

OFICINA DE INFORMACIÓN Y RESPUESTA, UNIDAD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD, FOSALUD, San Salvador, a las catorce horas y veinte minutos del día dieciocho de enero del año dos mil diecisiete.-

I.- ANTECEDENTES:

Que la oficina antes mencionada ha recibido la Solicitud de Información No. FOSALUD- dos mil diecisiete - cero cero cero cuatro, con fecha once de enero del dos mil diecisiete y admitida ese mismo día, mes y año, ingresada personalmente al Sistema de Gestión de Solicitudes de Gobierno Abierto del Órgano Ejecutivo el día once de enero del dos mil diecisiete, solicitud hecha por la Doctora _____ de cuarenta y nueve años de edad, del domicilio de San Salvador, portadora de su Documento de Único de Identidad número _____ se procedió a admitir su solicitud en base al artículo 4 de la Ley de Acceso a la Información Pública y específicamente a los principios de máxima publicidad, prontitud, y sencillez, en la que literalmente solicita:

- 1.- Copia Certificada de los finiquitos firmados por su persona de los años: 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016.
- 2.- Copia Certificada de las Evaluaciones de Desempeño de los años: 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016.- Correspóndientes a _____ con expediente número laboral _____

II.- FUNDAMENTOS DE HECHO:

Que en cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública el Fondo Solidario para la Salud, FOSALUD, a puesto a disposición del usuario o de la población en general la Oficina de Información y Respuesta /Unidad de Acceso a la Información Pública, ya que el derecho a la información pública es considerado como un derecho humano el cual se materializa o es activada mediante el acto de presentar la solicitud de información(en persona, mediante apoderado o en forma electrónica) y cuyo acceso se encuentra garantizada por la citada Ley y su Reglamento según se infiere de los artículos 1 y 2 de la misma.

En ese sentido la solicitante _____, en nombre personal, hace efectivo su derecho al acceso a la información pública haciendo uso de los mecanismos que la ley pone a disposición, realizando el acto material de presentar su solicitud para el tramite respectivo, no obstante es de aclarar que la información solicitada contiene información confidencial y datos personales, pero por ser su titular la solicitante, no hay impedimento para su entrega.

III.- FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Que efectivamente la información solicitada es de carácter pública que contiene información confidencial y datos personales, pero es procedente entregársela a la solicitante en vista que de

conformidad al Art. 25, 31 y 36 de la LAIP, y los arts. 50, 54 y 55 del Reglamento de la Ley de Acceso a la Información Pública, es la titular de la misma y que no se encuentra entre las excepciones enumeradas en los arts. 19 de la Ley y 19 del Reglamento, por lo cual se procedió a admitirla y darle el trámite respectivo a la solicitud antes expresada.

IV.- ACCIONES REALIZADAS:

1. Que en virtud de lo antes expresado, con el fin de darle cumplimiento al artículo 18 de la Constitución de la República, y artículos 1 y 2 de la Ley de Acceso a la Información Pública, se realizaron las diligencias internas necesarias mediante el Sistema de Gestión de Solicitudes del Órgano Ejecutivo, el día once de enero del presente año a la Gerencia de Talento Humano de FOSALUD, para obtener la información solicitada.-
2. Por lo que se procedió a ordenar la información tal como fue solicitada, la cual fue recibida en esta unidad el día 18 de los corrientes a las catorce horas y dos minutos, mediante Memorando con Referencia No. GTH – 004 -2017, con fecha 18 de enero del 2017 firmado por la Gerente de Talento Humano, Ingeniera Teresa Fernández, el cual se anexa a la presente resolución con todos sus anexos.

POR TANTO y en vista de lo anterior de conformidad a los Art. 18 de la Constitución, Arts. 3, 4, 24 inc. c), 25, 36, 62, 65, 71 y 72 de la LAIP, y la validez de los documentos mediante tecnologías de la información y comunicaciones, y a lo preceptuado en los arts. 53, 54, 55 y 56 del Reglamento, se **RESUELVE:**

- a) ENTREGUESE la información pública confidencial solicitada y requerida por la Dra. _____ en su carácter personal;
- b) En caso de no estar de acuerdo a la información solicitada y remitida bajo la presente resolución, la solicitante puede interponer el recurso de apelación respectivo del mismo ante el mismo oficial que resolvió sobre su solicitud o ante el Instituto de Acceso a la Información Pública; y
- c) **NOTIFIQUESE** la presente en la dirección que aparece en su solicitud siendo este la siguiente: Final Paseo General Escalón, Casa número 2, Colonia Escalón, San Salvador y al correo electrónico siguiente: _____ lugar señalado para recibir notificaciones, o al teléfono _____



Lic. Juan Anibal Corea Villalta
Oficial de Información

Lic. Juan Anibal Corea Villalta
OFICIAL DE INFORMACION
FOSALUD

GTH-004/2017

MEMORANDO

PARA: Juan Aníbal Corea
Oficial de Información del Fosalud

DE: Ing. Teresa Fernández
Gerente del Talento Humano del Fosalud

ASUNTO: Cumpliendo Solicitud de información FOSALUD-2017-0004

FECHA: 18 de Enero de 2017



Por medio de la presente le remito la información solicitada en la solicitud de información de referencia FOSALUD-2017-0004, aclarando que la evaluación de desempeño del año 2016 no se realizó por estar incapacitada la

así como en el caso de la evaluación del año 2013 no se encuentra en el registro.

Esperando suplir el requerimiento de información

Sin otro particular.

Juan Aníbal Corea
Lic. Juan Aníbal Corea Villalta
OFICIAL DE INFORMACION
FOSALUD

18/01/17 2:01 pm



LA SUSCRITA GERENTE DEL TALENTO HUMANO, DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD, FOSALUD INGENIERA TERESA FERNANDEZ GARAMENDI, CERTIFICA: La fidelidad y conformidad de la presente fotocopia de las Finiquitos de los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016; así como las Evaluaciones de Desempeño de los años 2012, 2014 y 2015 de la trabajadora por haber tenido sus originales los cuales confronté, y que literalmente dicen:

.....

Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)



No. Finiquito 240
Exp. No. 032-11

En la ciudad de San Salvador, a las **diez horas y cuarenta y seis minutos** del día **catorce** de diciembre de dos mil once. Ante mí, **GERBERT MARCELO MARQUELLI CANALES**, Notario, de este domicilio, comparece _____, de **cuarenta y cuatro años** de edad, del domicilio de **San Salvador**, persona a quien en este acto conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad numero _____

, y **ME DICE: UNO:** Que actualmente desarrolla labores remuneradas como empleado para y a las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD, a quien en lo sucesivo denominaré únicamente como "FOSALUD", bajo el cargo de **Médico I. DOS:** Que en esta fecha ha recibido de la Directora Ejecutiva de FOSALUD Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional el pago en concepto de INDEMNIZACION Y DEMAS PRESTACIONES LABORALES, correspondientes al período comprendido **del catorce de febrero hasta el día treinta y uno de diciembre de dos mil once**, ambas fechas inclusive; manifestando él compareciente que todos sus Salarios y prestaciones de Ley, le han sido CANCELADAS EN SU TOTALIDAD de conformidad al Código de Trabajo, por lo que se considera satisfecho y totalmente de acuerdo con dicha cantidad, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada del contrato Individual de Trabajo celebrado con FOSALUD en el presente año. **TRES:** Que libre y con pleno conocimiento de sus derechos, otorga el MAS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD, y lo libera de toda responsabilidad de la relación laboral que termina el treinta y uno de diciembre del presente año. **CUARTO:** Así mismo, declara el compareciente, que renuncia expresamente a cualquier derecho, acción judicial o extrajudicial, o reclamo que eventualmente tuviere o pudiere corresponderle en contra del FOSALUD, en relación directa o indirecta entre su contrato de trabajo o los servicios prestados, y la terminación del referido contrato o dichos servicios, sea que esos derechos o acciones correspondan a remuneraciones por salarios, aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, bonificaciones, subsidios, beneficios contractuales adicionales a las remuneraciones, compensaciones, cotizaciones previsionales, de seguridad social o de salud, indemnizaciones, o en concepto de cualquier otra prestación de naturaleza laboral que se hubiere derivado del contrato que hoy termina. Así se expresa el compareciente, a quien explique los efectos legales de esta Acta Notarial, la cual consta de una hoja útil y leída que las hube íntegramente en un solo acto ininterrumpido, manifestó estar de acuerdo con su contenido, la ratifica en toda y cada una de sus parte y firmamos. **DOY FE.**





0800854



No. Finiquito 252
Exp. No. 032-11

Yo _____ de cuarenta y cinco años de edad, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número _____ y con Número de Identificación Tributaria c_____

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO EXPRESO: UNO. Que desde el catorce de febrero del año dos mil once a esta fecha he desarrollado labores remuneradas como empleado y para las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD al que en lo sucesivo denominaré únicamente como FOSALUD, bajo el cargo de **Médico I. DOS.** Que en esta fecha **DOY POR RECIBIDO** del FOSALUD a través de la Directora Ejecutiva de FOSALUD, Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional, **el pago de las prestaciones laborales correspondientes como empleado de la Institución,** durante el período comprendido **del catorce de febrero de dos mil once hasta el día treinta y uno de diciembre de dos mil doce,** ambas fechas inclusive. **TRES.** Reconozco además que todos los Salarios y Prestaciones de Ley devengados hasta la fecha tales como: aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, bonificaciones, y vacaciones, así como algún beneficio contractual adicional a las remuneraciones, me han sido **CANCELADAS EN SU TOTALIDAD,** todo de conformidad al Código de Trabajo y al Reglamento Interno del FOSALUD, por lo que me considero satisfecho y totalmente de acuerdo con la cantidad que en esta fecha recibo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada de los **contratos Individuales de Trabajo que hubiere celebrado con el FOSALUD hasta el suscrito el día diecinueve de enero del año dos mil doce. CUATRO:** Por lo tanto libre y con pleno conocimiento de mis derechos, otorgo el **MAS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FOSALUD,** y lo libero de toda responsabilidad de la relación laboral que hoy se da por terminada. En la ciudad de San Salvador, a las once horas con ocho minutos del día diez de diciembre del año dos mil doce.

DOY FE: que la firma que calza el anterior escrito y que se lee: "Ilealible", **ES AUTENTICA,** por haber sido puesta de su puño y letra y en mi presencia por _____ quien es de cuarenta y cinco años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador persona a quien ahora conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad _____ San Salvador, a los diez días del mes de _____



No. Finiquito 302
Exp. No. 032-11

Yo, _____ de cuarenta y seis años de edad, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número _____ y con Número de Identificación Tributaria _____

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO EXPRESO: UNO. Que desde el uno de enero del año dos mil trece a esta fecha, he desarrollado labores remuneradas como trabajador y para las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD al que en lo sucesivo denominaré únicamente como FOSALUD, bajo el cargo de **Médico I. DOS.** Que en esta fecha **DOY POR RECIBIDO** del FOSALUD a través de la Directora Ejecutiva de FOSALUD, Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional, **el pago de las prestaciones laborales correspondientes como trabajador de la Institución,** durante el período comprendido **del uno de enero de dos mil trece hasta el día treinta y uno de diciembre de dos mil trece,** ambas fechas inclusive. **TRES.** Reconozco además que todos los Salarios y Prestaciones de Ley devengados hasta la fecha tales como: aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, bonificaciones, y vacaciones, así como algún beneficio contractual adicional a las remuneraciones, me han sido **CANCELADAS EN SU TOTALIDAD,** todo de conformidad al Código de Trabajo y al Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD, por lo que me considero satisfecho y totalmente de acuerdo con la cantidad que en esta fecha recibo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada de los **contratos individuales de trabajo que hubiere celebrado con el FOSALUD hasta el suscrito el día veintiuno de enero del año dos mil trece. CUATRO:** Por lo tanto libre y con pleno conocimiento de mis derechos, otorgo el **MAS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FOSALUD,** y lo libero de toda responsabilidad de la relación laboral que hoy se da por terminada. En la ciudad de San Salvador, a las doce horas con cuatro minutos del día nueve de diciembre del año dos mil trece.

DOY FE: que la firma que calza el anterior escrito y que se lee: "ilegible" **ES AUTENTICA** por haber sido puesta de su puño y letra y en mi presencia por quien es de cuarenta y seis años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, persona a quien ahora conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número _____ n Número de Identificación Tributaria _____

San Salvador, a los nueve días del mes de diciembre del año dos mil trece.



GERBERT MARCELO MARQUELLI CANALES
NOTARIO
REPUBLICA DE EL SALVADOR



73

No. Finiquito 293
Exp. No. 032-11

Yo, _____ : de cuarenta y siete años de edad, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número _____

POR MEDIO DEL PRESENTE

DOCUMENTO EXPRESO: UNO. Que desde el uno enero del año dos mil catorce a esta fecha he desarrollado labores remuneradas como trabajador y para las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD al que en lo sucesivo denominaré únicamente como FOSALUD, bajo el cargo de **Médico I. DOS.** Que en esta fecha **DOY POR RECIBIDO** del FOSALUD a través de la Directora Ejecutiva del FOSALUD, Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional, el **pago de las prestaciones laborales correspondientes como trabajador/a de la Institución,** durante el período comprendido **del día uno de enero dos mil catorce hasta el día treinta y uno de diciembre de dos mil catorce,** ambas fechas inclusive. **TRES.** Reconozco además que todos los Salarios y Prestaciones de Ley devengados hasta la fecha tales como: aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, bonificaciones, vacaciones y demás prestaciones laborales y salarios devengados, así como algún beneficio contractual adicional a las remuneraciones, me han sido **CANCELADAS EN SU TOTALIDAD,** todo de conformidad al Código de Trabajo y al Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD, por lo que me considero satisfecho y totalmente de acuerdo con la cantidad que en esta fecha recibo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada de los **contratos individuales de trabajo que el suscrito hubiere celebrado con el FOSALUD en el presente año. CUATRO:** Por lo tanto libre y con pleno conocimiento de mis derechos, otorgo el **MAS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FOSALUD,** y lo libero de toda responsabilidad de la relación laboral que hoy se da por terminada. En la ciudad de San Salvador, a las once horas con cuarenta y siete minutos del día once de diciembre del año dos mil catorce.

DOY FE: que la firma que calza el anterior escrito y que se lee "Ilegible", **ES AUTENTICA,** por haber sido puesta de su puño y letra y en mi presencia por _____ quien es de cuarenta y siete años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, persona a quien ahora conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número _____ y con Número de Identificación Tributaria _____

en San Salvador, a las _____





No. Finiquito 304
Exp. No.032-11

Yo, _____, de cuarenta y ocho años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad número _____ y con Número de Identificación Tributaria _____

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO EXPRESO: UNO. Que desde el uno de enero del año dos mil quince a esta fecha he desarrollado labores remuneradas como trabajador/a y para las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD al que en lo sucesivo denominaré únicamente como FOSALUD, bajo el cargo de **Médico. DOS.** Que en esta fecha **DOY POR RECIBIDO** del FOSALUD a través de la Directora Ejecutiva del FOSALUD, Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional, **el pago de las prestaciones laborales correspondientes como trabajador/a del FOSALUD**, durante el período comprendido **del uno de enero del año dos mil quince hasta el día treinta y uno de diciembre del año dos mil quince**, ambas fechas inclusive. **TRES.** Reconozco además que todos los salarios y prestaciones de Ley devengados hasta la fecha tales como: aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, pasivo laboral, vacaciones, y demás prestaciones laborales y salarios devengados, así como algún beneficio contractual adicional a las remuneraciones, me han sido **CANCELADAS EN SU TOTALIDAD**, todo de conformidad al Código de Trabajo y al Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD, por lo que me considero satisfecho y totalmente de acuerdo con la cantidad que en esta fecha recibo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada de los contratos individuales de trabajo que hubiere suscrito y celebrado con el FOSALUD en el presente año. **CUATRO.** Por lo tanto libre y con pleno conocimiento de mis derechos, otorgo el **MAS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FOSALUD**, y lo libero de toda responsabilidad de la relación laboral que hoy se da por terminada. En la ciudad de San Salvador, a los veintiún días del mes de enero del año dos mil dieciséis.

DOY FE: que la firma que calza el anterior escrito y que se lee: " Ilegible", **ES AUTENTICA**, por haber sido puesta de su puño y letra y en mi presencia por _____, quien es de cuarenta y ocho años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador persona a quien ahora conozco e identifico por medio de su Documento Único de Identidad número _____ con Número de Identificación Tributaria _____ En la ciudad de San Salvador, a las doce horas con nueve minutos del día veintiuno del mes de enero del año dos mil dieciséis.





EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER



No. Finiquito 072
Exp. No.032-11

Yo, _____ a cuarenta y nueve años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de SAN SALVADOR, con Documento Único de Identidad número _____ con Número de Identificación Tributari _____

POR MEDIO DEL

PRESENTE DOCUMENTO EXPRESO: UNO. Que desde el uno de enero del año dos mil dieciséis a esta fecha he desarrollado labores remuneradas como trabajador/a y para las órdenes del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD al que en lo sucesivo denominaré únicamente como FOSALUD, bajo el cargo de **Médico. DOS.** Que en esta fecha **DOY POR RECIBIDO** del FOSALUD a través de la Directora Ejecutiva del FOSALUD, Licenciada Ethel Verónica Villalta de Rodríguez, por medio de la tesorería institucional, **el pago de las prestaciones laborales correspondientes como trabajador/a del FOSALUD**, durante el período comprendido del uno de enero del año dos mil dieciséis hasta el día treinta y uno de diciembre del año dos mil dieciséis, ambas fechas inclusive. **TRES.** Reconozco además que todos los salarios y prestaciones de Ley devengados hasta la fecha tales como: aguinaldos completos o proporcionales, días de asueto, descansos semanales o descansos compensatorios, pasivo laboral, vacaciones, y demás prestaciones laborales y salarios devengados, así como algún beneficio contractual adicional a las remuneraciones, me han sido **CANCELADAS EN SU TOTALIDAD**, todo de conformidad al Código de Trabajo y al Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD, por lo que me considero satisfecho y totalmente de acuerdo con la cantidad que en esta fecha recibo, liberando de cualquier responsabilidad presente o futura derivada de los contratos individuales de trabajo que hubiere suscrito y celebrado con el FOSALUD en el presente año. **CUATRO.** Por lo tanto libre y con pleno conocimiento de mis derechos, otorgo el **MÁS AMPLIO, COMPLETO, TOTAL Y DEFINITIVO FINIQUITO AL FOSALUD**, y lo libero de toda responsabilidad de la relación laboral que hoy se da por terminada. En la ciudad de San Salvador, a los doce días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis.

DOY FE: que la firma que calza el anterior escrito y que se lee: "Ilegible", **ES AUTENTICA**, por haber sido puesta de su puño y letra y en mi presencia por _____ quien es de cuarenta y nueve años de edad, del domicilio de San Salvador, Departamento de SAN SALVADOR, persona a quien ahora conozco e identifiqué por medio de su Documento Único de Identidad número _____ y con Número de Identificación Tributaria _____ En la ciudad de San Salvador, a los doce días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis.





AGENCIA DE PAZ



EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

Período: Octubre de 2011 a Octubre de 2012

En este formulario usted realizará la Evaluación del Desempeño suya y/o de su colaborador/a. Lea las indicaciones de cada parte y proceda con su evaluación ingresando la información que se le solicita

INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO/A

Nombres: _____ Apellidos: _____

Dependencia: _____ Cargo: _____

1- CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES DEL PUESTO

Anote la calificación que describa con más precisión su desempeño, de manera objetiva, marcando del 1 al 4 la puntuación que corresponda a su desempeño, tomando en cuenta los criterios siguientes:

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	NIVEL
Bajo	Desempeño muy por debajo del esperado	1
Regular	Desempeño dentro de lo esperado o promedio	2
Bueno	Desempeño bueno, por encima de lo esperado promedio	3
Excelente	Desempeño muy por encima del esperado o del promedio	4

Describa las actividades que realiza relacionadas con las funciones descritas en su perfil de puestos. Luego califique cada una de ellas, del 1 al 4 según corresponda.

FUNCIONES	CALIFICACIÓN		
	Puntaje Empleado	Puntaje Jefe	Puntaje Consensuado
Preparación de pacientes	4	4	4
Brindar consulta médica a las personas víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil.	4	4	4
Elaborar informe de las atenciones médicas brindadas.	4	4	4
Elaborar referencias médicas a los diferentes niveles de atención en salud según las necesidades de las y los usuarios.	4	4	4
Educar a la población usuaria a través de la consejería según las necesidades detectadas durante la consulta médica.	4	4	4
Preparar a las usuarias para la terapia holística.	4	4	4
Planificación familiar: Consejería y entrega de métodos de planificación familiar.	4	4	4
Realizar actividades de inyección.	4	4	4
Efectuar curaciones.	4	4	4
Dar consultas de seguimiento en los casos que lo ameriten.	3	3	3
Elaborar informes técnicos mensuales para FOSALUD, MINSAL y Corte Suprema de Justicia.	4	4	4
Resguardar, preservar, prescribir, despachar y controlar las entradas y salidas de los medicamentos. Elaborar y actualizar el tabulador diario de consumo de medicamentos y el informe mensual del MINSAL.	4	4	4
Cumplir la Normativa del Ministerio de Salud "Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia"	4	4	4
Participar en las reuniones de equipo de la UAI a víctimas de VIF de Ciudad Delgado.	4	4	4

4 4 4



00J0053

2. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Las competencias descritas están relacionadas a las actividades y funciones de su perfil de puesto, califique cada una de ellas del 1 al 4, según corresponda.

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	Calificación		
		Puntaje empleado	Puntaje Jefe	Puntaje consensuado
Planificación y Organización	El/la colaboradora tiene la capacidad para planificar, organizar y prioriza de forma correcta su trabajo de acuerdo a los objetivos y metas de su puesto	4	4	4
Liderazgo	El/la colaboradora orienta e inspira a sus compañeros/as a través de la escucha, la animación y el ejemplo	3	3	3
Autonomía	El/la colaboradora realiza su trabajo adecuadamente sin necesidad de supervisiones o correcciones constantes	4	4	4
Comunicación	El/la colaboradora comprende correctamente los mensajes que le son transmitidos y se expresa de forma clara, lógica y concisa en sus comunicaciones verbales y escritas	4	4	4
Integridad	El /la colaboradora ha demostrado ser una persona confiable y leal a la institución, utilizando correctamente la información confidencial y/o administrando de forma transparente los bienes y valores de la organización	4	4	4
Orientación al usuario	El/la colaboradora se interesa por detectar las necesidades y dificultades del usuario (interno o externo) y las atiende con prontitud y amabilidad.	4	4	4
Relaciones Humanas	El/la colaboradora mantiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo y sus superiores	3	3	3
Disciplina	El/la colaboradora cumple el reglamento las disposiciones de la institución (Ej. horarios, políticas, instrucciones de superiores, normas de presentación personal) y las normas generales de convivencia social (Ej. autocontrol ante situaciones de estrés, decoro, etc.).	4	4	4
Autocontrol	El/la colaboradora tiene capacidad de mantener las propias emociones bajo control y evitar reacciones negativas ante provocación, oposición, hostilidad o estrés	3	3	3
Creatividad e iniciativa	El/la colaboradora identifica necesidades u obstáculos anticipadamente y genera soluciones novedosas para resolverlos, a beneficio del equipo de trabajo.	3	3	3

0000059

3. ACUERDOS Y CONCLUSIONES

A continuación se pide que defina acuerdos, conclusiones y compromisos, como resultado de la evaluación

OBSERVACIONES O COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL/ LA EVALUADA

CONTINUAR TRABAJANDO CON ENTUSIASMO Y DEDICACION PARA NUESTROS USUARIAS Y USUARIOS.

OBSERVACIONES O COMPROMISOS DE EL /LA JEFE INMEDIATO

Nombre y firma del/a evaluado/a

[Signature]
Mariela Pethi Aguila

Nombre y firma del jefe inmediato



19-NOV-2012
Fecha de llenado formulario por evaluado.

19-NOV-2012.
Fecha de llenado formulario por Jefe.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

Período: Octubre de 2013 a Octubre de 2014

En este formulario usted realizará su Evaluación del Desempeño. Lea las indicaciones de cada parte y proceda con su evaluación ingresando la información que se le solicita.

INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO/A

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Dependencia: _____ Cargo: _____
 N° de Expediente: _____ Fecha de Ingreso: _____

1- TABLA DE VALORACIÓN

Anote la calificación que describa su desempeño, de manera objetiva, marcando del 0 al 10 la puntuación que corresponda a su desempeño, tomando en cuenta los criterios siguientes:

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	NIVEL
Deficiente	No cumple con la función o la cumple muy por debajo de lo esperado	0 - 2
Regular	Cumple su función por debajo de lo esperado	3 - 5
Bueno	Cumple su función dentro de lo esperado o promedio	6 - 7
Muy bueno	Cumple su función por encima de lo esperado o promedio	8 - 9
Excelente	Cumple su función muy por encima de lo esperado o promedio	10

27 Nov 2014

2- EVALUACIÓN DE FUNCIONES

Describa las funciones y/o actividades que desempeña relacionadas con las descritas en su perfil de puesto y agregue las funciones y/o actividades que desarrolla en base a las necesidades de su puesto y lugar de trabajo, con las cuales contribuye al cumplimiento de la misión y visión institucional. Luego califique cada una de ellas, del 0 al 10 según corresponda.

N°	Funciones/Actividades	Calificación		
		Puntaje Empleado	Puntaje Jefe	Puntaje consensuado
1	Preparar a las y los usuarios para la consulta médica	10	9	9
	Brindar consulta médica a las personas víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y maltrato infantil	10	9	9
2	Dar consultas de emergencia	10	9	9
	Elaborar referencias a los diferentes niveles de atención según las necesidades de las y los usuarios	10	9	9
3	Dar consejería a las y los usuarios según las necesidades detectadas durante las consultas médicas	10	9	9
4	Elaborar los informes de las atenciones médicas brindadas	10	9	9
5	Inyectar a las y los usuarios si es necesario	10	9	9
6	Realizar curaciones	10	9	9
7	Dar consejerías en planificación familiar y proveer métodos a las y los usuarios.	10	9	9
8	Elaborar informes mensuales para Fosalud, Minsal y CSJ.	10	9	9
9	Solicitar al Minsal la provisión mensual de medicamentos	10	9	9
11	Resguardar, prescribir y despachar los medicamentos a las	10	9	9
12	Elaborar y actualizar el tabulador diario de medicamentos del Minsal	10	9	9
13	Cumplir los "Lineamientos técnicos para la atención de todas las formas	10	9	9
14	Participar en las reuniones de equipo de la UAI de Ciudad Delgado	10	9	9

T=10 T=9 T=9

3. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Las competencias institucionales descritas a continuación, están relacionadas con las habilidades, actitudes y los valores requeridos para el puesto, con las cuales contribuye al cumplimiento de la misión, visión e imagen institucional. Califique cada una de ellas del 0 al 10, según corresponda.

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	Calificación		
		Puntaje Empleado	Puntaje Jefe	Puntaje consensuado
Planificación y Organización	El/la trabajador/a tiene la capacidad para planificar, organizar y prioriza de forma correcta su trabajo de acuerdo a los objetivos y metas de su cargo.	10	9	9
Liderazgo	El /la trabajador/a orienta e inspira a sus compañeros/as a través de la escucha, responsabilidad, motivación y el ejemplo, para alcanzar el objetivo institucional.	9	9	9
Autonomía	El /la trabajador/a realiza su trabajo adecuadamente de acuerdo a normativa institucional, mostrando capacidades en la toma de decisiones sin necesidad de supervisiónes o correcciones constantes.	10	9	9
Comunicación	El /la trabajador/a comprende correctamente los mensajes que le son transmitidos, realiza una retroalimentación oportuna y se expresa de forma clara, lógica y concisa en sus comunicaciones verbales y escritas, con su equipo de trabajo y jefaturas.	9	9	9
Integridad	El /la trabajador/a demuestra poner en práctica los valores institucionales (Compromiso, responsabilidad, sensibilidad social, calidad y calidez, equidad, transparencia).	10	9	9
Orientación al usuario/a	El/la trabajador/a se interesa por detectar las necesidades y dificultades del usuario/a (interno/a o externo/a) y las atiende con calidad y calidez y respetando sus derechos.	10	9	9
Relaciones Humanas	El /la trabajador/a mantiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo y sus superiores.	9	9	9
Disciplina	El /la trabajador/a cumple el reglamento interno de trabajo, y demás disposiciones de la institución (Ej. horarios, uso de uniformes, tiempos de alimentación, instrucciones de superiores) y las normas generales de convivencia social (Ej. Saludo, respeto a los demás, tolerancia, decoro, etc.).	10	9	9
Autocontrol	El /la trabajador/a tiene capacidad de mantener las propias emociones y controlar las reacciones negativas ante provocación, oposición o estrés.	9	9	9
Creatividad e iniciativa	El /la trabajador/a identifica necesidades u obstáculos anticipadamente y genera soluciones novedosas para resolverlos, a beneficio del equipo de trabajo.	10	9	9

4. RESUMEN DE EVALUACIÓN

A continuación se pide que defina acuerdos, conclusiones y compromisos, como resultado de la evaluación.

Se recomienda que el resumen se plasme en un ambiente de retroalimentación con la finalidad de fortalecer el desempeño del evaluado/a con la orientación y apoyo del Evaluador/ar.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

COMENTARIOS DE EVALUADOR/A

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS:

- se han superado las observaciones del año 2013.

Firma del Evaluador: Claudia Quintana

Fecha: 13/11/2014

5. PLAN DE MEJORA

COMPROMISOS	FECHA DE CUMPLIMIENTO

6. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	OBJETIVO
VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL.	

Nombre y firma del/a evaluado/a

Fecha de llenado formulario por evaluado/a

Claudia Quintanilla

Nombre y firma del/a evaluador/a

Fecha de llenado formulario por evaluador/a

Área organizacional del evaluado:

QT - Clínica - Violencia
de C. Purgos



EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL
Período: Octubre de 2014 a Octubre de 2015

En este formulario usted realizará su Evaluación del Desempeño. Lea las indicaciones de cada parte y proceda con su evaluación ingresando la información que se le solicita.

Cargo
Médico-a Especialista

INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO/A

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Establecimiento: _____ Cargo: _____
 N° de Expediente: _____ Fecha de Ingreso: _____

1- TABLA DE VALORACIÓN

Anote la calificación que describa su desempeño, de manera objetiva, marcando del **0 al 10** la puntuación que corresponda a su desempeño, tomando en cuenta los criterios siguientes:

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	NIVEL
Deficiente	No cumple con la función o la cumple muy por debajo de lo esperado	0 - 2
Regular	Cumple su función por debajo de lo esperado	3 - 5
Bueno	Cumple su función dentro de lo esperado o promedio	6 - 7
Muy bueno	Cumple su función por encima de lo esperado o promedio	8 - 9
Excelente	Cumple su función muy por encima de lo esperado o promedio	10



3 0 Nov 2015

Des. 1

2- EVALUACIÓN DE FUNCIONES

A continuación se describen algunas funciones y/o actividades principales relacionadas con las descritas en su perfil de puesto, por favor agregue las funciones y/o actividades adicionales que desarrolla en base a las necesidades de su cargo y lugar de trabajo, las cuales contribuye al cumplimiento de la misión y visión institucional. Luego califique cada una de ellas, del 0 al 10 según corresponda.

N°	Funciones/Actividades	Calificación		
		Puntaje Empleado	Puntaje Jefe	Puntaje consensuado
1	Atender y controlar los servicios de consulta médica especializada, según protocolos de atención institucionales y planes de trabajo.	9	8	8
2	Apoyar los programas especiales de los establecimientos relacionados con su especialidad, según lineamientos de Director Local.	9	9	9
3	Medir y registrar trimestralmente los avances de las actividades y atención de pacientes, de acuerdo a planes de trabajo.	9	9	9
4	Realizar otras funciones que el cargo demande, según planes y objetivos institucionales.	9	9	9
5	Controlar y mantener el uso de los recursos físicos asignados al puesto, según inventario del cargo.	9	7	7
6	DAR CONSEJERIA SEGUN LAS NECESIDADES DE LOS Y LAS USUARIOS	9	9	9
7	REFERIR A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGUN NECESIDADES	10	10	10
8	IMPARTIR CHARLAS SOBRE S.S.R. A LAS USUARIAS DE LA UNIDAD	9	9	9
9	SOLICITAR MEDICAMENTOS A LA UCSP DE CIUDAD DELGADO	10	10	10
10	REALIZAR INFORMES MENSUALES A FOSALUD, MINSAL Y CSJ	9	9	9
11	REALIZAR EVALUACIONES DE CASOS DIFICILES CON EQUIPO DE TRABAJO	9	9	9
12	COORDINAR CON PSICOLOGA PARA APOYAR EN GRUPOS DE MUJERES	9	9	9
13	APERTURAR EXPEDIENTOS MEDICOS SEGUN LINEAMIENTOS	9	8	8
14	MANTENER SUFICIENTE STOCK DE MEDICAMENTOS	9	9	9
15	ENTREGAR MEDICAMENTOS A USUARIAS Y USUARIOS	9	9	9

Dra.

16	inyectar a usuarias que lo requieran	9	9	9
17	realizar curaciones de usuarios	9	9	9
18	tomar signos vitales y preparar para consulta médica.	9	9	9
19	gestionar material educativo con otras instituciones para utilizar en ludoteca y con usuarias de la unidad	9	9	9
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

9 8 9

Dña.

Exp.

3. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Las competencias institucionales descritas a continuación, están relacionadas con las habilidades, actitudes y los valores requeridos para el puesto, con las cuales contribuye al cumplimiento de la misión, visión e imagen institucional. Califique cada una de ellas del 0 al 10, según corresponda.

COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN	Calificación		
		Puntaje Empleado	Puntaje Jefe	Puntaje consensuado
Planificación y Organización	El/la trabajador/a tiene la capacidad para planificar, organizar y prioriza de forma correcta su trabajo de acuerdo a los objetivos y metas de su cargo.	9	9	9
Liderazgo	El /la trabajador/a orienta e inspira a sus compañeros/as a través de la escucha, responsabilidad, motivación y el ejemplo, para alcanzar el objetivo institucional.	9	8	8
Autonomía	El /la trabajador/a realiza su trabajo adecuadamente de acuerdo a normativa institucional, mostrando capacidades en la toma de decisiones sin necesidad de supervisiónes o correcciones constantes.	9	8	8
Comunicación	El /la trabajador/a comprende correctamente los mensajes que le son transmitidos, realiza una retroalimentación oportuna y se expresa de forma clara, lógica y concisa en sus comunicaciones verbales y escritas, con su equipo de trabajo y jefaturas.	9	7	7
Integridad	El /la trabajador/a demuestra poner en práctica los valores institucionales (Compromiso, responsabilidad, sensibilidad social, calidad y calidez, equidad, transparencia).	9	9	9
Orientación al usuario/a	El/la trabajador/a se interesa por detectar las necesidades y dificultades del usuario/a (Interno/a o externo/a) y las atiende con calidad y calidez y respetando sus derechos.	9	8	8
Relaciones Humanas	El /la trabajador/a mantiene buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo y sus superiores	8	7	7
Disciplina	El /la trabajador/a cumple el reglamento interno de trabajo, y demás disposiciones de la institución (Ej. horarios, uso de uniformes, tiempos de alimentación, instrucciones de superiores) y las normas generales de convivencia social (Ej. Saludo, respeto a los demás, tolerancia, decoro, etc.).	9	7	7
Autocontrol	El /la trabajador/a tiene capacidad de mantener las propias emociones y controlar las reacciones negativas ante provocación, oposición o estrés.	9	8	8
Creatividad e iniciativa	El /la trabajador/a identifica necesidades u obstáculos anticipadamente y genera soluciones novedosas para resolverlos, a beneficio del equipo de trabajo.	9	9	9

4. RESUMEN DE EVALUACIÓN

A continuación se pide que defina acuerdos, conclusiones y compromisos, como resultado de la evaluación.

Se recomienda que el resumen se plasme en un ambiente de retroalimentación con la finalidad de fortalecer el desempeño del evaluado/a con la orientación y apoyo del Evaluador/ar.

COMENTARIOS DE EVALUADOR/A

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

COMENTARIOS DE EVALUADOR/A

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS:

Firma del Evaluador: _____ Fecha: _____

5. PLAN DE MEJORA

COMPROMISOS	FECHA DE CUMPLIMIENTO
- MEJORAR COMUNICACION EFECTIVA Y OPORTUNA.	2016
DRA PINTIN Y LIC. AGUILA.	
- RESPETAR CANALES COMUNICACION INSTITUCIONAL	2016

6. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	OBJETIVO
CAPACITACIONES EN VIOLENCIA SEXUAL, VIF Y MALTRATO OBJETIVO	PARA APLICAR EN LA VIDA VICTIMAS DE CRIMENES

Nombre y firma del/a evaluado/a

20/11/2015
Fecha de llenado formulario por evaluado/a



Nombre y firma del/a evaluador/a

20/11/2015
Fecha de llenado formulario por evaluador/a

Área organizativa del evaluado/a:

Y para ser entregado al Oficial de Información del FOSALUD, conforme a la solicitud de referencia FOSALUD-2017-0004, extendiendo, firmando y sellando la presente copia certificada que consta de **VEINTIUN FOLIOS**, en la ciudad de San Salvador, a los dieciocho días del mes de enero del año dos mil diecisiete.



Ing. Teresa Fernández Garamendi.
Gerente del Talento Humano, del Fosalud.