

COMPROMISOS DE GESTION AÑO 2018
HOSPITAL DE OVALLE

COMGES N°	Responsable	Indicador	Fórmula de Cálculo	Corte Marzo	Corte Junio	Corte Septiembre	Corte Diciembre	Verificador	% de cumplimiento esperado al corte	Resultado al corte	Observaciones
1	Dra. Celia Moreno	Porcentaje de cumplimiento de las acciones comprometidas para la evaluación del diseño de red Actualizado	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas para la evaluación del diseño de red actualizado} / \text{Número de acciones comprometidas para la evaluación del diseño de red Actualizado}) * 100$	Realizar análisis del documento de diseño de la red, identificar nodos críticos y generar plan de mejora anual (según formato). Las actividades del plan deben contemplar los meses de Abril a Diciembre, un nodo crítico por trimestre y tres actividades mensuales de mejora asociada al nodo crítico correspondiente	Cumplimiento de las actividades programadas en los meses de Abril, Mayo y Junio, para la realización del plan de mejora de los nodos críticos de funcionalidad de la red asistencial, de acuerdo a formato	Cumplimiento de las actividades programadas en los meses de Julio, Agosto y Septiembre para la realización del plan de mejora de los nodos críticos de funcionalidad de la red asistencial, de acuerdo a formato	Cumplimiento de las actividades programadas en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre para la realización del plan de mejora de los nodos críticos de funcionalidad de la red asistencial, de acuerdo a formato	Archivo según formato de identificación de Nodos críticos de la funcionalidad de la red y plan de mejora anual 2018. Archivo según formato del cumplimiento de las actividades programadas	100%	100%	
2	EU. Soledad Hormazábal	Porcentaje de acciones implementadas, en los diferentes niveles de atención, para disminuir los egresos de enfermedades evitables priorizadas. Disminuir en 5% los egresos de enfermedades evitables priorizadas (EEP)	Acciones implementadas/acciones comprometidas. Disminución 5% de línea de base de EEP 2015	Realizar planificación estratégica para 2017 Medir y monitorear periodo, diciembre 2016, febrero 2017. Presentar cronograma de actividades	Ejecutar etapas implementadas en plan 2018 Medir y monitorear periodo, Marzo - Abril. Presentar cronograma actualizado	Presentar informe de cumplimiento de actividades planificadas para el periodo. Medir y monitorear periodo Mayo-Julio. Dar cuenta de cronograma actualizado	Presentar informe final de las acciones cumplidas de las estrategias planificadas, con cronograma final actualizado.	Informe de planificación de acciones 2019. Reportes estadísticos y análisis parciales de disminución de EEP, cronograma de trabajo, informe de ejecución de estrategias plan 2018	100%	100%	
3.1	EU.Mary Cea	Resolver el 100% de la lista de espera por consulta nueva de especialidad médica de personas ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2016.	$\text{Personas resueltas de la lista de espera por consulta nueva de especialidad médica, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre 2015 a la fecha del corte 2017} / \text{Total de personas comprometidas a resolver de}$	Resolución del 100% igual o anterior 2013. Resolución del 10% de su universo total al 31 de diciembre de 2016. resolución LE SENAME. Resolución LE Valech. APS resolutiveidad.	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2014 Resolución del 40% de su universo total al 31 de diciembre 2016	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta 2015 Resolución del 70% de su universo total al 31 de diciembre 2016	Resolución del 100% de su universo total al 31 de Diciembre 2016	RNLE	100%	99%	
3.2	EU.Mary Cea	Resolver el 100% de la lista de espera por intervención quirúrgica electiva, de personas ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2015	$\text{casos resueltos para iq electiva con fecha igual o anterior a Dic 2015} / \text{total de casos comprometidos con fecha al 31 de Dic 2015} * 100$	resolución 100% igual o anterior 2012, resolución 10% del universo al 31 de dic 2015, res LE SENAME, Res LE Valech.	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2013 Resolución del 40% de su universo total al 31 de Diciembre 2015	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2014 Resolución del 70% de su universo total al 31 de diciembre 2015	Resolución del 100% de su universo total al 31 de Diciembre 2015	RNLE	100%	97%	
3.3	EU.Mary Cea	Resolver el 100% de la lista de espera por consulta nueva odontológica de personas ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre de 2014.	$\text{Porcentaje de casos resultados de LE por consulta nueva odontológica al 31 de dic 2014} / \text{total de casos comprometidos por consulta nueva odontológica al 31 de dic 2014} * 100$	Resolución del 100% de personas con ingreso hasta el 2011 Resolución del 10% de su universo total al 31 de diciembre de 2014	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta el 2012 Resolución del 40% de su universo total al 31 de diciembre 2014	Resolución del 100% de personas con fecha de ingreso hasta 2013 Resolución del 70% de su universo total al 31 de diciembre 2014	Resolución del 100% de su universo total al 31 de Diciembre 2014	RNLE	100%	98%	
4.1	EU.Mary Cea	1. Porcentaje de derivación de las SIC de la APS por establecimientos APS.	$1. (N^{\circ} \text{ de SIC de Control y Consulta médica en APS} / N^{\circ} \text{ total de controles y consulta médica en APS}) * 100$ (evalúa 100% de establecimientos APS)	- Mantener en 10% o menos al corte.	-Mantener en 10% o menos al corte.	-Mantener en 10% o menos al corte	-Mantener en 10% o menos al corte	REM 07	N/A	N/A	
4.2	EU.Mary Cea	2. Plan de mejoramiento en establecimientos APS que presenten % de derivación de SIC mayor o igual a 15%	$2. (N^{\circ} \text{ de establecimientos APS con planes de mejora formulados e implementados en el año} / N^{\circ} \text{ total de establecimientos APS})$	Para establecimientos con 15% y más % de derivación: Cumplimiento plan de mejora, informe ejecutivo con formulación del plan de mejora relativo a establecimientos identificados a intervenir	Para establecimientos con 15% y más % de derivación: Informe conteniendo verificadores que den cuenta de al menos un 30% de avance del plan Medición del % de mejora obtenido a la fecha	Para establecimientos con 15% y más % de derivación: Informe conteniendo verificadores que den cuenta de al menos un 60% de avance del plan Medición del % de mejora obtenido a la fecha	Para establecimientos con 15% y más % de derivación: Informe conteniendo verificadores que den cuenta de al menos un 90% de avance del plan Medición del % de mejora obtenido a la fecha	Informe SSC	N/A	N/A	

4.3	EU.Mary Cea	3.Porcentaje de pertinencia de la derivación de las SIC de APS a nivel secundario por establecimiento APS	3.(N° de SIC no pertinentes derivadas desde la APS a la especialidad/N° total de IC de APS vistas por la especialidad)*100, (pertinencia en las 8 especialidades identificadas 2016)						N/A	N/A	
5.0	Dra.Pilar Jimenez	Porcentaje de ambulatorización de las cirugías trazadoras: Hernias umbilicales, hernias inguinales, crurales, de línea blanca; colecistectomía por video laparoscopia	Nº de egresos de CMA trazadoras en el período t/Nº de egresos de CMA trazadoras + N° de cirugías electivas trazadoras de severidad menor(1)*100	Porcentaje de aumento de 1 punto porcentual de ambulatorización sobre línea de base del 2016	Porcentaje de aumento de 3 puntos porcentuales de ambulatorización sobre línea de base del 2016	Porcentaje de aumento de 5 puntos porcentuales de ambulatorización sobre línea de base del 2016	Porcentaje de aumento de 7% de ambulatorización sobre línea de base del 2016	Informe GRD		100%	aumenta más de un puntoporcentual de la línea de base al corte
6.1	EU.Mary Cea	Promedio de tiempo de resolución por patología protocolizada con protocolos implementados 2015-2016	Sumatoria de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología	Disminución en 5% tiempos de resolución por patología protocolizada año 2015 (respecto a medición 2016)	Disminución en 10% tiempos de resolución por patología protocolizada año 2015 (respecto a medición 2016)	Disminución en 15% tiempos de resolución por patología protocolizada año 2015 (respecto a medición 2016)	Disminución en 20%tiempos de resolución por patología protocolizada año 2015 (respecto a medición 2016)	Informe SSC	N/A	N/A	
6.2	EU.Mary Cea	Porcentaje de protocolos implementados en dos nuevas especialidades de mayor tiempo de espera (2017)	Número de protocolos resolutivos implementados en nuevas especialidades comprometidas/Número de protocolos resolutivos comprometidos	Definir especialidades (2) y patologías a protocolizar (4) Plan de trabajo para el diseño de protocolos, que incluya fechas) de acuerdo a etapas definidas en documento "Protocolos resolutivos en red"	Diseñar 100% de nuevos protocolos resolutivos del total de protocolos comprometidos por la red (2 por especialidad, total 4)	Implementar 50% protocolos resolutivos del total de protocolos comprometidos en la red (auditoría de implementación)	Implementar 100% protocolos resolutivos del total de protocolos comprometidos en la red (auditoría de implementación)	Informe SSC	N/A	N/A	
7.1	Rafael Alaniz	establecimientos de APS con roceso de programación	estabAPS con actividades al corte/total de estabAPS *100	contar con proceso de programación APS	Monitoreo y evaluación de % de cumplimiento	Monitoreo y evaluación de % de cumplimiento	Monitoreo y evaluación de % de cumplimiento	Agendas médicas Agendas de otros profesionales Informe SSC REM	N/A	N/A	
7.2	E.U Johanna González.	% Cumplimiento de programación de horas de consultas profesionales médicos y no medicos en atención primaria, Secundaria, Terciaria .	Total de horas de consultas profesionales realizadas/total de horas de consultas profesionales programadas *100	Proceso de programación 2018 actualizado de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos y no médicos por establecimiento Cumplimiento del 25% de las horas de consultas programadas	Proceso de programación 2018 actualizado de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos y no médicos por establecimiento Cumplimiento del 50% de las horas de consultas programadas	Proceso de programación 2018 actualizado de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos y no médicos por establecimiento Cumplimiento del 75% de las horas de consultas programadas	Cumplimiento sobre 95% de la Programación anual Contar con proceso de programación 2019 de la totalidad de horas contratadas de profesionales médicos	Agendas médicas Agendas de otros profesionales Informe SSC REM	META Cuarto Corte sobre 95% CUMPLIMIENTO Medicos= 99% (84972/85788)*100 No Médicos= 102,6% (61551/59985)*100 Odontológico= 97,7%, promedio 99% (25713/26307)*100	100%	se solicita 95% de cumplimiento de la programación al corte, alcanza el 99%
7.3	E.U Johanna González.	% Cumplimiento de programación de horas de médicos especialistas por telemedicina	Total de horas de consultas médicas por telemedicina realizadas/total de horas de consultas médicas por telemedicina programadas *100	Proceso de programación 2018 actualizado. Cumplimiento del 25% de las horas de consultas programadas por telemedicina	Cumplimiento del 50% de la Programación de consultas por telemedicina	Cumplimiento del 75% de la Programación anual por telemedicina	Cumplimiento sobre 95% de la Programación anual por telemedicina	Informe SSC REM	N/A	N/A	
8.0	Dr. Javier Aguirre	Porcentaje de acciones implementadas del plan de trabajo establecido para disminuir el tiempo de espera asociado a la primera atención médica en consultantes categorizados C2	Porcentaje de acciones comprometidas del plan de trabajo para otorgar primera a atención médica en tiempo oportuno, en consultantes categorizados C2/total de acciones comprometidas del plan de trabajo establecido para otorgar primera a atención médica en tiempo oportuno a consultantes	Diseñar plan operativo 2018 de mejora de demanda priorizada en urgencia -presentar cronograma de trabajo -Medir y monitorizar resultados parciales de los tiempos de espera desde admisión a la primera atención médica de consulta C2	Ejecución de acciones e intervenciones de Plan operativo, que incluya manejo de los flujos de atención en la demanda priorizada de acuerdo con mapa de flujos -Dar cuenta de cronograma actualizado al corte -Medir y monitorizar resultados parciales de los tiempos de espera desde admisión a la primera atención médica de consulta C2	Realizar informe actualizado del seguimiento y resultados de acciones e intervenciones del plan operativo, para manejo de los flujos de atención de demanda de acuerdo con mapa de flujos priorizada	Presentar el informe final de las intervenciones y resultados del plan operativo 2018, que incluya IV corte de septiembre a diciembre con cronograma actualizado	REM A-08 Informe SSC	100%	62%	Plan cumplido, pero solo el 53% de los C2 se ven antes de 30 minutos, Meta > 85%

9.0	A. S. Ximena Camus	Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo que facilita el acceso de la población a una atención ciudadana oportuna, de calidad y con enfoque de derecho. Periodo 2018	Número de acciones implementadas/ Número de acciones diseñadas y comprometidas X 100	Definir estrategias de fortalecimiento del trato y otros ámbitos de la satisfacción usuaria, por el comité de gestión usuaria para áreas críticas. Actualizar plan de mejoramiento de la satisfacción usuaria. Dar cuenta del seguimiento y análisis del equipo directivo y referente técnico del SSC, sobre ajuste de los planes en los establecimientos.	Estado de avance en la implementación de estrategias de fortalecimiento del trato y otros ámbitos de la satisfacción usuaria, por el comité de gestión usuaria para áreas críticas. Socializar en CIRA los resultados de la evaluación diagnóstica de las OIRS. Definir acciones de fortalecimiento de las OIRS Ejecutar actividades para dar cumplimiento al 70% del plan de mejoramiento de la satisfacción usuaria.	Estado de avance en la implementación de estrategias de fortalecimiento del trato y otros ámbitos de la satisfacción usuaria, por el comité de gestión usuaria para áreas críticas. Estado de avance de las acciones de fortalecimiento de las OIRS. Ejecutar actividades para dar cumplimiento al 85% del plan de mejoramiento de la satisfacción usuaria.	Estado de avance en la implementación de estrategias de fortalecimiento del trato y otros ámbitos de la satisfacción usuaria, por el comité de gestión usuaria para áreas críticas. Estado de avance de las acciones de fortalecimiento de las OIRS. Ejecutar actividades para dar cumplimiento al 100% del plan de mejoramiento de la satisfacción usuaria	Informe SSC	100%	100%	
12	A.S Ximena Camus	Porcentaje de acciones implementadas para alcanzar el 100% de ejecución del plan de participación ciudadana diseñado por el Servicio de salud para el 2018.	N° de actividades ejecutadas/N° de actividades comprometidas * 100	Actualizar plan de participación. Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del plan de participación acorde a los establecido en su cronograma de trabajo. Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del Plan de Participación del eje Minsal.	Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del plan de participación acorde a los establecido en su cronograma de trabajo. Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del Plan de Participación del eje Minsal.	Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del plan de participación acorde a los establecido en su cronograma de trabajo. Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del Plan de Participación del eje Minsal.	Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del plan de participación acorde a los establecido en su cronograma de trabajo. Ejecutar acciones para dar cumplimiento a los objetivos del Plan de Participación del eje Minsal.	Informe SSC	100%	100%	Mantiene la excelencia de cumplimiento.
13	A.S. Daniela Figueroa	Acciones desarrolladas partitivamente para alcanzar el 100% de implementación del Plan de mejoramiento de satisfacción usuaria, diseñado para el cuatrienio, en los ámbitos de recepción, acogida, trato e información	N° actividades desarrolladas o implementadas/ N° total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar x100	Actualizar plan de mejoramiento, considerando ajustes 2018. Ejecutar actividades para dar cumplimiento al plan de satisfacción usuaria, según porcentaje establecido. Dar cuenta de la toma de conocimiento y análisis sobre el desarrollo del plan en los establecimientos	Ejecutar actividades para dar cumplimiento al plan de satisfacción usuaria, según porcentaje establecido. Dar cuenta de la toma de conocimiento y análisis sobre el desarrollo del plan en los establecimientos.	Ejecutar actividades para dar cumplimiento al plan de satisfacción usuaria, según porcentaje establecido. Dar cuenta de la toma de conocimiento y análisis sobre el desarrollo del plan en los establecimientos.	Ejecutar actividades para dar cumplimiento al plan de satisfacción usuaria, según porcentaje establecido. Dar cuenta de la toma de conocimiento y análisis sobre el desarrollo del plan en los establecimientos.	Informe SSC	100%	100%	
15.1	BQ. Francisco González	1. Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo planteadas para la evaluación de los procesos estandarizados de las unidades de apoyo de Anatomía Patológica y Esterilización	Número de acciones del plan de trabajo planteadas para la evaluación de los procesos estandarizados de las unidades de apoyo de Anatomía Patológica y Esterilización cumplidas / Número de acciones del plan de trabajo planteadas para la evaluación de los procesos estandarizados de las unidades de apoyo de Anatomía Patológica y Esterilización comprometidas * 100	1. Evaluación del proceso de unidad de apoyo de Anatomía Patológica de cada establecimiento hospitalario. 2. Evaluación del Proceso estandarizado de la unidad de Esterilización de cada establecimiento hospitalario.	1. Identificación de nodos críticos y formulación planes de mejora del proceso de Unidades de Apoyo de Anatomía Patológica, como resultado de la aplicación de la pauta de cotejo en el primer corte. 2. Identificación de nodos críticos y formulación planes de mejora del proceso de Unidades de Apoyo de Esterilización, como resultado de la aplicación de la pauta de cotejo en el primer corte.	1. Cumplimiento de las actividades formuladas en los planes de mejora propuestos para unidad de Apoyo de Anatomía Patológica, propuestos para este corte. 2. Cumplimiento de las actividades formuladas en los planes de mejora propuestos en unidad de Apoyo de Esterilización, propuestos para este corte.	1. Cumplimiento de las actividades formuladas en los planes de mejora propuestos para unidad de Apoyo de Anatomía Patológica, propuestos para este corte. 2. Cumplimiento de las actividades formuladas en los planes de mejora propuestos en unidad de Apoyo de Esterilización, propuestos para este corte.	Pauta de cotejo. Documentos según formato. Informe SSC	100%	100%	
15.2	BQ. Francisco González	2. Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo planteadas para el diseño de la red de exámenes de Laboratorio Clínico e Imagenología	Número de acciones del plan de trabajo definido para el diseño de la red de exámenes de Laboratorio Clínico e Imagenología cumplidas / Número de acciones del plan de trabajo definido para el diseño de la red de exámenes de Laboratorio Clínico e Imagenología comprometidas * 100	Detalle de la oferta de exámenes que se realiza en los establecimientos de la red y listado de los exámenes en convenio que derivan a la red privada u otras instituciones, de las Unidades de Apoyo de Imagenología y laboratorio Clínico, por Servicio de Salud	1. Documento con procedimiento que indique como registra a los pacientes que se encuentra en espera de procedimiento de toma de muestra para exámenes de laboratorio clínico. 2. Documento con procedimiento que indique como registra a los pacientes que se encuentra en espera de procedimiento de toma de exámenes imagenológicos y espera de informe radiológico.	1. Informe por servicio de salud del total de pacientes que se encuentran en espera de procedimiento de toma de muestra para exámenes de laboratorio clínico, de acuerdo a procedimiento desarrollado. 2. Informe por servicio de salud del total de pacientes que se encuentran en espera de procedimiento de toma de exámenes imagenológicos y espera de informe radiológico, priorizados en Anexo N°16, de acuerdo a procedimiento desarrollado.	Caracterización de la demanda, indicando la demanda oculta de las Unidades de Apoyo de Imagenología	Informe SSC	100%	100%	

15.3	BQ. Francisco González	3. Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo planteadas para optimizar la Gestión de Inventario	Número de acciones del plan de trabajo definido ejecutadas/ Número de acciones del plan de trabajo comprometidas * 100	1. Elaboración del procedimiento de gestión de inventario a partir del diseño de los mapas conceptuales y flujogramas solicitados año 2016, además de incorporar la metodología de clasificación de medicamentos. 2. Establecer indicadores de gestión con umbrales de cumplimiento al menos un indicador debe relacionado con la metodología de clasificación propuesta	1. Evaluar la implementación del proceso. Establecer nodos críticos y planes de mejoras en las etapas involucradas del proceso. 2. Monitorizar cumplimiento de los indicadores propuestos para este corte.	1. Cumplimiento de los planes de mejora propuestos para este corte. 2. Monitorizar cumplimiento de los indicadores propuestos para este corte.	1. Informe final de la instalación del proceso de la gestión de inventario. 2. Monitorizar cumplimiento de los indicadores propuestos para este corte	informe SSC	100%	100%	
15.4	Q.F. Maricella Cerda	4. Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo planteadas para diseñar la Coordinación Territorial de medicamentos	Número de acciones del plan de trabajo definido ejecutadas/ Número de acciones del plan de trabajo comprometidas * 100	1. Caracterización de la demanda: Definición del tamaño poblacional, Establecimientos involucrados. Problemas de salud prioritarios de la red. Población beneficiaria. 2. Mapa conceptual del proceso	1. Elaboración de procedimiento de coordinación territorial para la entrega de medicamentos que incluya flujograma derivado del mapa conceptual solicitado en corte anterior. 2. Establecer indicadores de gestión con umbrales de cumplimiento	Evaluación de la implementación de coordinación territorial, asociado a indicadores propuestos para este corte	Evaluación de la implementación de coordinación territorial, asociado a indicadores propuestos para este corte	informe SSC	100%	100%	
16	A.S Carolina Muñoz.	Porcentaje de cumplimiento de las acciones definidas en el Plan de calidad de vida laboral del Servicio de Salud	N° actividades desarrolladas o implementadas/ N° total de actividades comprometidas a desarrollar o implementar x100	-PCVL actualizada y formalizado por resolución, -Elaboración de informe con acciones implementadas contenidas en el plan de calidad de vida 2018. -Elaboración de informe del estado de situación del plan de salud funcionaria y productos específicos	-Realizar acciones de difusión del PCVL de manera presencial, digital y en todos los medios disponibles. -Elaboración de informe de estado de avance de plan de cuidados infantiles -Elaboración de informe del estado de situación del plan de salud funcionaria y productos específicos	-Implementar 2 acciones relativas al PCVL surgidas de la identificación de sugerencias en las reuniones de difusión realizadas en el segundo corte. -Elaborar propuesta de protocolo de conciliación de vida personal, familiar y laboral, vinculadas a las acciones definidas en esa materia. -Elaboración de informe del estado de situación del plan de salud funcionaria y productos específicos	-Evaluación de las acciones desarrolladas en el marco del PCVL, que incluyan resultados en la implementación de: Política de buen trato laboral, gestión del desempeño, política de gestión de personas - Versión final de Protocolo de Conciliación de vida personal, familiar y laboral vinculadas a las acciones definidas en el PCVL, formalizado por resolución -Elaboración de informe de estado de situación del Plan de Salud Funcionaria y productos específicos (contenidos en formato a entregar por el Departamento de Calidad de Vida y Relaciones laborales)	Informe SSC	100%	100%	
17	Ing. Cristian Vásquez.	Porcentaje de cumplimiento de las etapas del plan de trabajo para la implementación del Modelo de Planificación de RHS, con enfoque en RISS, para procesos críticos (camas de cuidados básicos, medios y críticos, emergencia y quirófano -pabellones cirugía mayor) en Hospitales de Alta Complejidad.	Etapas del plan de trabajo cumplidas / total de etapas del plan de trabajo comprometidas * 100	Análisis cualitativo de oferta de RHS de los procesos críticos (2 de 3)	Análisis demanda de RHS de los procesos críticos (2 de 3).	Análisis de gestión de dotaciones de los procesos críticos (2 de 3).	Propuesta de Planificación de superación y/o cierre de brechas de los procesos críticos (2 de 3).	Informe SSC	100%	100%	
21.1	Mat. Arema kraunik	1. Porcentaje de Prestadores Institucionales Acreditados en el periodo t, según complejidad X / Número total de Prestadores Institucionales según complejidad X	N° de Prestadores Institucionales Acreditados en el periodo t, según complejidad X / Número total de Prestadores Institucionales según complejidad X	No aplica	N° total de Prestadores Institucionales que han sido acreditados en el corte, según complejidad / N° total de establecimientos comprometidos por el Servicio de Salud para el corte (100%)	No aplica	N° total de Prestadores Institucionales que han sido acreditados en el año, según complejidad / N° total de establecimientos comprometidos por el Servicio de Salud para el año (100%)	Certificado Superintendencia de salud, prestador acreditado	100%	100%	
21.2	Mat. Arema kraunik	2. Porcentaje de cumplimiento de requisitos para la acreditación	N° de requisitos cumplidos en el periodo t por parte del prestador / total de requerimientos *Total de requerimientos=5	No aplica	N° de requisitos cumplidos en el periodo t por parte del prestador / total de requerimientos (75%)	No aplica	N° de requisitos cumplidos en el periodo t por parte del prestador / total de requerimientos (100%)	Informe SSC	100%	100%	

21.3	Mat. Arema kraunik	3 Porcentaje de médicos que ejercen funciones de liderazgo en los hospitales, tales como la Subdirección Médica y jefatura de Servicios Clínicos (independiente del tiempo que llevan en el cargo) que cuenten con certificación vigente de formación en prevención y control de IAAS.	N° de Jefes de Servicios Clínicos y Subdirector Médico en ejercicio con certificado de capacitación en IAAS aprobada en los últimos 5 años / Total de Jefes de Servicios Clínicos y Subdirector Médico en ejercicio del establecimiento durante el periodo evaluado) x 100	No aplica	N° total de Subdirectores Médicos y médicos jefes de servicios clínicos con capacitación aprobada al corte / N° total de Subdirectores Médicos y médicos jefes de servicios clínicos activos a la fecha de corte(15%)	Monitoreo	* total de Subdirectores Médicos y médicos jefes de servicios clínicos con capacitación aprobada al corte / N° total de Subdirectores Médicos y médicos jefes de servicios clínicos activos a la fecha de corte (40%)	Certificados de aprobación de curso de IAAS	100%	100%	
------	--------------------	--	--	-----------	---	-----------	--	---	------	-------------	--

CG1	100%
CG2	100%
CG3	98%
CG5	100%
CG7	100%
CG8	62%
CG9	100%
CG12	100%
CG13	100%
CG15	100%
CG16	100%
CG17	100%
CG21	100%
resultado final	97%