

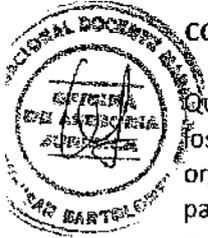


Nº 0181-DE-HONADOMANI-SB/  
2012

## Resolución Directoral

Lima, 08 de Agosto de 2012

Vista la Nota Informativa Nº 1217-OEPE-HONADOMANI-SB-12; y,



### CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece en el artículo 5 que, uno de los objetivos funcionales del Ministerio de Salud, es diseñar y normar los procesos organizacionales correspondientes, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, para lograr entre otros objetivos funcionales, la conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud;

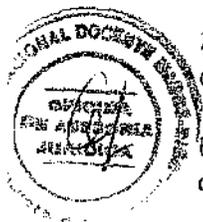


Que, el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, establece en su artículo 5 que, Para lograr los objetivos funcionales establecidos en el Artículo 5 de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, se establecen principalmente los siguientes Procesos Organizacionales de alcance sectorial e institucional, los mismos que se desarrollarán en el respectivo Manual General de Procesos: Seguro Integral de Salud; Planeamiento; Organización; Información para la Salud; Desarrollo Informático; Inversión en Salud; Financiamiento; Desarrollo de Recursos Humanos; Logística Integrada;

Que, asimismo, dicho dispositivo legal establece en su artículo 28 que, la misión general de los hospitales es prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, en tal contexto, mediante Nota Informativa Nº 1217-OEPE-HONADOMANI-SB-2012, la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite al Director General el proyecto de Directiva Nº 002-DGO-HONADOMANI S.B. 2012, Directiva para Evaluación de la Gestión de los Órganos y Unidades Orgánicas del HONADOMANI SAN BARTOLOME 2012, para la aprobación mediante acto resolutivo, la cual tiene por finalidad contribuir al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, del Plan Operativo Anual y de los Planes Tácticos que durante dicho periodo se elaboren, mediante las herramientas de monitoreo y evaluación de la ejecución y logro de objetivos por parte de las unidades orgánicas de nuestra institución;

Que, siendo necesario la implementación de métodos, procedimientos e instrumentos que permitan medir la gestión operativa del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, con la finalidad que contribuyan al cumplimiento de los objetivos Institucionales, es necesario aprobar la Directiva Nº 002-DGO-HONADOMANI S.B. 2012, Directiva para Evaluación de la Gestión de los Órganos y Unidades Orgánicas del HONADOMANI SAN BARTOLOME 2012, el cual como documento normativo cumple con la estructura mínima y contenido establecido en la Resolución Ministerial Nº 526-



2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud;

Estando a lo solicitado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico a través del documento del visto;

Con la Visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé;



En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, mediante Resolución Ministerial N° 436-2011/MINSA, y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar la Directiva N° 002-DG-HONADOMANI-SB-2012, DIRECTIVA PARA EVALUACION DE LA GESTIÓN DE LOS ORGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS DEL HONADOMANI SAN BARTOLOME 2012, el cual debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Disponer que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través del Equipo de Planeamiento y Organización, son los responsables de salvaguardar el cumplimiento de lo estipulado en la Directiva aprobada en la presente Resolución.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Disponer que los Jefes de Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas, den estricto cumplimiento a la Directiva aprobada en la presente Resolución.

**ARTÍCULO CUARTO.-** Disponer la notificación de la presente Resolución a los estamentos correspondientes, así como la publicación en la página web de la Institución.

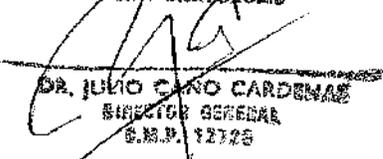
Regístrese y Comuníquese.

JCC/SSC/GVO.

c.c.

- OEPE
- OEA
- OET ✓
- DEPARTAMENTOS
- SERVICIOS
- UNIDADES
- OFICINAS
- OCI
- Interesados

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"

  
DR. JULIO C. CARDENAS  
DIRECTOR GENERAL  
S.M.P. 12726



**DIRECTIVA PARA EVALUACION DE LA GESTIÓN DE LOS ORGANOS Y UNIDADES  
ORGÁNICAS DEL HONADOMANI SAN BARTOLOME 2012**

**I. FINALIDAD**

La presente directiva contribuye al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, del Plan Operativo Anual y de los Planes Tácticos que durante ese periodo se elaboren en el HONADOMANI San Bartolomé, mediante las herramientas de monitoreo y evaluación de la ejecución y logro de objetivos por parte de las unidades orgánicas de nuestra institución.

**II. OBJETIVO**

Establecer los aspectos metodológicos, procedimientos e instrumentos que permitan medir la gestión operativa que desarrollan los órganos y unidades orgánicas del HONADOMANI San Bartolomé, bajo la conducción de sus respectivos Directivos y funcionarios responsables.

**III. AMBITO DE APLICACIÓN**

El cumplimiento de lo establecido en esta Directiva, abarca a todos los órganos y unidades orgánicas estructurales y funcionales, tanto asistenciales como administrativas, del HONADOMANI San Bartolomé, a través de sus Directivos y funcionarios responsables (Directores Ejecutivos, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Jefes de Oficina, Jefes y/o Coordinadores de Unidades) según sea el caso.

**IV. BASE LEGAL**

- 4.1. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Capítulo III, Artículo 5° y el Reglamento de la Ley aprobado por D.S. N° 013-2002-SA, Artículo 14° y su modificatoria.
- 4.2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- 4.3. Ley N° 28522; Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y su reglamento aprobado mediante D.S. N° 054-2005-PCM.
- 4.4. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- 4.5. Ley N° 29465, Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2010
- 4.6. Decreto Supremo N° 163-2004/EF, establece disposiciones para la mejora de la calidad del gasto público y crea el Sistema de Seguimiento y Evaluación del Gasto Público.
- 4.7. Resolución Directoral N° 025-2008-EF/76.01 “Directiva para la Programación y Formulación del presupuesto del sector Público, Anexos por Nivel de Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local y Anexo – Lineamientos Conceptuales y Metodológicos para la Formulación de indicadores de desempeño”.
- 4.8. Resolución Directoral N° 0326-DG-HONADOMANI-SB/2009 aprueba el Plan Operativo Anual 2010 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- 4.9. Resolución Ministerial N° 652-2009/MINSA, Directiva Administrativa N° 157/MINSA/OGPP-2009-V.01 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2010 del Pliego 011-Ministerio de Salud.
- 4.10. Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, Reglamento de Organización y Funciones del HONADOMANI San Bartolome, agosto de 2003.
- 4.11. Manual de Organización y Funciones (MOF) vigente de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico HONADOMANI San Bartolomé.

## V. DISPOSICIONES GENERALES

### De la Responsabilidad de la Evaluación y de brindar la información:

- 5.1. Los Jefes del segundo nivel organizacional (Departamentos, Oficinas) de las unidades orgánicas del HONADOMANI San Bartolomé son los responsables de los resultados obtenidos en la evaluación de la Gestión de sus Unidades Orgánicas, conjuntamente con los jefes del tercer nivel organizacional (Servicios).
- 5.2. Los jefes de Servicios y Oficinas de las unidades orgánicas del HONADOMANI San Bartolomé son los responsables de proporcionar toda la información y evidencias necesarias par la evaluación de la gestión de su unidad orgánica, de manera oportuna y en las fechas previstas en la presente directiva.
- 5.3. La OEPE es responsable de realizar la evaluación del grado de cumplimiento de metas operativas del Plan Operativo Anual del HONADOMANI S.B. a través del Aplicativo Informático de Seguimiento – Monitoreo y Evaluación –de la Ejecución del POA.
- 5.4. La entrega oportuna de la información estadística de la producción, rendimiento y utilización de los servicios y los indicadores aprobados con Resolución Directoral, son de responsabilidad de la Oficina de Estadística e Informática.

### Del Cronograma de Evaluación:

- 5.5. La evaluación de la Gestión de las Unidades Orgánicas del HONADOMANI San Bartolomé se realizará en el mes de marzo del año siguiente al año en proceso de evaluación.
- 5.6. Se realizará un monitoreo al semestre, es decir, culminado el mes de junio, el cual deberá ser socializado en Comité de Gestión Ampliado en el mes de agosto, para conocimiento de los equipos técnicos de cada unidad orgánica.
- 5.7. Excepcionalmente la Dirección General podrá solicitar una evaluación de la gestión de las Unidades Orgánicas en cualquier momento del año, de tal forma que se determine el porcentaje de avance de la programación realizada.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### De la Evaluación de Gestión de las Unidades Orgánicas

- 6.1. La evaluación de gestión se realizará en 3 momentos:
  - Acopio de la Información
  - Análisis e interpretación
  - Reporte y Difusión

#### 6.1.1. ACOPIO DE LA INFORMACIÓN

La responsabilidad del acopio de información corresponde a los Jefes de las Unidades Orgánicas asistenciales y administrativas.

El acopio de la información, consta de las siguientes fases:

- a) **Recopilación de Información**, Es la evidencia que sustenta físicamente la información solicitada.
- b) **Verificación del Ingreso de información al Aplicativo Informático**, que además de la digitación debe formalizarse mediante la remisión del documento físico (impreso) de la ejecución de tareas.

La presentación impresa de la información reportada y los sustentos respectivos se realizará en las fechas de "Presentación de Información a OEPE" que se consigna en el Cronograma Anual de Seguimiento del POA 2010.

## 6.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Este segundo momento esta a cargo del Equipo de Planeamiento y Organización y se desarrolla a partir del acopio de la información y/o evidencias recibidas. De ser necesario se deberá coordinar con los responsables de elaboración de la información para una adecuada interpretación. Consta de las siguientes fases:

- a) **Evaluación de las Unidades Orgánicas Asistenciales y**
- b) **Evaluación de las Unidades Orgánicas Administrativas.**

En cada una de ellas se definen de manera específica la valoración y la ponderación.

### De la Evaluación de los Órganos y Unidades Orgánicas Asistenciales:

#### • **Valoración**

- La Gestión de la unidad orgánica se valorará en cuanto a su estructura, proceso y resultados.
- En el criterio de estructura se evaluará el Plan de Gestión Clínica, los documentos de gestión actualizados (MOF, MPP), la elaboración y/o actualización, aprobación y difusión de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial.
- En el criterio de procesos se evaluará el grado de cumplimiento de tres indicadores de producción, rendimiento o utilidad que mida el funcionamiento de la unidad orgánica, el grado de realización de auditorías médicas, el reporte oportuno de eventos adversos, indicadores de evaluación de usuarios internos y externos, implementación de medidas de seguridad de paciente, proyectos de mejora elaborados e implementados, proyectos de investigación elaborados.
- En el criterio de resultados se evaluará grado de cumplimiento del POA y la mejora de un indicador de efecto o impacto.

Los Departamentos finales serán evaluados en base a los siguientes parámetros:

#### • **Ponderación**

Para las unidades orgánicas asistenciales, la ponderación de los criterios se establece según el grado de ejecución alcanzado. En la escala de ponderación se considera como máximo 7 puntos en Estructura, 10 puntos en Proceso y 3 puntos en Resultados.

En relación a los Planes de Gestión Clínica 2011-2012, en la evaluación 2010 se evaluará su elaboración y aprobación por el ente técnico correspondiente, para ello se utilizará el siguiente esquema:

- a. Introducción
- b. Objetivo
- c. Herramientas del Plan
- d. Actividades del Plan de Gestión Clínica.
- e. Anexos: Matriz de Programación, Formato de Diagnóstico de Equipamiento y mobiliario, Formato de Oferta de Recursos Humanos por UPS, Formato de Diagnóstico de Demanda por UPS.

### De la Evaluación de los Órganos y Unidades Orgánicas Administrativas:

La Gestión de las Oficinas Administrativas serán evaluadas de acuerdo a los siguientes parámetros:

#### • **Valoración**

- La Gestión de la unidad orgánica se valorará en cuanto a su estructura, proceso y resultados.

- 
- En el criterio de estructura se evaluará el Plan de Desarrollo, los documentos de gestión actualizados (MOF, MPP).
  - En el criterio de procesos se evaluará proyectos de mejora elaborados e implementados, proyectos de investigación elaborados y ejecutados, proyectos de inversión formulados y ejecutados, dos indicadores de producción en nivel óptimo e implementación de medidas de control interno.
  - En el criterio de resultados se evaluará grado de cumplimiento del POA y la mejora de un indicador de efecto o impacto.

- **Ponderación**

Para las unidades orgánicas asistenciales, la ponderación de los criterios se establece según el grado de ejecución alcanzado. En la escala de ponderación se considera como máximo 7, 10, y 3 puntos, para los indicadores de estructura, procesos y resultados, respectivamente.

En relación a los Planes de Desarrollo, deberá contener:

- a. Introducción
- b. Objetivo
- c. Herramientas del Plan
- d. Actividades del Plan de Desarrollo
- e. Anexos: Matriz de Programación, Formato de Diagnóstico de Equipamiento y mobiliario, Formato de Oferta de Recursos humanos.

### 6.1.3. INFORME Y DIFUSION

Es el momento final del proceso y tiene dos pasos:

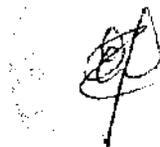
- a) **Emisión del Informe de Evaluación**, contiene el resultado final del proceso de evaluación de la gestión de la unidad orgánica, debidamente revisado, analizado y con los comentarios y sugerencias respectivas.

El encargado del Equipo de Planeamiento es el responsable de elaborar y distribuir el Informe de Evaluación de Gestión Anual.

- b) **Difusión del Informe de Evaluación**, se realiza en dos momentos:
  - **Difusión interna**, es la que se realiza al jefe de la Unidad Orgánica respectiva.
  - **Difusión general**, es la que se realiza por convocatoria de la Dirección General para que cada los Jefes de las Unidades Orgánicas presenten ante el equipo de gestión ampliado, los resultados de la Evaluación de Gestión Anual.

## VII. RESPONSABILIDADES

- La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través del Equipo de Planeamiento y Organización, son los responsables de salvaguardar el cumplimiento de lo estipulado en la presente Directiva.
- Es responsabilidad de los Jefes de Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas, brindar la información y evidencias necesarias para la evaluación de la gestión. Asimismo, son responsables por la elaboración de su Plan de Gestión o de su Plan de Desarrollo.
- La Dirección General deberá requerir formalmente el cumplimiento de la presente Directiva a los Jefes de Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas.



### VIII. DISPOSICIONES FINALES

- La Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través del Equipo de Planeamiento y Organización, son los responsables de salvaguardar el cumplimiento de lo estipulado en la presente Directiva.
- Es responsabilidad de los Jefes de Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas, brindar la información y evidencias necesarias para la evaluación de la gestión. Asimismo, son responsables por la elaboración de su Plan de Gestión o de su Plan de Desarrollo, según corresponda.
- La Dirección General deberá requerir formalmente el cumplimiento de la presente Directiva a los Jefes de Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas.
- Luego de registrar, verificar y analizar la información y evidencia alcanzada por la unidad orgánica asistencial y administrativa, cada jefe deberá adjuntar un informe en donde se precise el análisis, conclusiones y recomendaciones, el cual será entregado a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico dentro de los plazos consignados en el cronograma anual de evaluación de gestión.
- El proceso de evaluación anual se realizará en talleres expositivos con la participación obligatoria de los jefes de las Unidades Orgánicas, según instrumentos elaborados por la OEPE.
- La OEPE en un plazo no mayor de 90 días elaborará la propuesta de Directiva para la Evaluación de las Jefaturas del tercer nivel organizacional.

### IX. ANEXOS

- Anexo 1      Matriz de Evaluación de Unidades Orgánicas Asistenciales
- Anexo 2      Matriz de Evaluación de Unidades Orgánicas Administrativas

## Matriz de Evaluación de Órganos y Unidades Orgánicas Asistenciales

<b>I ESTRUCTURA (7 pts)</b>					
		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
<b>1.1 DOCUMENTOS DE GESTIÓN (2 pts- c/tem 0.5 pts)</b>					
a. MOF: aprobado con RD		Resolución Directoral	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 0.5
b. MOF actualizado y aprobado en los últimos 3 años		Fecha de Opinión Técnica de OEPE	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 0.5
c. MPP: aprobado con RD		Resolución Directoral	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 0.5
d. MPP actualizado en los últimos de 3 años		Fecha de Opinión Técnica de OEPE	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 0.5
<b>1.2 GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA (2 pts- c/tem 0.5 pts)</b>		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Puntaje Máximo
a. % de GPC elaboradas/programadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
b. % de GPC aprobadas con RD/ elaboradas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
c. % de GPC actualizadas/programadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
d. % de GPC difundidas y socializadas/ aprobadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
<b>1.3 GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS (2 pts - c/tem 0.5 pts)</b>		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a. % de GPA elaboradas/programadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
b. % de GPA aprobadas con RD/elaboradas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
c. % de GPA actualizadas/programadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
d. % de GPA difundidas y socializadas _____		Porcentaje	< a 60% = 0	Entre 60 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
<b>1.4 PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA (1 pto - c/tem 0.5 pts)</b>		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a. Elaboración del Plan de Gestión Clínica		Informe a DG con el Plan Culminado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 0.5
b. Aprobación del Plan de Gestión Clínica por ente técnico responsable		Documento aprobado por OGC y OEPE	No se evidencia = 0	Evidencia 1 Informe de Aprobación = 0.25	Evidencia dos Informes de Aprobación = 0.5

<b>II PROCESOS (10 pts)</b>					
		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
<b>2.1</b>	El grado de cumplimiento de al menos tres indicadores, que miden el funcionamiento de los servicios a su cargo, es óptimo en más de 6 meses consecutivos (Mínimo medir 04 indicadores de producción o rendimiento o utilidad por UO) (4 Puntos)	% de Cumplimiento de cada indicador (hasta un máx. De 4)	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.5	> de 90% = 1
<b>2.2</b>	El grado de realización de auditorías médicas, reporte de eventos adversos de todos sus servicios, indicadores de evaluación de usuarios externos o internos e implementación de medidas de seguridad del paciente en su unidad orgánica mejoró cualitativa o cuantitativamente en comparación con el año anterior (al menos verificar el cumplimiento en cuatro de los rubros mencionados) (4 Puntos)	% de Cumplimiento de cada indicador (hasta un máx. de 4)	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.5	> de 90% = 1
<b>2.3 PROYECTOS DE MEJORA (1 pto - c/tem 0.5 pts)</b>		Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a. N° de Proyectos de Mejora elaborados _____		Informe a DG del Proyecto Culminado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 0.5
b. % de avance implementado respecto de lo programado _____		Informe sustentado a SDG del % de implementación de Acciones de Mejora del Proyecto	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.25	> de 90% = 0.5
<b>2.4 PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (1 pto)</b>					
a. N° de Proyectos de Investigación elaborados _____		Informe a DG del Proyecto Culminado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 0.5
<b>III RESULTADOS (3 pts)</b>					
<b>3.1</b>	En el periodo evaluado el grado de cumplimiento o resultado de tareas POA 2010 (1 pto)	% de Cumplimiento del Indicador	< a 85% = 0 o > a 100 = 0	Entre 85 y 89% = 0.5	Entre 90% y 100% = 1
<b>3.2</b>	En el periodo evaluado se ha mejorado el menos un indicador de efecto o impacto que correspondan a la función de la Unidad Orgánica (2 Puntos)	% de Cumplimiento del Indicador	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 1	> de 90% = 2

**PUNTAJE TOTAL**

### Matriz de Evaluación de Órganos y Unidades Orgánicas Administrativas

I ESTRUCTURA (6 ptos)					
1.1	DOCUMENTOS DE GESTIÓN (4 ptos)	Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a.	MOF: aprobado con RD _____	Resolución Directoral	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 1
b.	MOF actualizado y aprobado en los últimos 3 años	Fecha de Opinión Técnica de OEPE	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 1
c.	MPP: aprobado con RD _____	Resolución Directoral	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 1
d.	MPP actualizado en los últimos de 3 años	Fecha de Opinión Técnica de OEPE	No tiene = 0	No Aplica	Tiene = 1
1.2	PLAN DE DESARROLLO (2 ptos - c/tem 1 pto)	Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
	Elaboración del Plan de Desarrollo	Informe a DG con el Plan Culinado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 1
	Aprobación del Plan de Desarrollo por ente técnico responsable	Documento aprobado por DEA / OEPE y GGC	No se evidencia = 0	Evidencia 2 Informes de Aprobación = 0.5	Evidencia tres Informes de Aprobación = 1

II PROCESOS (10 ptos)					
2.2	PROYECTOS DE MEJORA (2 ptos)	Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a.	Proyectos de mejora elaborados. _____	Informe a DG del Proyecto Culinado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 1
b.	% de avance de acciones implementadas respecto de lo programado _____	Informe sustentado a SDG del % de implementación de Acciones de Mejora del Proyecto	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.5	> de 90% = 1
2.3	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, DE INVERSIÓN Y DE MEJORA (2 ptos)	Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
a.	Proyectos de investigación, inversión o de mejora elaborados. _____	Informe a DG del Proyecto Culinado	No presenta evidencia = 0	No Aplica	Presenta evidencia = 1
b.	Proyectos de investigación, inversión o mejora ejecutados. _____	% de Ejecución del Proyecto de Investigación, Inversión o Mejora	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.5	> de 90% = 1
2.4	Al menos tres indicadores de producción, rendimiento o utilidad de su unidad orgánica se mantienen en niveles óptimos en al menos 6 meses del año en evaluación (3 Puntos)	% de Cumplimiento de cada indicador (hasta un max. De 3)	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 0.5	> de 90% = 1
2.5	Se han implementado medidas de control interno que se correlacionan con los problemas que son observados por las acciones de control internas o externas en el año en evaluación (como mínimo se han implementado una medida por cada observación subsistente en la Unidad Orgánica evaluada) (3 Puntos)	% de Implementación de Medidas del total de Observaciones realizadas a la UO	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 1.5	> de 90% = 3
III	RESULTADOS (4 ptos)	Unidad de Medida	Rango Mínimo (NO)	Rango Intermedio (PARCIAL)	Rango Máximo (SI)
3.1	En el periodo evaluado el grado de cumplimiento o resultado de tareas POA 2010 (2 Puntos)	% de Cumplimiento del indicador	< a 85% = 0 o a 100 = 0	Entre 85 y 89% = 1	Entre 90 y 100% = 2
3.2	En el periodo evaluado el grado de cumplimiento de al menos un indicador de efecto o impacto que corresponda a la función de su unidad orgánica mejoró comparativamente con el año anterior. (2 Puntos)	% de Cumplimiento del indicador	< a 70% = 0	Entre 70 y 90% = 1	> de 90% = 2

PUNTAJE TOTAL