



## CONVENIO DE DESEMPEÑO

### INTRODUCCION:

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.

### ANTECEDENTES GENERALES

<b>NOMBRE</b>	DR. CARLOS ROJAS URQUIZA
<b>CARGO</b>	DIRECTOR HOSPITAL BASE DE CURICO
<b>INSTITUCIÓN</b>	SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
<b>DEPENDENCIA DIRECTA DEL CARGO</b>	DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
<b>PERÍODO DE DESEMPEÑO DEL CARGO</b>	08 DE ENERO 2009 HASTA EL 07 DE ENERO DE 2012

### FECHAS DE EVALUACIÓN DEL PRESENTE CONVENIO

<b>PRIMERA EVALUACIÓN</b>	09 DE ENERO DE 2010
<b>SEGUNDA EVALUACIÓN</b>	09 DE ENERO DE 2011
<b>TERCERA EVALUACIÓN</b>	09 DE ENERO DE 2012
<b>EVALUACIÓN FINAL</b>	09 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 el 08 de Enero de 2009 hasta el 07 de Enero de 2010)

<b>META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria</b>					
PONDERACION : 30%					
<b>N</b>	<b>Objetivos de resultados</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos Básicos</b>
1	Puesta en marcha del 50% de CR. Finales definidos.	5%	No de CR Finales en funcionamiento No Total de CR. Finales definidos.	-Contrato Programa del CR. con la Dirección.	Disponibilidad de sistemas de información.
2	Instalar Sistema de Atención Progresiva	10%	No camas manejadas centraliz. Total de camas del hospital	-Existencia de prof. responsable. -Sistema de registro de manejo de cama centralizado funcionando	
3	Cumplimiento de 100% de garantías de tratamiento en pacientes con patologías GES	5%	No pacientes GES, con garantías cumplidas de tratamiento Total de pacientes GES con indicación de tratamiento	SIGGES	
4	Implementar las estrategias de Hospital Amigo	5%	No Estratégias Hosp. Amigo implementadas Total de estrategia Hospital amigo requeridas por el MINSAL		
5	Reducción Lista de Espera	5%	Resolución en un 100 % de la lista de Espera prolongada	Informe Dirección de Servicio, Departamento de Articulación de Desarrollo de la Red	Recursos humanos disponibles
<b>SUBTOTAL</b>		<b>30%</b>			

**META No 2 Generar un óptimo desarrollo en el Área de Recursos Físicos y Financieros, de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión.**

Ponderación: 30%

N	Obj. de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de verificación	Sup. Básicos
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al ppto. Autorizado y flujo presentado.	10%	<p><b>1er. Trimestre</b> con desviación de un 10% del Presupuesto Y flujo = 100% cumplimiento.</p> <p><b>2do. Trimestre</b> con desviación de hasta un 15% del Presupuesto. Y flujo = 80% cumplimiento.</p> <p><b>3er. Trimestre</b> con desviación de hasta un 15%, no cumplido.</p> <p><b>4to. trimestre</b> con desviación de hasta 15%, no cumplido.</p>	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	<p>1. Plan de Compras e Invers. debe ajustarse a presupuesto.</p> <p>2. Niveles de gasto e los Subt. 22, 21 Y 29 deben ajustarse a presupuesto.</p>
2	Elaborar y gestionar la ejecución de un plan anual de inversiones y mantenimiento orientado a normalizar el establecimiento y asegurar su funcionamiento continuo.	10%	<p>Existencia de plan (si - no)</p> <p>% de cumplimiento de la inversión planificada que cuenta con financiamiento</p> <p>% de cumplimiento del gasto en mantención</p>	<p>Documento plan anual de inversiones y mantenimiento.</p> <p>Ejecución presupuestaria del gasto en mantenimiento. SIGFE</p> <p>Informe de seguimiento de inversiones visado por el Servicio de Salud Maule.</p>	<p>1. Aprobación de los de proyectos por los antes técnicos respectivos.</p> <p>2 Existencia de financiamiento para inversión.- mantenimiento</p>
3	Compromiso de Gestión No 5: "uso eficiente de recursos"	10%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 5, en Anexo Meta No 2	Reporte COMGES Según Web.	
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>30%</b>			

**META No 3 Conformar y Fortalecer el área de Gestión de las Personas en el proceso de la Implementación del Nuevo Modelo de Gestión.**

Ponderación: 20%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Sup. Básicos
1	Conformar el equipo de gestión en la implementación de los cambios	10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definición de estructura</li> <li>2. Provisión de cargos directivos y de gestión acuerdo a competencias.</li> <li>3. Programa trienal de fortalecimiento del equipo directivo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organigrama y funciones</li> <li>2. Perfiles por competencias, resoluciones de provisión de cargos y/o encomendación de funciones.</li> <li>3. Programa de trabajo, de capacitación equipo directivo (Act. de capacitación – acompañamiento) Instancias internas de coordinación y participación.</li> </ol>	
2	Fortalecer la estructura y del área de RR.HH.	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reestructuración de funciones del área de RR.HH.</li> <li>2. Disminución de brechas de competencias técnicas y sociales en el área de RR.HH.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución que aprueba estructura y manual de organización y funciones.</li> <li>2. Resolución de nuevas contrataciones y/o reconversión de cargos.</li> </ol>	
3	Capacitación de desarrollo de los RRHH. Del establecimiento en función de la consolidación de los cambios estratégicos.	5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración del Plan de capacitación trienal en forma participativa.</li> <li>2. PAC alineado con Plan Estratégico y las prioridades del establecimiento.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución actualizada de Comité Bipartito Capacitación Ley 18.834 y Comité Capacitación Ley 19.664.</li> <li>2. Acta de aprobación Plan de ambos comités</li> <li>3. Docto. Plan de capacitación trienal.</li> <li>4. Resolución aprobatoria plan.</li> <li>5. Difusión Plan</li> <li>6. Elaboración PAC anual.</li> <li>7. Resolución PAC anual</li> <li>8. Informe de la U. de Capacitación sobre lineamiento, PAC, Plan Estratégico y prioridades.</li> </ol>	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>20%</b>			

**META No 4****Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaría**

Ponderación: 20%

No	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1.	Gestionar los reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<b>1. No reclamos GES respondidos</b> <b>No reclamos GES recibidos</b> Meta 1º año: 90% de los reclamos GES respondidos en plazo legal <b>2. No reclamos universales respondidos</b> <b>No total reclamos recibidos</b> Meta 1º año: 90% de reclamos universales respondidos en plazo legal	1. Informe estadística mensual 2. Monitoreo FONASA 3. Pauta de Supervisión SSM.	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<b>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Equipo Directivo.</b> Meta 1º año: Consejo Consultivo activo c/asistencia de al menos un miembro del equipo Directivo al 80% de las reuniones. <b>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios.</b> Meta 1º año: Carta de Deberes y derechos elaborada	1. Resolución que lo crea y acta de constitución del consejo. 2. Reglamento interno 3. Copia acta reuniones del Consejo con nómina de asistencia adjunta. 4. Calendario de reuniones. 5. Documento con carta de Deberes y Derechos aprobada por resolución?.	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<b>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria.</b> Meta 1º año: Aplicación de la encuesta de satisfacción usuaria.	Informe con resultados de la aplicación.	Recibir modelo encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL
<b>SUBTOTAL</b>		<b>20%</b>			

**AÑO 2** (Desde el 08 de Enero de 2010 hasta el 07 de Enero de 2011)

**META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria**

PONDERACION : 30%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Puesta en marcha del 100% de CR. Finales definidos.	10%	$\frac{\text{No de CR Finales en funcionamiento}}{\text{No Total de CR. Finales definidos.}}$	-Contrato Programa del CR. con la Dirección.	Disponibilidad de sistemas de información.
2	100% camas indiferenciadas en trabajo, manejadas centralizadamente y categorizadas según riesgo dependencia.	10%	$\frac{\text{No camas indiferenciadas en trabajo, manejadas centralizadamente}}{\text{Total camas indiferenciadas del hospital}}$ $\frac{\text{No de camas categorizadas}}{\text{Total de camas ocupadas}}$	Sist. De registro de manejo de cama centralizada funcionando Registro de categorización (REM)	Existencia Resol. Determinando camas indiferenciadas en trabajo
3	Cumplimiento de 100% de garantías de tratamiento a pacientes con patologías GES	5%	$\frac{\text{No pacientes Ges con garantías de tratamiento cumplidas}}{\text{No total de pacientes GES con indicación de tratamiento}}$	SIGGES	
4	50% C.R. y Centros de Producción miden satisfacción usuaria, relativas a estrategias Hospital Amigo	5%	$\frac{\text{No de C.R. y Centros de Producción que miden satisfacción usuaria de estrategia Hospital Amigo / Total C.R. y Centros producción con estrategias Hospital amigo implementadas}}{\text{No de C.R. y Centros de Producción que miden satisfacción usuaria de estrategia Hospital Amigo / Total C.R. y Centros producción con estrategias Hospital amigo implementadas}}$	Resultados de medición de satisfacción usuaria.	
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>30%</b>			

**META No 2 Generar un óptimo desarrollo en el área de Recursos Físicos y Financieros, de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión**

Ponderación: 30%

<b>N</b>	<b>Objetivos de resultados</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos Básicos</b>
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al presupuesto Autorizado y flujo presentado.	10%	1er. Trimestre con desviación de un 10% del Ppto y flujo = 100% cumplimiento. 2do. Trimestre con desviación de hasta un 15% del Ppto. y flujo = 80% cumplimiento. 3er. Trimestre con desviación de hasta un 15%, no cumplido. 4to. trimestre con desviación de hasta un 10%, no cumplido.	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	1. Plan de compras e inversiones debe ajustarse a presupuesto. 2. Niveles de gasto de los Subt. 22, 21 y 29 deben ajustarse a presupuesto.
2	Elaborar y gestionar la ejecución de un plan anual de inversiones y mantenimiento orientado a normalizar el establecimiento y asegurar su funcionamiento continuo.	10%	Existencia de plan (sí - no) % de cumplimiento de la inversión planificada que cuente con financiamiento % de cumplimiento del gasto en mantención	Documento plan anual de inversiones y mantenimiento. Ejecución presupuestaria del gasto en mantenimiento. SIGFE Informe de seguimiento de inversiones visado por el Servicio de Salud Maule.	1. Aprobación de los de proyectos por los entes técnicos respectivos. 2 Existencia de financiamiento para inversión.- mantenimiento
3	Compromiso de Gestión No 5: "uso eficiente de recursos"	10%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 5, en Anexo Meta No 2.	Reporte COMGES Según Web.	
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>30%</b>			

**META N° 3 Fortalecer y consolidar el área de Gestión de las Personas de acuerdo al nuevo modelo de Gestión**

Ponderación : 20%

N°	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Fortalecer el Equipo Directivo	10%	Programas de Fortalecimiento del equipo Directivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Programa de Trabajo.</li> <li>➤ Instancias internas de coord. y participación</li> <li>➤ Programa de capacitación del Equipo (Actividad de capacitación – acompañamiento.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Documento que establezca información básica del área de RR. HH. por C.R.</li> <li>*Reporte de la información requerida por los C.R.</li> <li>*Auditoría del SIRH.</li> <li>*Flujograma de procesos revisados</li> </ul>
2	Consolidar el funcionamiento del área de Recursos Humanos	5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de un Plan de Trabajo del área de RR.HH. que considere mejoramiento de procesos y calidad de información en función de la implementación de los C.R.</li> <li>2. Ejecución Plan de Trabajo del área de RR.HH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión y monitoreo del Plan de Capacitación Trienal</li> <li>2. Ejecución del 40% del PAC a julio del 2010.</li> <li>3. PAC alineado a las prioridades del Establecimiento</li> </ul>	
3	Capacitación de desarrollo de los RR.HH. Establecimiento en función de la consolidación de los cambios estratégicos	5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión y monitoreo del Plan de Capacitación Trienal</li> <li>2. Ejecución del 40% del PAC a julio del 2010.</li> <li>3. PAC alineado a las prioridades del Establecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Actas de funcionamiento de comités de capacitación Ley 19.664 y 18.834</li> <li>*Diagnóstico de capacitación asociado a carrera funcionaria Ley 19.664 y Ley 18.834.</li> <li>*Reporte SIRH</li> </ul>	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>20%</b>			

**META No 4 Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaría**

Ponderación: 20%

No	Obj. de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1.	Gestionar un 100% de reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<b>1. No reclamos GES respondidos</b> <b>No reclamos GES recibidos</b> <b>Meta 2º año:</b> 95% de los reclamos GES respondidos en el plazo legal. <b>2. No reclamos universales respondidos</b> <b>No total reclamos recibidos</b> <b>Meta 2º año:</b> 95% de los reclamos universales respondidos en el plazo legal.	1. Informe estadística mensual 2. Monitoreo FONASA 3. Pauta de Supervisión SSM.	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<b>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Equipo Directivo.</b> <b>Meta 2º año:</b> Consejo Consultivo activo c/plan de trabajo y calendario de reuniones c/asistencia de al menos un miembro del equipo Directivo al 85% de las reuniones. <b>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios.</b> <b>Meta 2º año:</b> Carta de Deberes y Derechos difundida.	6. Copia acta reuniones del Consejo. 7. Plan de trabajo y cronograma de actividades del Consejo. 8. Calendario de reuniones. 9. Copia publicación o grabación en medio de difusión local.	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<b>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria.</b> <b>Meta 2º año:</b> Aplicación de la encuesta con plan de mejora.	Informe de resultados con Plan de mejora	Recibir modelo encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>20%</b>			

**AÑO 3** (Desde el 08 de Enero de 2011 hasta el 07 de Enero de 2012)

**META No 1 Transformación de la Gestión Hospitalaria**

PONDERACION : 30%

N	Objetivos de resultados	Ponderación	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	100% programa de actividades asistenciales en función de la demanda, por C.R.	5%	No de actividades programadas en función de la demanda por CR No de actividades demandadas al CR.	1. Cálculo de demanda por especialidad 2. Documentos de programación	100% programación de actividades en función de la demanda
2	Gestión de los cuidados de enfermería con criterios de eficiencia, calidad y efectividad.	10%	Existencia de indicadores de calidad, eficiencia y efectividad en uso, relativo a gestión de cuidados.	- Documentos de monitoreo, evaluación y tendencias.	
3	Cumplimiento de 100 % de garantías de tratamiento en pacientes con patologías GES.	5%	No de pacientes Ges con garantías cumplidas / No total de pacientes GES del establecimiento	SIGGES	
4	100% C.R. y Centros de Producción miden satisfacción usuaria, relativas a estrategias Hospital Amigo.	10%	No de C.R. y Centros de producción que miden satisfacción usuaria de estrategia Hospital Amigo / Total CR y Centros de producción con estrategias de Hospital amigo implementadas	Resultados de medición de satisfacción usuaria.	
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>30%</b>			

**META No 2 Generar un óptimo desarrollo en el área de Recursos Físicos y Financieros, de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión**

Ponderación: 30%

No	Objetivos de resultados	Pond.	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos Básicos
1	Ejecución presupuestaria y financiera mensual conforme al presupuesto. Autorizado y flujo presentado.	10%	<b>1er. Trimestre</b> con desviación de un 10% del Presupuesto y flujo = 100% cumplimiento. <b>2do. Trimestre</b> con desviación de hasta un 15% del Presupuesto y flujo = 80% cumplimiento. <b>3er. Trimestre</b> con desviación de hasta 15 % no cumplido. <b>4to. trimestre</b> con desviación de hasta el 10 % no cumplido.	Ejecución Presupuestaria en ambiente SIGFE	*Plan de compras e inversiones debe ajustarse a presupuesto. *Niveles de gasto de los Subt. 22, 21 y 29 deben ajustarse a presupuesto.
2	Elaborar y gestionar la ejecución de un plan anual de inversiones y mantenimiento orientado a normalizar el establecimiento y asegurar su funcionamiento continuo.	10%	Existencia de plan (si - no) % de cumplimiento de la inversión planificada que cuente con financiamiento % de cumplimiento del gasto en mantención	Documento plan anual de inversiones y mantenimiento. Ejecución presupuestaria del gasto en mantenimiento. SIGFE Informe de seguimiento de inversiones visado por el Servicio de Salud Maule.	1. Aprobación de los proyectos por los entes técnicos respectivos. 2 Existencia de financiamiento para inversión.- mantenimiento
3	Compromiso de Gestión No 5: "uso eficiente de recursos"	10%	Según detalle de Compromiso de Gestión No 5, en Anexo Meta No 2.	Reporte COMGES Según Web.	
<b>SUBTOTAL</b>		<b>30%</b>			

**META No 3 Fortalecer y Consolidar el área de Gestión de las Personas de acuerdo al Nuevo Modelo de Gestión.**

**Ponderación: 20%**

<b>N</b>	<b>Objetivos de resultados</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos Básicos</b>
1	Evaluar funcionamiento de Equipo y diseñar estrategia de intervención consistente con resultado de la evaluación.	10%	1. Evaluación funcionamiento Equipo Directivo y de Gestión del Hospital Y estrategia de consolidación del Equipo. 2. Evaluación funcionamiento instancias de participación del Establecimiento Y estrategia de Fortalecimiento.	1. Informe de Evaluación Y Estrategia de Consolidación del Equipo. 2. Informe de Evaluación de las Instancias de Participación.	Comité Técnico Administrativo, operativo, quien realiza difusión y sanciona.
2	Consolidar el funcionamiento del área de RR.HH.	5%	1. Implementación instrumento de verificación de la gestión de RR.HH. a C.R. 2. Diseño e implementación de estrategias de intervención.	1. Instrumento de Verificación de la gestión de RR.HH. a C.R. 2. Informe consolidado resultado aplicación instrumento de Verificación	Comité Técnico Administrativo, quien realiza difusión y sanciona.
3	Capacitación y desarrollo de los RRHH en función de la consolidación de los cambios estratégicos.	5%	1. Revisión y monitoreo del Plan de Capacitación trienal. 2. Ejecución del 50% de PAC a Julio de 2011. 3. PAC alineado a las prioridades del establecimiento.	1. Actas de funcionamiento de Comités de Capacitación Ley 19.664 Y Ley 18.834 2. Reportes SIRH.	Comités de Capacitación operativos Sistema de información operativos
<b>SUBTOTAL</b>		<b>20%</b>			

**META N° 4****Fortalecer la implementación de Estrategias de Satisfacción Usuaria**

Ponderación: 20%

<b>No</b>	<b>Obj. resultado</b>	<b>Pond</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos Básicos</b>
1.	Gestionar un 100% de reclamos según plazos establecidos por ley.	5%	<b>1. No reclamos GES respondidos</b> <b>No reclamos GES recibidos</b> Meta 3º año: 100% de los reclamos GES respondidos en el plazo legal. <b>2. No reclamos universales respondidos</b> <b>No total reclamos recibidos</b> Meta 3º año: 100% de los reclamos universales respondidos en el plazo legal.	1. Informe estadística mensual 2. Monitoreo FONASA 3. Pauta de Supervisión SSM.	
2	Generar instancias de participación y gestión con enfoque de usuario.	5%	<b>Tener Consejo Consultivo activo con presencia del Equipo Directivo.</b> Meta 3º año: Consejo Consultivo activo c/plan de trabajo evaluado c/asistencia de al menos un miembro del equipo Directivo al 90% de las reuniones. <b>Existencia de Carta de Deberes y Derechos elaborada entre Usuarios y funcionarios.</b> Meta 3º año: evaluar grado de conocimiento de la carta entre los usuarios y funcionarios.	10. Copia acta reuniones del Consejo. 11. Plan de trabajo y cronograma de actividades del Consejo. 12. Calendario de reuniones. 13. Informe con resultados de encuesta ó evaluación realizada a usuarios y funcionarios.	
3	Evaluar la satisfacción usuaria.	10%	<b>Aplicación encuesta anual de satisfacción usuaria.</b> Meta 3º año: Aplicación de encuesta, con plan de mejora y evaluación plan de mejora del año anterior.	Informe con sistematización de resultados, plan de mejora y evaluación del Plan de mejora	Recibir mod. encuesta de satisfacción usuaria del MINSAL
<b>SUBTOTAL</b>		<b>20%</b>			

### 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.

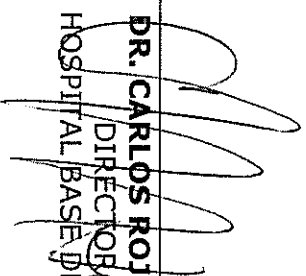
- 1) Realizar Gestiones con el objeto de disminuir brechas de Recursos Humanos.
- 2) Definición por parte del Gestor de Red de la Cartera de Servicio de cada Establecimiento Autogestionado en Red, de acuerdo a su grado de complejidad.
- 3) Política de Recursos Humanos del Servicio de Salud del Maule que apoye la formación de especialistas de acuerdo a nuestras necesidades.
- 4) Apoyo de la Unidad de Recursos Físicos en Proyectos de Inversión, en cuanto a infraestructura y adquisición de equipamiento.
- 5) Apoyo de Equipo Técnico de la Dirección de Servicio a la Estructuración y fortalecimiento del área del Recursos Humanos del Establecimiento.
- 6) Política de Recursos Físicos y Financieros acorde a los niveles de producción del Establecimiento

### IV. FACTORES EXTERNOS

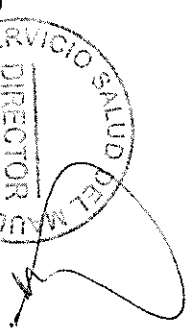
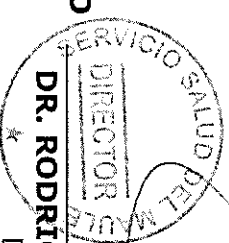
En la medida que sea relevante, indicar y describir los principales factores externos que eventualmente pueden afectar el cumplimiento del convenio de Desempeño y que se consideran previsibles.

- 1) Situación financiera del país.
- 2) Migración e insuficiente cantidad de Profesionales.
- 3) Eventuales catástrofes y/o emergencias sanitarias.
- 4) Cambio Política Ministerial para el sector, por nuevas autoridades a nivel país

**FIRMA DIRECTIVO**

  
**DR. CARLOS ROJAS URQUIZA**  
DIRECTOR  
HOSPITAL BASE DE CURICO

**FIRMA SUPERIOR DIRECTO**  
**CARGO**

  
  
**DR. RODRIGO IRAGUEN FUENZALIDA**  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

**CG 05**

**Eficiencia en el Uso de los Recursos Financieros**

Objetivo Especifico	Indicador	Formula de calculo	
Optimizar y controlar el gasto en persona, bienes, y servicios de consumo y adquisición de activos no financieros	5.1 Porcentaje de variación entre el marco de gasto presupuestario para subtitulo 21, 22 y 29 y el gasto real devengado para cada subtitulo	<p>Marco presupuestario - Gasto real devengado en cada subtitulo</p> <p>Gasto real devengado en cada subtitulo</p>	* 100
Controlar la antigüedad de la deuda del subtitulo 22 de los servicios de salud	5.2 Porcentaje de concentración de la deuda del subtitulo 22 entre 0 y 45 días	<p>Deuda total subtitulo 22 entre 0 y 45 días</p> <p>Deuda subtitulo 22</p>	* 100
	5.3 Porcentaje de ejecución de proyectos de inversión	<p>Proyectos de inversión ejecutados</p> <p>Proyectos de inversión Planificados</p>	* 100
	5.4 Elaboración presupuestaria a nivel de servicio de salud, establecimientos experimentales y autogestionados.		