



GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO NORTE

DIRECCIÓN

ORD. N° 072 30/11/2009
DR. MOU/pgs.

DIRECCION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL
OFICINA DE PARTES 12:30

08 ENE. 2010

N° DE INGRESO SGD-E 127

2164

ORD.: N°

ANT.: No hay

MAT.: Remite Convenio de Desempeño de D.
Marcia Quinteros Díaz, Directora
Instituto Nacional del Cáncer.

SANTIAGO, 30 NOV 2009

DE : DR. MAURICIO OSORIO ULLOA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

A : D. ROSSANA PEREZ FUENTES
DIRECTORA NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL

En virtud, del cargo ganado por D. MARCIA QUINTEROS DÍAZ, en concurso realizado por ese Servicio Civil, para ocupar cargo vacante de Director del Instituto Nacional del Cáncer, establecimiento dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, me permito remitir Convenio de Desempeño, debidamente firmado, por ambas partes, interesado y suscrito, el cual tiene vigencia desde el 01 de septiembre de 2009 al 30 de agosto de 2012.

Saluda atentamente a usted,



DR. MAURICIO OSORIO ULLOA
DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Distribución:

- Dirección Nacional del Servicio Civil (1 Convenio).
- Subsecretaría de Redes Asistenciales (1 Convenio).
- Dirección SSMN (1 Convenio)
- Subdirección de Recursos Humanos
- Interesado (1 Convenio).
- Oficina de Partes

ADJUNTA ANTERIORES
OFICINA DE PARTES
S.S.M.N.



CONVENIO DE DESEMPEÑO SERVICIO SALUD MET. NORTE

I. ANTECEDENTES GENERALES.

Nombre:	Marcia Quinteros Díaz
Cargo:	Directora GR 5 E.U.S.
Institución:	Instituto Nacional del Cáncer
Dependencia directa del cargo:	Director Servicio Salud Met. Norte
Período de desempeño del cargo:	1º Septiembre de 2009 al 30 Agosto de 2012

II. FECHAS DE EVALUACION DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO.

Primera Evaluación :	1º Septiembre de 2010
Segunda Evaluación:	1º Septiembre de 2011
Tercera Evaluación :	1º Septiembre de 2012
Evaluación Final :	1º Septiembre de 2012

Metodología de Evaluación: El resultado obtenido en la evaluación de cada Objetivo de Resultado, será igual al la suma del(los) resultados de la evaluación de cada indicador definido. A su vez, el resultado para un indicador específico, será el porcentaje de cumplimiento, multiplicado por el ponderador del indicador respectivo.

Servicio de Salud Metropolitano Norte

AÑO 1: 1° de Septiembre de 2009 al 30 de Agosto de 2010

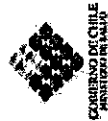
META 1: Liderazgo Institucional y conducción estratégica

Ponderación: 40%		OBJETIVOS DE RESULTADO			INDICADORES			PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BÁSICOS
1.1.	10%	Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formación, programación y evaluación del presupuesto.	10%	1.1.1. (Ingresos operacionales devengados año 2009 - gastos operacionales devengados año 2009) / gastos operacionales devengados año 2009 * 100 > 0 = 0%	10%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria del INCANCER, validado por el referente técnico del SSMN.	10%	Se mantiene presupuesto desde MINSAL. Se cumple con el programa financiero y las expansiones acordado con el Minsal. Se cumplen las transferencias de PPV por Fonasa al 31 de Diciembre de 2009. Se cumple con las transferencias de Plan de 90 días y Especialistas talencia.		
1.2.	15%	Cumplimiento de Garantías de Inicio de Tratamiento en casos GES de Garantías Explícitas en Salud.	15%	1.2.1. (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento en casos gestionados por el INCANCER / N° de casos GES con confirmación diagnóstica y Orden de Tratamiento del INCANCER) * 100	15%	Informe del INCANCER basado en sistema SIGGES, validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	15%	Sistema de Gestión de Garantías Operativo para registro de prestaciones trazadoras y datos actualizados por INCANCER. Se dispone del presupuesto PPV de acuerdo a programa financiero acordado con Fonasa. En caso de que la demanda supere los casos definidos en el Convenio PPV con Fonasa, se deberá solicitar un segundo prestador a Fonasa. Los Problemas de Salud GES son: Cáncer de Mama, Cáncer Cervicouterino y Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Meta 100% para el período evaluado.		
1.3.	15%	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos entre el Servicio de Salud Met. Norte y el INCANCER.	15%	1.3.1. (Nota promedio obtenida para el período evaluado 2009 - 2010 / 5) * 100	15%	Informe del INCANCER validado por Depto. De Control de Gestión del SSMN para el período evaluado (escala de 1 a 5)	15%	Los compromisos de Gestión han sido conocidos y celebrados por el Instituto el primer trimestre de cada año, una vez definido el marco presupuestario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 del Decreto 38 "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Auto-gestión en Red". El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. Meta considera 80% cumplimiento año 2009 y 100% cumplimiento proporcional período enero - Junio 2010.		
Subtotal Meta 1:					40%					



AÑO 2: 1° de Septiembre de 2010 al 30 de Agosto de 2011
META 1: Liderazgo Institucional y conducción estratégica

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUJETOS BASICOS
1.1.	Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.	1.1.1. ((Ingresos operacionales devengados año 2010 - gastos operacionales devengados año 2010) / gastos operacionales devengados año 2010) * 100 > 0 = 0%	10%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria del INCANCER, validado por el referente técnico del SSMN.	Se mantiene presupuesto desde MINSAL. Se cumple con el programa financiero y las expansiones acordado con el Minsal. Se cumplen las transferencias de PPV por Fonasa al 31 de Diciembre de 2010. Se cumple con las transferencias de Especialistas talendia.
1.2.	Cumplimiento de Garantías de Inicio de Tratamiento en casos GES de Garantías Explícitas en Salud.	1.2.1. (N° de casos GES con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento en casos gestionados por el INCANCER / N° de casos GES con confirmación diagnóstica y Orden de Tratamiento del INCANCER) * 100	15%	Informe del INCANCER basado en sistema SIGGES, validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	Sistema de Gestión de Garantías Operativo para registro de prestaciones trazadoras y datos actualizados por INCANCER. Se dispone del presupuesto PPV de acuerdo a programa financiero acordado con Fonasa. En caso de que la demanda supere los casos definidos en el Convenio PPV con Fonasa, se deberá solicitar un segundo prestador a Fonasa. Los Problemas de Salud GES son: Cáncer de Mama, Cáncer Cervicouterino y Alivio del Dolor y Ciudadanos Paliativos. Meta 100% para el periodo evaluado.
1.3.	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos entre el Servicio de Salud Met. Norte y el INCANCER.	1.3.1. (Nota promedio obtenida para el periodo evaluado 2010 - 2011 / 5) * 100.	15%	Informe del INCANCER validado por Depto. De Control de Gestión del SSMN para el periodo evaluado (escala de 1 a 5)	Los compromisos de Gestión han sido conocidos y celebrados por el Instituto el primer trimestre de cada año, una vez definido el marco presupuestario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 del Decreto 38 "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Auto gestión en Red". El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. Meta 100% cumplimiento proporcional periodo enero - diciembre 2010 y cumplimiento proporcional enero 2011 a junio 2011.
Subtotal Meta 1:			40%		



AÑO 3: 1º de Septiembre de 2011 al 30 de Agosto de 2012
META 1: Liderazgo Institucional y conducción estratégica

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BÁSICOS
1.1.	Desarrollar una gestión financiera eficiente de acuerdo a los recursos disponibles, gestionando la formulación, programación y evaluación del presupuesto.	1.1.1. ((Ingresos operacionales devengados año 2011 - gastos operacionales devengados año 2011)/ gastos operacionales devengados año 2011) * 100) > 0 = 0%	10%	Medio de verificación, Informe de ejecución Presupuestaria del INCANCER, validado por el referente técnico del SSMN.	Se mantiene presupuesto desde MINSAL. Se cumple con el programa financiero acordado con el Minsal; Se cumplen las transferencias de PPV por Fonasa al 31 de Diciembre de 2011. Se cumple con las transferencias de Plan de 90 días y Especialistas talencia.
1.2.	Cumplimiento de Garantías de Inicio de Tratamiento en casos GES de Garantías Explícitas en Salud.	1.2.1. (Nº de casos GES con cumplimiento de garantía de Inicio de tratamiento en casos gestionados por el INCANCER / Nº de casos GES con confirmación diagnóstica y Orden de Tratamiento del INCANCER) * 100	15%	Informe del INCANCER basado en sistema SIGGES, validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	Sistema de Gestión de Garantías Operativo para registro de prestaciones trazadoras y datos actualizados por INCANCER. Se dispone del presupuesto PPV de acuerdo a programa financiero acordado con Fonasa. En caso de que la demanda supere los casos definidos en el Convenio PPV con Fonasa, se deberá solicitar un segundo prestador a Fonasa. Los Problemas de Salud GES son: Cáncer de Mama, Cáncer Cervicouterino y Alivio del Dolor y Ciudadanos Pallativos. Meta 100% para el periodo evaluado.
1.3	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos entre el Servicio de Salud Met. Norte y el INCANCER.	1.3.1. (Nota promedio obtenida para el periodo evaluado 2011 - 2012 / 5) * 100	15%	Informe del INCANCER validado por Depto. De Control de Gestión del SSMN para el período evaluado (escala de 1 a 5)	Los compromisos de Gestión han sido conocidos y celebrados por el Instituto el primer trimestre de cada año, una vez definido el marco presupuestario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 del Decreto 38 "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Auto gestión en Red". El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. Meta 100% cumplimiento proporcional periodo enero - diciembre 2011 y cumplimiento proporcional periodo 2012 a Junio 2012.
Subtotal Meta 1:			40%		



AÑO 1: 1° de Septiembre de 2009 al 30 de Agosto de 2010

Servicio de Salud Metropolitano Norte

META 2: Desempeño Global del Servicio

Ponderación: 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BÁSICOS
2.1 INCANCER mantiene los estándares de acreditación de EAR de acuerdo a la metodología definida por el Minsal.	2.1.1. (Porcentaje obtenido en el año 2009 en aplicación de Pauta de Acreditación definida por el Minsal / 80) * 100 debe ser > 6 = 1	10%	Informe con resultados de Auditoría EAR realizada por el Minsal.	Se conoce y mantiene la metodología para obtención y mantenimiento de Calidad de EAR; Se aplica el Instrumento de evaluación EAR y se informan sus resultados por el Minsal; Se usará la última evaluación entregada por el Minsal. El resultado de la evaluación no se ve afectado por factores externos no gestionables por el INCANCER.
2.2. Cumplir con los requisitos de Acreditación de Prestadores de Salud definido por la Superintendencia de Salud.	2.2.1. (N° de acápites 100% exigibles cumplidos / N° de acápites 100% exigibles de la Metodología de Acreditación de Prestadores definida por la Superintendencia de Salud) * 100	10%	Informe con resultados de Acreditación de Prestadores de la Superintendencia de Salud.	Se dispone de la Metodología de Acreditación de la Superintendencia de Salud y Se usará la última evaluación entregada por la Superintendencia de Salud.
2.3. Mejorar en forma continua la calidad y trato a las personas usuarias.	2.3.1. N° de Usuarios encuestados satisfechos con la atención recibida / N° total de usuarios encuestados) * 100	10%	Informe de aplicación de Encuesta de Satisfacción Usuaría enviada al Director del Servicio. Plazo: 31 de agosto 2010. Además del resultado de la aplicación de la encuesta, se deben comprometer los planes de mejora para aplicar en el año 2.	El INCANCER presenta metodología de evaluación de satisfacción Usuaría a la Dirección del SSMN y se aprueba por la dirección del Servicio.
2.4 Cumplir con el Programa Anual de Prestaciones Valoradas vigente con FONASA y la Dirección del SSMN.	2.4.1. (N° de Prestaciones Valoradas ejecutadas según Programa Comprometido / N° Prestaciones comprometido por Programa para el periodo) * 100	10%	Informe del Instituto del Cáncer al 31 de diciembre de 2009 validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN y Informe de avance al 31 de agosto de 2010. Meta: 90% cumplimiento año 2009; 40% de cumplimiento al 31 de agosto 2010.	Se suscriben Convenios de la Dirección del SSMN y el INCANCER durante el primer trimestre de cada año; Se dispone de los recursos asignados por FONASA de acuerdo a un programa de caja definido.
Subtotal Meta 2:		40%		

AÑO 2: 1º de Septiembre de 2010 al 30 de Agosto de 2011
META 2: Desempeño Global del Servicio

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION		SUPUESTOS BASICOS	
Ponderación:	40%	PONDERACION		PONDERACION			
2.1	INCANCER mantiene los estándares de acreditación de EAR de acuerdo a la metodología definida por el Minsal.	10%	2.1.1. (Porcentaje obtenido en el año 2009 en aplicación de Pauta de Acreditación definida por el Minsal / 80) * 100 debe ser > 6 = 1	10%	Informe con resultados de Auditoría EAR realizada por el Minsal.	Se conoce y mantiene la metodología para obtención y mantención de EAR; Se aplica el Instrumento de evaluación EAR y se informan sus resultados por el Minsal; Se usará la última evaluación entregada por el Minsal. El resultado de la evaluación no se ve afectado por factores externos no gestionables por el INCANCER.	
2.2.	Cumplir con los requisitos de Acreditación de Prestadores de Salud definido por la Superintendencia de Salud.	10%	2.2.1. (Nº de acápite 100% exigibles cumplidos / Nº de acápite 100% exigibles de la Metodología de Acreditación de Prestadores definida por la Superintendencia de Salud) * 100	10%	Informe con resultados de Acreditación de Prestadores de la Superintendencia de Salud.	Se dispone de la Metodología de Acreditación de la Superintendencia de Salud y Se usará la última evaluación entregada por la Superintendencia de Salud.	
2.3.	Mejorar en forma continua la calidad y trato a las personas usuarias.	10%	2.3.1. Planes de mejora implementados en el 2010 - 2011 / Planes de mejora comprometidos con la Dirección del Servicio en año 2010) * 100	10%	Informe de aplicación de Planes de Mejora, entregado al Director del Servicio al 31 de agosto de 2011.	Se aplican Planes de Mejora.	
2.4	Cumplir con el Programa Anual de Prestaciones Valoradas vigente con FONASA y la Dirección del SSMN.	10%	2.4.1. (Nº de Prestaciones Valoradas ejecutadas según Programa Comprometido / Nº Prestaciones comprometido por Programa para el período) * 100	10%	Informe del Instituto del Cáncer al 31 de diciembre de 2010 validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN y Informe de avance al 31 de agosto de 2011 Mesa; 100% cumplimiento año 2010; 40% de cumplimiento al 31 de agosto 2011.	Se susciben Convenios de la Dirección del SSMN y el INCANCER durante el primer trimestre de cada año; Se dispone de los recursos asignados por FONASA de acuerdo a un programa de caja delimitado.	
Subtotal Meta 2:		40%					



AÑO 3: 1º de Septiembre de 2011 al 30 de Agosto de 2012
META 2: Desempeño Global del Servicio

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		SUPUESTOS BÁSICOS	
	PONDERACIÓN		PONDERACIÓN				
2.1	10%	2.1.1. (Porcentaje obtenido en el año 2009 en aplicación de Pauta de Acreditación defrita por el Minsal / 80) * 100 debe ser > ó = 1	10%	Informe con resultados de Auditoría EAR realizada por el Minsal.	Se conoce y mantiene la metodología para obtención y mantención de EAR. Se aplica el Instrumento de evaluación EAR y se informan sus resultados por el Minsal. Se usará la última evaluación entregada por el Minsal. El resultado de la evaluación no se ve afectado por factores externos no gestionables por el INCANCER.		
2.2	10%	2.2.1. (Nº de acápite 100% exigibles cumplidos / Nº de acápite 100% exigibles de la Metodología de Acreditación de Prestadores definida por la Superintendencia de Salud) * 100	10%	Informe con resultados de Acreditación de Prestadores de la Superintendencia de Salud.	Se dispone de la Metodología de Acreditación de la Superintendencia de Salud y Se usará la última evaluación entregada por la Superintendencia de Salud.		
2.3	10%	2.3.1. (Resultados Encuesta de Satisfacción de Usuarios año 2012 / Resultados de Encuesta de Satisfacción de Usuarios año 2010) * 100	10%	Informe de aplicación de Encuesta de Satisfacción Usuaría enviada al Director del Servicio. Plazo: 31 de agosto 2012, y sus resultados comparativos con encuesta aplicada el año 2010.	Se aplica Encuesta de Satisfacción Usuaría manteniendo metodología aprobada por la Dirección del SSMN el año 2010. Meta de mejora de un 5% en los resultados de la encuesta, en relación a la línea base del año 1.		
2.4	10%	2.4.1. (Nº de Prestaciones Valoradas ejecutadas según Programa Comprometido / Nº Prestaciones comprometido por Programa para el período) * 100	10%	Informe del Instituto del Cáncer al 31 de diciembre de 2011 validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN y Informe de avance al 31 de agosto de 2012. Meta: 100% cumplimiento año 2011; 40% de cumplimiento al 31 de agosto 2012.	Se suscriben Convenios de la Dirección del SSMN y el INCANCER durante el primer trimestre de cada año; Se dispone de los recursos asignados por Fonasa de acuerdo a un programa de caja de fondo.		
Subtotal Meta 2:			40%				



Servicio de Salud Metropolitano Norte					
AÑO 1: 1º de Septiembre de 2009 al 30 de Agosto de 2010					
META 3: Desarrollo de la Red Institucional					
Ponderación: 20%					
OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACION	INDICADORES	PONDERACION	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
3.1. Desarrollar el Estudio de Preinversión (EPI) del Instituto del Cáncer.	10%	3.1.1. Desarrollo EPI del INCANCER; Término de Etapa de Análisis de Alternativas.	10%	Informe de Término de Etapa de Análisis de Alternativas y selección de alternativa recomendada aprobado por la Unidad de Proyectos del SSMN.	Se dispone de los recursos para el desarrollo del EPI; Se cumplen los plazos en el Plan de Trabajo del EPI; tanto la Consultora como la Contraparte Técnica del Incancer y Unidad de Proyectos del SSMN.
3.2. Provisión y puesta en marcha de Sistemas de Información.	5%	3.2.1. Sistema de Información para apoyo de la gestión de los procesos de calidad en el ámbito clínico se ha implementado.	5%	Informe del INCANCER de la implementación del Sistema de apoyo a la gestión de procesos de calidad clínicos.	Se debe contar con Recursos Humanos y equipamiento para el desarrollo y mantenimiento de estos sistemas.
		3.2.2. Puesta en marcha del sistema de SIDRA Fast Track de acuerdo a planificación de la Dirección del Servicio	5%	Informe del INCANCER validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	Se dispone de los recursos Financieros para cumplir con el programa de trabajo acordado con la Dirección del SSMN. Cronograma de implementación conocido y acordado con INCANCER.
Subtotal Meta 3:	20%				

AÑO 2: 1º de Septiembre de 2010 al 30 de Agosto de 2011					
META 3: Desarrollo de la Red Institucional					
OBJETIVOS DE RESULTADO	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES
ponderación: 20%	ponderación	ponderación	ponderación	ponderación	ponderación
3.1. Desarrollar el Estudio de Preinversión del Instituto del Cáncer.	3.1.1. Desarrollo EPH del INCANCER: Término de Etapa de Análisis de Alternativas y Diseño	10%	10%	- Aprobación por el SSMN del Informe Final del Estudio de EPH del Incancer. - Ajudicación de la contratación del Diseño de la alternativa seleccionada.	Se dispone de los recursos para el desarrollo del EPH y estudios a contratar. Se cumplen los plazos en el Plan de Trabajo del EPH, tanto de la Consultora como de la Contraparte Técnica del Incancer y Unidad de Proyectos del SSMN.
3.2. Provisión y puesta en marcha de Sistemas de Información.	3.2.1. Sistema de Información para apoyo de los procesos Autorización Sanitaria y de Abastecimiento implementado.	5%	5%	Informe del INCANCER con resultados de la puesta en marcha del Sistema de Autorización Sanitaria; Informe de avance del desarrollo de un sistema de información de apoyo a los procesos de abastecimiento (insumos y fármacos).	Se debe contar con Recursos Humanos y equipamiento para el desarrollo y mantención de estos sistemas. No se asignarán recursos adicionales por la Dirección del Servicio de Salud.
	3.2.2. Puesta en marcha del sistema de SIDRA Fast Track de acuerdo a planificación de la Dirección del Servicio	5%	5%	Informe del INCANCER validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	Se dispone de los recursos Financieros para cumplir con el programa de trabajo acordado con la Dirección del SSMN. Cronograma de implementación conocido y acordado con INCANCER.
Subtotal Meta 3:		20%			



AÑO 3: 1º de Septiembre de 2011 al 30 de Agosto de 2012
Servicio de Salud Metropolitano Norte

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		SUPUESTOS BÁSICOS	
	PONDERACIÓN		PONDERACIÓN				
3.1. Desarrollar el Estudio de Preinversión del Instituto del Cáncer.	10%	3.1.1. Desarrollo EPH del INCANCER: Término de Etapa de Diseño y Licitación de la primera parte de adquisición de Equipamiento.	10%	Término de la Etapa de Diseño de la alternativa seleccionada. Desarrollo de la primera Etapa de adquisición de equipamiento.	Se dispone de los recursos para el desarrollo del EPH, estudios a contratar y adquisición de la primera etapa de equipamiento. Se cumplen los plazos en el Plan de Trabajo del EPH, tanto de la Consultora como de la Contraparte Técnica del Incancer y Unidad de Proyectos del SSMN.		
3.2. Provisión y puesta en marcha de Sistemas de Información.	5%	3.2.1. Sistema de Información de apoyo a la Gestión de Insumos y Fármacos desarrollado e implementado.	10%	Informe del INCANCER con resultados de puesta en marcha de Sistema de Gestión de Insumos y Fármacos.	Se debe contar con Recursos Humanos y equipamiento para el desarrollo y mantenimiento de estos sistemas. No se asignarán recursos adicionales por la Dirección del Servicio de Salud.		
	5%	3.2.2. Puesta en marcha del sistema de SIDRA Fast Track de acuerdo a planificación de la Dirección del Servicio	5%	Informe del INCANCER validado por la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMN.	Se dispone de los recursos Financieros para cumplir con el programa de trabajo acordado con la Dirección del SSMN. Cronograma de implementación conocido y acordado con INCANCER.		
Subtotal Meta 3:			20%				

III. Apoyo del Superior

Indicar y describir los apoyos que el jefe de la directiva involucrada en el presente convenio se compromete a brindar y que son considerados claves para el cumplimiento satisfactorio de los resultados a alcanzar.

La autoridad superior del Directivo se compromete a entregar las orientaciones para el cumplimiento del presente convenio.

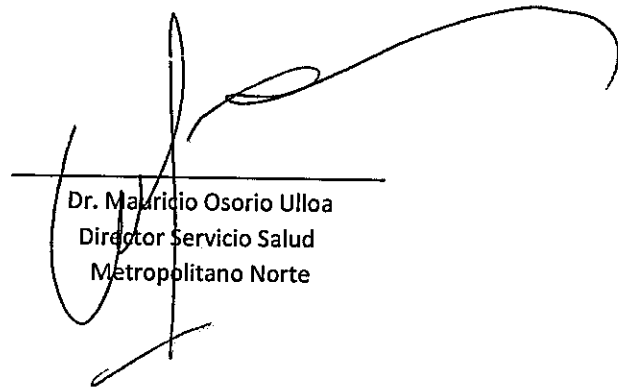
IV. Factores Externos

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

- Se mantiene presupuesto desde MINSAL. Se cumple con el programa financiero y las expansiones acordado con el Minsal; Se cumplen las transferencias de PPV por Fonasa al 31 de Diciembre de 2009.
- Se dispone del presupuesto PPV de acuerdo a programa financiero acordado con Fonasa. En caso de que la demanda supere los casos definidos en el Convenio PPV con Fonasa, se deberá solicitar un segundo prestador a Fonasa
- Se dispone de los recursos para el desarrollo del EPH, estudios a contratar y adquisición de la primera etapa de equipamiento. Se cumplen los plazos en el Plan de Trabajo del EPH, tanto de la Consultora como de la Contraparte Técnica del Incancer y Unidad de Proyectos del SSMN.



Sra. Marcia Quinteros Díaz
Directora Instituto Nacional
Del Cáncer



Dr. Mauricio Osorio Ulloa
Director Servicio Salud
Metropolitano Norte

Santiago, Noviembre de 2009