------------------------|----------|
| Fecha evaluación 1er año de gestión | 31/05/10 |
| Fecha evaluación 2do año de gestión | 31/05/11 |
| Fecha evaluación final | 31/05/12 |

Objetivo N° 1: Desarrollo del área institucional y conducción estratégica del Hospital de Puerto Montt

Ponderación: 20%

| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Indicadores | | | Medios de Verificación | Supuestos | | | | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------|------|--|--|--|
| | | Meta/ Ponderador Año 1 | Meta/ Ponderador Año 2 | Meta/ Ponderador Año 3 | | | | | | |
| 1.1 Porcentaje de etapas de implementación para funcionamiento de procesos del Sistema de Control de Gestión Operativo en el ámbito de la gestión administrativo/financiera ¹ | (N° de etapas implementadas para el funcionamiento del Sistema de Control de Gestión Operativo en el año t / N° Total de etapas comprometidas a implementar ² para el funcionamiento del Sistema de Control de Gestión Operativo)*100. | 100% | 100% | 20% | 100% | 20% | 20% | Informe del Hospital con procesos a implementar en cada etapa definidos a nivel local con fecha anterior al inicio de ejecución de las etapas. | | |
| 1.2 Porcentaje de cumplimiento de las metas de los Compromisos de Gestión asignados por la Dirección del Servicio de Salud al Hospital de Puerto Montt en el área de gestión administrativa ³ | Promedio de Notas finales obtenidas en el área administrativa correspondientes al año t / Promedio de Nota final comprometida a cumplir en el año t | 100% | 100% | 20% | 100% | 20% | 100% | 20% | Informes trimestrales del grado de cumplimiento de los Compromisos de Gestión enviados por la directiva a la Dirección del Servicio de salud | |

¹ El sistema de Control de Gestión Operativo incluye: Seguimiento financiero y presupuestario, Control de insumos, medicamentos y otros insumos médicos por centro de costo, existencia de bodega, proceso de gestión del EAR

² Los procesos a implementar consideran la ejecución de las siguientes etapas: 1. Emisión y Control del Informe trimestral por Centro de Responsabilidad del comportamiento del gasto en subtítulo 21 y 22; 2. Presentación y ejecución de un proyecto al año en materia de control del uso en medicamentos e insumos; 3. Desarrollo, instalación y control de un sistema informático que permita la gestión del establecimiento en base al modelo EAR (se compromete un proyecto anual).

³ Los Compromisos de Gestión del área Administrativa incluye todos los compromisos adquiridos en el ámbito de la Gestión Financiera, de Recursos Físicos y Recursos Humanos

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1.3 Definición anual de compromisos y metas por cada Centro de Responsabilidad Clínico y de Apoyo del Hospital de Puerto Montt en el ámbito de la gestión administrativa de dichos centros.⁴</p> | <p>(N° de Centros de Responsabilidad con documento de definición de metas y compromisos firmados en el período/N° de Centros de Responsabilidad clínicos y de apoyo clínico funcionando)*100</p> | <p>100% 15% 100% 15% 100% 15%</p> | <p>Documento de definición de metas y compromisos firmado por cada jefe de centro de responsabilidad clínico y de apoyo clínico y la Dirección del Hospital.</p> |
| <p>1.4 Porcentaje de implementación de las etapas de la Estrategia de Hospital Amigo⁵ que contemple los requisitos establecidos, tanto para el área de hospitalización⁶ como de cirugía mayor ambulatoria⁷</p> | <p>Total acciones implementadas en el período en relación a Hospital Amigo⁸ / Total de acciones programadas para el período en el Plan de Hospital Amigo) *100</p> | <p>100% 15% 100% 15% 100% 15%</p> | <p>Plan de implementación entregado a la Dirección del Servicio de Salud. Informes de avance semestral sobre acciones implementadas en relación a las programadas en el Plan. Actas de reuniones participativas de los servicios clínicos Aplicación pauta de evaluación pro parte del SS para verificar cumplimiento de los protocolos relacionados con la implementación de la Estrategia de Hospital Amigo. Encuesta de conocimiento realizada a funcionarios de los servicios clínicos</p> |

⁴ La definición anual de compromisos y metas debe considerar formulación a lo menos: Metas basadas en Compromisos de Gestión anualmente comprometidos por el Hospital de Puerto Montt, PPV GES y No GES, metas de relacionados con definición de planes de emergencia, implementación estrategia Hospital Amigo.

⁵ La estrategia debe considerar a lo menos: Aplicación pauta de evaluación, encuesta conocimiento, reuniones participativas en todos los servicios clínicos para lograr compromiso, incluir en los consejos técnicos del Hospital presentaciones y discusión sobre trato a los usuarios y calidad de la atención, implementación de las medidas de seguridad para funcionarios y usuarios acordadas con la Dirección del Servicio y/o en el Comité de Hospital Amigo

⁶ En el área de hospitalización la estrategia debe contemplar a lo menos: Información diaria al familiar o paciente sobre estado y tratamiento, visita (6 horas a todos los pacientes hospitalizados y nocturno a pacientes pediátricos no críticos y adultos mayores), inducción y capacitación a acompañantes en alimentación asistida y cuidado generales, información e indicaciones al alta, capacitación al cuidador en caso que lo amerite.

⁷ En el área cirugía mayor ambulatoria la estrategia debe contemplar al menos: Información específica previo al ingreso del paciente, entrega de instrucciones escritas, comunicación telefónica

⁸ Las acciones comprometidas son: 1. Implementación de medidas de seguridad para funcionarios y usuarios acordados con la DSS y Comité Hospital Amigo (1 proyecto por año); 2. Ejecutar un proyecto por año que permita mejorar el sistema de visita en trato, calidad e información al usuario; 3. Ejecutar dos proyectos al año en materia de información al usuario y familiares y educación al paciente.

| | | | | | | | | |
|--|---|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--|
| <p>1.5 Porcentaje de implementación de sistema de información y gestión de reclamos en la Urgencia y área de hospitalización⁹</p> | <p>(N° de etapas programadas/N° de etapas ejecutadas)* 100</p> | <p>33%</p> | <p>15%</p> | <p>66%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>Informe entregado a la dirección del Servicio de Salud con verificadores correspondientes: Actas de reuniones, resoluciones de responsabilidad, documentos de difusión.</p> |
| <p>1.6 Estructuración del Comité de Gestión de Reclamos¹⁰ para el Hospital de Puerto Montt</p> | <p>N° de reuniones del comité con presencia de representantes definidos/ N° de reuniones realizadas</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>Informe entregado a la Dirección del Servicio que contenga: Actas de reuniones y Documento con descripción de funciones del comité.</p> |

⁹ La implementación debe considerar la difusión al interior del hospital de las funciones de OIRS y el grado de implementación de hospital amigo. La estrategia debe considerar al menos definición de horarios de atención, con personal capacitado para atención en horarios de visita y un sistema de recepción de solicitudes ciudadanas y de información las 24 hrs. del día en Urgencia del Hospital con personal responsable y capacitado.

¹⁰ La estructuración del Comité debe considerar la participación permanente de un representante del Director del Hospital y uno de la Subdirección Administrativa, además de representantes de los centros de responsabilidad con mayor porcentaje de reclamos, representantes de consejo consultivo, representantes de funcionarios y encargada de oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Además debe existir un documento que describa las funciones del comité de gestión de reclamos que considere a lo menos análisis y propuestas de planes de mejoras en relación a los reclamos recibidos y al flujograma del proceso de gestión de reclamos.

Objetivo N° 2: Desarrollo del Área de Gestión Asistencial del Hospital de Puerto Montt

Ponderación: 20%

Indicadores

| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Indicadores | | | Medios de Verificación | Supuestos |
|--|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|--|
| | | Meta/ Ponderador Año 1 | Meta/ Ponderador Año 2 | Meta/ Ponderador Año 3 | | |
| 2.1 Cumplimiento de las acciones programadas para la centralización de la atención de horas de especialidad, controles, intervenciones quirúrgicas y procedimientos en una sola unidad responsable ¹¹ | $(\text{N}^\circ \text{ de etapas implementadas para la centralización de horas} / \text{N}^\circ \text{ total de etapas comprometidas para la centralización de horas}) * 100$ | 100% | 100% | 25% | Informe de avance que contenga resoluciones y documentos requeridos para el proceso de centralización | |
| 2.2 Sistema unificado de registro de gestión de demanda para consultas, controles, procedimientos e intervenciones quirúrgicas ¹² | $(\text{N}^\circ \text{ de etapas implementadas para construcción de un sistema unificado de gestión de demanda} / \text{N}^\circ \text{ total de etapas comprometidas para implementar sistema}) * 100$ | 33% | 66% | 25% | Entrega mensual de avance en relación a programación realizada | Recursos necesarios para su implementación |

¹¹ La estrategia de centralización debe considerar el proceso de implementación y puesta en marcha. La descentralización de dación de horas debe explicitarse en un documento que defina la unidad responsable de dación de horas, debe contar con un manual de funciones que defina responsables y flujograma de dación de horas. Se compromete la realización de un proyecto por año que permita mejorar el sistema de descentralización de la Dación de Horas de Especialidad, además de la definición de los responsables de la dación de horas, elaboración de manual y flujo de procesos

¹² El área de gestión de demanda para consultas se desarrollará a través del Proyecto SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial) que se comenzará a implementar a partir del mes de enero 2010

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>2.3 Desarrollo e implementación de sistema informático para apoyo a la gestión de camas</p> | <p>(Nº de etapas implementadas para el desarrollo e implementación de un sistema de apoyo a la gestión de camas / Nº total de etapas comprometidas sistema)*100</p> | <p>33% 25% 66% 25% 100% 25%</p> | <p>Informe de avance entregado a la Dirección del Servicio. Reportes entregados pro el sistema una vez implementado.</p> | <p>Se mantiene o aumenta Presupuesto negociado anualmente con FONASA y se realizan transferencias correspondientes al Hospital de manera oportuna.</p> |
| <p>2.4 Asegurar las condiciones de oferta física y de recursos humanos necesarias para la realización del 100% de las actividades PPV GES y NO GES comprometidas anualmente entre la Dirección del Servicio de salud y la Subsecretaría de Redes para el Hospital de Puerto Montt</p> | <p>(Total prestaciones realizadas/Total prestaciones programadas)*100</p> | <p>100% 25% 100% 25% 100% 25%</p> | <p>Informe trimestral de las actividades realizadas (SIGGES y REM) y compras de servicio para prestaciones PPV GES y NO GES.</p> | <p>Se mantiene o aumenta Presupuesto negociado anualmente con FONASA y se realizan transferencias correspondientes al Hospital de manera oportuna.</p> |

Objetivo N° 3: Desarrollo del Área de Recursos Humanos

Ponderación: 20%

| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Indicadores | | | Medios de Verificación | Supuestos |
|--|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|
| | | Meta/ Ponderador Año 1 | Meta/ Ponderador Año 2 | Meta/ Ponderador Año 3 | | |
| 3.1 Plan de reducción del ausentismo por licencias médicas en el HPM ¹³ | (N° de actividades ejecutadas del Plan de reducción de ausentismo/N° actividades programadas)*100 | 100% | 15% | 100% | Informe de actividades mensuales de licencias médicas tipo 1 SIRH Informes mensuales de los antecedentes médicos y sociales de los funcionarios tratados | Personal con dedicación exclusiva con a lo menos un 50% de su jornada Trabajar en coordinación con la DSS |
| 3.2 Implementación de un sistema de detección de problemas de morbilidad en los funcionarios del Hospital de Puerto Montt y su oportuna derivación a especialistas del mismo establecimiento ¹⁴ | N° de funcionarios con más de 100 días de licencia/N° total de funcionarios (N° de funcionarios con EMPA realizados/ N° total de funcionarios del Hospital)*100 (N° de funcionarios con morbilidad derivados y controlados por especialistas/N° de funcionarios con morbilidad detectados)*100 (N° de funcionarios con educación en Prevención de Alcohol y drogas/N° total de funcionarios)*100 | 100% | 15% | 100% | Informe con actividades realizadas por el policlínico del personal. Nómina funcionarios derivados por el Policlínico del Personal a especialistas y reporte de funcionarios en control. Nómina de funcionarios con capacitación en programa del CONACE | |

¹³ El plan de reducción debe considerar el registro, detección e intervención en los funcionarios con más de 100 días de licencias realizado por personal de dedicación exclusiva

¹⁴ El Plan contempla a lo menos: implementación del EMPA en acciones de promoción, prevención y rehabilitación; sistema de detección de problemas de morbilidad y sistema de derivación a especialistas; implementación de un programa de prevención de alcohol y drogas (CONACE)

| | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--|--|
| <p>3.3 Proyectos aprobados por el Comité Central del MEL para el Hospital de Puerto Montt</p> | <p>N° de proyectos ejecutados del Plan/N° de proyectos aprobados.</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Informe de proyectos finalizados al 31 de diciembre de cada año</p> | <p>PAC Formulado de acuerdo a indicadores de proceso establecidos por el MINSAL</p> |
| <p>3.4 Cumplimiento de programa de capacitación definido para el Hospital de Puerto Montt¹⁵</p> | <p>N° de actividades ejecutadas en relación al programa/N° de actividades programadas.</p> | <p>90%</p> | <p>10%</p> | <p>90%</p> | <p>10%</p> | <p>90%</p> | <p>10%</p> | <p>Módulo de capacitación SIRH Informes SIGFE Informes de evaluación de actividades según cronograma</p> | <p>Cupos de cursos programados en el PAC con un mínimo de un 70% de cobertura de Envío remesas del período Mínimo 10 funcionarios por cada curso que aprueban capacitación</p> |
| <p>3.5 Procesos de inducción a funcionarios</p> | <p>N° de funcionarios nuevos capacitados/N° de funcionarios ingresados en el período</p> | <p>80%</p> | <p>10%</p> | <p>80%</p> | <p>10%</p> | <p>80%</p> | <p>10%</p> | <p>Nómina de funcionarios nuevos Registros en SIRH</p> | <p>Incluye contratos permanentes, reemplazos maternales u otros mayores a 6 meses. Cursos de mínimo 12 horas pedagógicas.</p> |

¹⁵ El cumplimiento del programa implica porcentaje de cumplimiento de las actividades, número de funcionarios capacitados, presupuesto ejecutado y funcionarios evaluados

| | | | | | | | | |
|--|---|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--|
| <p>3.6 Mantención o Disminución de tasa de accidentabilidad de 10% por año respecto al año anterior (2,85%)</p> | <p>Tasa del año evaluado/ tasa del año en curso</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Cálculo de tasa de accidentabilidad según informes emitidos por USO HPM</p> |
| <p>3.7 Mantención o Disminución de tasa de siniestralidad en 5 puntos respecto del año anterior (55,2%)</p> | <p>Tasa del año evaluado/ tasa del año en curso</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Cálculo de tasa de siniestralidad según informes emitidos por USO HPM</p> |
| <p>3.8 Porcentaje de cumplimiento de poblamiento integral de datos¹⁶ al sistema integrado de recursos humanos del personal activo del HPM</p> | <p>Nº de funcionarios ingresados y/o con relación de servicios completa y notificada/Nº de funcionarios activos</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>Auditoría trimestral informática coincidente con DIPRES Notificación de relación de servicio a los funcionarios</p> |
| <p>3.9 % de funcionarios que conocen el Plan Trienal de Buenas Prácticas Laborales¹⁷</p> | <p>Nº de funcionarios que conocen el Plan/Nº total de funcionarios</p> | <p>33%</p> | <p>10%</p> | <p>66%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Entrega material Encuesta Entrega Plan trienal por parte de la dirección de servicio</p> |

¹⁶ Vigentes e históricos

¹⁷ Considera la aplicación del manual de Reclutamiento y Selección aplicado a su contenido para cumplir con el Plan Trienal del Código de Buenas Prácticas Laborales (Nº de funcionarios seleccionados según manual/Nº total de funcionarios seleccionados (actas de concurso). Se compromete el desarrollo de un proyecto anual de difusión en materias relacionadas con las políticas de buenas prácticas laborales y contar con un proceso de reclutamiento y selección de personal acorde con las políticas de buenas prácticas laborales

Objetivo N° 4: Desarrollo del Área Financiera

Ponderación: 20%

| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Indicadores | | | Supuestos |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| | | Meta/ Ponderador Año 1 | Meta/ Ponderador Año 2 | Meta/ Ponderador Año 3 | |
| 4.1 Porcentaje de variación entre gasto total devengado en los subtitulos 21, 22 y 29 y los ingresos totales devengados | $\frac{\text{Gasto devengado en los subtitulos 21, 22 y 29/ Ingresos devengados}}{*100}$ | % < ó = a 1 15% | % < ó = a 1 15% | % < ó = a 1 15% | Que las transferencias sean enviadas al HPM oportunamente mes a mes. |
| 4.2 Porcentaje de variación entre el Presupuesto y los Gastos en Personal, Bs y Ss de Consumo y requisitos de inversión | $\frac{(\text{Presupuesto asignado por cada subtitulo 21, 22 y 29/gasto devengado real de cada subtitulo}) * 100}{*100}$ | % < ó = a 1 15% | % < ó = a 1 15% | % < ó = a 1 15% | Presupuesto modificado asignado al HPM y gasto devengado en Informe de Ejecución Presupuestaria SIGFE al 31 de diciembre. |
| 4.3 Elaborar y el controlar el presupuesto por Centro de Responsabilidad | $\frac{(\text{N° de CR con presupuesto elaborado/N° de CR definidos}) * 100}{*100}$ | 100% | 100% | 100% | Documento que de cuenta de la elaboración y control del presupuesto por CR, entregado al Dpto. de auditoría del DSS |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--|---|
| <p>4.4 Elaborar la formulación del Presupuesto del HPM</p> | <p>Formulación presupuestaria elaborada de acuerdo a pautas entregadas por le MINSAL</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Informe de formulación de presupuestos dentro del plazo estipulado a la Dirección del Servicio o MINSAL en el año que se requiera</p> | <p>Que la DSS y el MINSAL emitan los lineamientos para su ejecución</p> |
| <p>4.5 Recuperación de ingresos por percibir</p> | <p>(Ingresos percibidos del año/ingresos devengados del año)*100</p> <p>Ingresos percibidos años anteriores/Ingresos devengados años anteriores)*100</p> | <p>85%</p> | <p>10%</p> | <p>85%</p> | <p>10%</p> | <p>85%</p> | <p>10%</p> | <p>Informe de ejecución presupuestaria del Hospital de Puerto Montt extraído de SIGFE</p> | |
| <p>4.6 Recuperación de transferencias por atenciones médicas efectuadas a pacientes beneficiarios de la Ley N°16.744 (accidentes del trabajo y seguro escolar)</p> | <p>(N° de informes valorizados con atenciones médicas efectuadas/N° atenciones realizadas)*100</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>100%</p> | <p>10%</p> | <p>Informes mensuales recibidos en el Dpto. de Finanzas antes del 15 de cada mes siguiente de la fecha de efectuadas las atenciones</p> | |
| <p>4.7 Efectuar Programación Financiera del año, integrando esta herramienta de Gestión en la planificación de los ingresos y gastos del Hospital, con evaluación mensual de las variaciones.</p> | <p>Programa Financiero entregado al 28 de Febrero de cada año.</p> <p>(N° de informes de variaciones entre lo programado y real/6)*100</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>Entrega del Informe Financiero del Año en el Dpto de Finanzas de la Dirección del Servicio de Salud., antes del 28 de Febrero de cada año.</p> <p>Entrega del Informe Financiero abril, junio, agosto, octubre, diciembre con Informe de variaciones entre ejecuciones de ingresos y gastos programado y ejecutado.</p> | |

| | | | | | | | | |
|---|---|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|---|
| <p>4.8 Concentración de la Deuda Exigible del Subtítulo 22 Bs. y Servicios de Consumo entre 0 y 45 días</p> | <p>Deuda Total del Subtítulo 22 entre cero y cuarenta y cinco días.</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>100%</p> | <p>15%</p> | <p>El Hospital de Puerto Montt, informará mensualmente los días 3 de cada mes, la composición de antigüedad de la Deuda por Sub Títulos. Totales por Subtítulos, coincidentes con Ejecución Presupuestaria SIGFE.</p> |
|---|---|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|---|

Objetivo N° 5: Desarrollo del Área de Recursos Físicos e Informática del Hospital de Puerto Montt

Ponderación: 20%

Indicadores


| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Indicadores | | | Supuestos |
|--|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| | | Meta/ Ponderador Año 1 | Meta/ Ponderador Año 2 | Meta/ Ponderador Año 3 | |
| 5.1 Porcentaje de cumplimiento en la implementación de un Programa Informático ¹⁸ que permita visualizar el proceso de pago de las facturas de compras, desde su ingreso establecimiento hasta el pago. | (N° de etapas ejecutadas en la implementación del Programa Informático/N° de etapas programadas)*100 | 33% | 66% | 100% | Informe del Dpto. de Informática de la confección del programa. Reporte del Sistema año 2 en adelante. |
| 5.2 Elaboración y mantención inventario por cada dependencia del establecimiento | (N° de inventarios publicados/N° de dependencias establecimiento)*100 | 100% | 100% | 100% | Revisión física efectuada por le Dpto. de Auditoría del Servicio de Salud |
| 5.3 Elaboración hoja de vida de equipos médicos con vida útil sobre 5 años | (Cantidad de Hojas de Vida elaboradas/Cantidad de equipos según inventarios)*100 | 33% | 66% | 100% | Revisión de Hojas de Vida de equipos e inventario, verificadas por el Dpto. de Auditoría. |

¹⁸ La implementación del Programa contempla tres etapas: Año 1: Diseño, Año 2: Implementación y puesta en marcha, Año 3: Ejecución y evaluación

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| <p>5.4 Realizar de programación del hospital para efectuar compras planificadas a través del portal Chile Compra.</p> | <p>1.a) Compras realizadas a través del portal/ compras totales realizadas</p> <p>1.b) Monto de compras hechas según planificación/ Montos de compras planificadas</p> | <p>100%</p> <p>20%</p> <p>100%</p> <p>20%</p> <p>100%</p> <p>60%</p> | <p>100%</p> <p>20%</p> <p>100%</p> <p>60%</p> | <p>100%</p> <p>20%</p> <p>100%</p> <p>60%</p> | <p>Ordenes de compras</p> <p>Ejecución presupuestaria del gasto</p> <p>Informes de Abastecimiento sobre planificación y compras.</p> | <p>Utilización de portal Mercado Público.</p> |
| <p>5.5 Realizar un programa de mantención preventiva de maquinaria, equipamiento e infraestructura en el Hospital de Puerto Montt. Destinar mínimo un 1% del gasto del Subtítulo 22 a este ítem</p> | <p>Gasto ejecutado en mantención preventiva de maquinaria, equipos e infraestructura/Presupuest o asignado sobre el Sub. 22 *100</p> | <p>100%</p> <p>15%</p> <p>100%</p> <p>15%</p> | <p>100%</p> <p>15%</p> <p>100%</p> <p>15%</p> | <p>100%</p> <p>15%</p> <p>100%</p> <p>15%</p> | <p>Informe contable sobre el gasto ejecutado.</p> | <p>Que exista disponibilidad presupuestaria de parte del MINSAL. (Marco Presupuestario</p> |
| <p>5.6 Porcentaje de implementación de sistema de código de barras para control de procesos de EAR y existencias en bodega¹⁹</p> | <p>N° de sistemas con código de barra funcionando/N° de sistemas programados para uso de código de barras</p> | <p>33%</p> <p>15%</p> <p>66%</p> <p>15%</p> | <p>100%</p> <p>15%</p> <p>100%</p> <p>15%</p> | <p>100%</p> <p>15%</p> <p>100%</p> <p>15%</p> | <p>Informe de avance según programación.</p> | |

¹⁹ Se compromete el desarrollo de un proyecto anual que permita avanzar en el registro y control de stock y uso de productos mediante el código de barras.

~~Marcela Cárcamo Hemmelmann~~
Subdirectora Administrativa
Hospital de Puerto Montt


~~Eugenia Schnake Valladares~~
Directora
Servicio Salud del Reloncaví