



GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO NORTE

DIRECCIÓN

ORD. N° 069 30/10/2009
DR. MOU/pgs.

DIRECCION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL
OFICINA DE PARTES 12:45
19 NOV. 2009
N° DE INGRESO 4770

ORD.: N° 1915

ANT.: No hay

MAT.: Remite Convenio de Desempeño de D. Patricia Vega Comejo, Jefa Dirección Atención Primaria, cargo Segundo Nivel Jerárquico del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

SANTIAGO, 8 OCT 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. PATRICIA VEGA CORNEJO, en concurso realizado por ese Servicio Civil, para ocupar cargo vacante de Jefe Dirección Atención Primaria, Segundo Nivel Jerárquico 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 agosto de 2009 al 31 de julio de 2012.

Saluda atentamente a usted,


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

SUBDIRECCION ALTA
DIRECCION PUBLICA
20 NOV. 2009
INGRESO 1099
CORRESPONDENCIA N°

Distribución:

- Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Dirección SSMN
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Subdirección de Recursos Humanos
- Interesado
- Oficina de Partes

ADJUNTA A LOS DOCUMENTOS
OFICIALES
S.S.M.N.



CONVENIO DE DESEMPEÑO SERVICIO SALUD MET. NORTE

I. ANTECEDENTES GENERALES.

Nombre:	Patricia Vega Cornejo
Cargo:	Jefa Dirección de Atención Primaria
Institución:	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Dependencia del cargo:	Subdirección de Gestión Asistencial
Período de desempeño del cargo	1º Agosto de 2009 al 31 Julio 2012

II. FECHAS DE EVALUACION DEL CONVENIO DE DESEMPEÑO.

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



CONVENIO DE DESEMPEÑO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
SUBDIRECCION DE GESTION ASISTENCIAL

CONVENIO DESEMPEÑO JEFATURA DIRECCION ATENCION PRIMARIA SERV. SALUD METROP. NORTE

AÑO 1: 1 de Agosto de 2009 al 31 de Julio de 2010

JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA

META 1: Liderazgo institucional y conducción estratégica

PONDERACIÓN 20%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACION	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUFUESTOS BASICOS
1.1 Lograr una adecuada coordinación de la Red Asistencial integrando la APS en el marco del mejoramiento de la coordinación general.	10%	1.1.1 (Nº de comunas con metas del IAAPS definidas por resolución del SS/ Nº total de comunas incorporadas al IAAPS)* 100 1.1.2 Monitoreo, seguimiento y evaluación de los IAAPS por comuna. 1.1.3 Generación de instancia participativa con entidades administradoras de salud municipal	2%	Meta: 100% de las comunas que les corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolución que establece metas anuales Comunas bajo 90% de cumplimiento con planes de mejora. Meta 100% Reuniones Intercomunales : acta y asistencias	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con los órganos de administración municipal y con resolución que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolución de metas sanitarias. Carta Gantt elaborada para seguimiento y monitoreo. Planificación de actividades con temas definidos
1.2 Desarrollar una Gestión de RRHH Moderna y eficiente	10%	1.2.2 Cumplimiento metas Ley Nº 13.813 1.3.1 (Nº de comunas con dotación de personal aprobadas por el SS/ Nº total de comunas incorporadas de la Red Asistencial del SSMN)* 100	5%	Comité Técnico Consultivo con Resolución Metas sanitarias Meta: 100% de las comunas con metas negociadas Informes del Servicio de Salud que aprueba las dotaciones de los establecimientos de APS de las comunas de la Red Asistencial del SSMN Meta: 100% de las comunas con dotación aprobada en los plazos que establece la Ley.	Metas Sanitarias 2010 de Ley Nº 13.813, entregadas por Minsai y publicadas en Diario Oficial Las comunas de la red del SSMN presentan sus dotaciones anuales de personal.
Subtotal Meta 1:	20%				



AÑO 2: 1 de Agosto de 2010 al 31 de Julio de 2011
 JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA
 META 1: Liderazgo Institucional y conducción estratégica

PONDERACIÓN 20%		PONDERACIÓN 20%		PONDERACIÓN 20%		PONDERACIÓN 20%	
OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		SUPUESTOS BASICOS	
1.1	Lograr una adecuada coordinación de la Red Asistencial integrando la APS en el marco del mejoramiento de la coordinación general.	1.1.1 (N° de comunas con metas del IAAPS definidas por resolución del SSI/ N° total de comunas incorporadas al IAAPS)* 100	2%	Metas: 100% de las comunas que les corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolución que establece metas anuales	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con órganos de administración municipal y con resolución que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolución de metas sanitarias.		
		1.1.2 Monitoreo, seguimiento y evaluación de los IAAPS por comuna.	3%	Comunas bajo 90% de cumplimiento con planes de mejora. Meta: 100%	Carta Gantt elaborada para seguimiento y monitoreo.		
		1.1.3 Generación de instancia participativa con entidades administradoras de salud municipal	5%	Reuniones Intercomunales : acta y asistencias	Planificación de actividades con temas definidos		
1.2	Desarrollar una Gestión de RRRH Moderna y eficiente	1.2.2 Cumplimiento metas Ley N° 19.813	5%	Comité Técnico Consultivo con Resolución Metas sanitarias Meta: 100% de las comunas con metas negociadas	Metas Sanitarias 2011 de ley N° 19.813, entregadas por Minsal y publicadas en Diario Oficial		
		1.3.1 (N° de comunas con dotación de personal aprobadas por el SSI/ N° total de comunas incorporadas de la Red Asistencial del SSMN)* 100	5%	Informes del Servicio de Salud que aprueba las dotaciones de los establecimientos de APS de las comunas de la Red Asistencial del SSMN Meta: 100% de las comunas con dotación aprobada en los plazos que establece la Ley.	Las comunas de la red del SSMN presentan sus dotaciones anuales de personal.		
Subtotal Meta 1:		20%					

AÑO 3: 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012
JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA
META 1: Liderazgo institucional y conduccion estrategica

OBJETIVOS DE RESULTADO	INDICADORES	PONDERACION	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS BASICOS
1.1 Lograr una adecuada coordinacion de la Red Asistencial integrando la APS en el marco del mejoramiento de la coordinacion general.	1.1.1 (N° de comunas con metas del IAAPS definidas por resolucion del SSI/ N° total de comunas incorporadas al IAAPS)* 100	2%	Meta: 100% de las comunas que corresponde cumplimiento de metas IAAPS con resolucion que establece metas anuales	Metas anuales de APS formuladas, negociadas con los organos de administracion municipal y con resolucion que las formaliza. Meta: 100% de comunas incluidas en IAAPS con resolucion de metas sanitarias.
	1.1.2 Monitoreo, seguimiento y evaluacion de los IAAPS por comuna.	3%	Comunas bajo 90% de cumplimiento con planes de mejora. Meta 100%	Carta Grant elaborada para seguimiento y monitoreo.
	1.1.3 Generacion de instancia participativa con entidades administradoras de salud municipal	5%	Reuniones Intercomunales : acta y asistencias	Planificacion de actividades con temas definidos
1.2 Desarrollar una Gestion de RRHH Moderna y eficiente	1.2.2 Cumplimiento metas Ley N° 19.813	5%	Comité Tactico Consultivo con Resolucion Metas sanitarias Meta: 100% de las comunas con metas negociadas	Metas Sanitarias 2012 de ley N°19.813, entregadas por Minsal y publicadas en Diario Oficial
	1.3.1 (N° de comunas con dotacion de personal aprobadas por el SSI/ N° total de comunas incorporadas de la Red Asistencial del SSMN)* 100	5%	Informes del Servicio de Salud que aprueba las dotaciones de los establecimientos de APS de las comunas de la Red Asistencial del SSMN Meta: 100% de las comunas con dotacion aprobada en los plazos que establece la Ley.	Las comunas de la red del SSMN presentan sus dotaciones anuales de personal.
Subtotal Meta 1:		20%		

AÑO 1: 1 de Agosto de 2009 al 31 de Julio de 2010
JEFA DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
META 2: Desempeño global del Servicio
PONDERACIÓN: 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BÁSICOS
2.1 Cumplimiento de garantías de oportunidad de casos de Garantías Explicitas en Salud	10%	2.1.1 (N° de casos con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento/ N° casos con orden de tratamiento en APS) * 100	10%	Informe basado en SIGGES. Meta: Un 100% de cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento en APS.	Porcentaje de casos de Garantías explicitas en Salud en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red de APS del SS. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS. Estructura de coordinación establecida por la Subdirección de Gestión Asistencial para seguimiento y monitoreo.
2.2 Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL asociados a la APS.	15%	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2009, de los indicadores asociados al APS	15%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2009 aprobado por el MINSAL. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los periodos o cortes a considerar se definirán de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5. Mecanismos de validación en funcionamiento.
2.3 Apoyar el Desarrollo de la Red de información e Informática del SS	15%	2.3.1 Participación activa en el equipo conductor de la implementación de Proyecto SIDRA FastTrack según cronograma 2009-2010	15%	Resolución constitución equipo Proyecto SIDRA Fast Track. Acta y lista asistencia	La Dirección de Servicio suscribe Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:	40%				

AÑO 2: 1 de Agosto de 2010 al 31 de Julio de 2011
JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA
META 2: Desempeño global del Servicio
PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
2.1 Cumplimiento de garantías de oportunidad de casos de Garantías Explícitas en Salud	10%	2.1.1 (N° de casos con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento/ N° casos con orden de tratamiento en APS) * 100	10%	Informe basado en SIGGES. Meta: Un 100% de cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento en APS.	Porcentaje de casos de Garantías explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red de APS del SS. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS. Estructura de coordinación establecida por la Subdirección de Gestión Asistencial para seguimiento y monitoreo.
2.2 Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL asociados a la APS.	15%	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2010, de los indicadores asociados al APS	15%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2010 aprobado por el MINSAL. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los periodos o cortes a considerar se definirán de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CG toma aprox. 60 días. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5. Mecanismos de validación en funcionamiento.
2.3 Apoyar el Desarrollo de la Red de información e informática del SS	15%	2.3.1 Participación activa en el equipo conductor de la implementación de Proyecto SIDRA FastTrack según cronograma 2010-2011	15%	Resolución constitución equipo Proyecto SIDRA Fast Track. Acta y lista asistencia	La Dirección de Servicio suscribe Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:	40%				

AÑO 3: 1 de Julio de 2011 al 31 de Julio de 2012
 JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA
 META 2: Desempeño global del Servicio
 PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO		INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACION	SUJETOS BASICOS
2.1	Cumplimiento de garantías de oportunidad de casos de Garantías Explícitas en Salud	2.1.1 (N° de casos con cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento/ N° casos con orden de tratamiento en APS) * 100	10%	Informe basado en SIGGEE. Meta: Un 100% de cumplimiento de garantía de inicio de tratamiento en APS.	Porcentaje de casos de Garantías explícitas en Salud en las que se cumplen las garantías de oportunidad de tratamiento para los pacientes en la red de APS del SS. Sistema de gestión de garantías operativo para los SS. Estructura de coordinación establecida por la Subdirección de Gestión Asistencial para seguimiento y monitoreo.
2.2	Cumplir con los Compromisos de Gestión suscritos por el SS y el MINSAL asociados a la APS.	2.2.1 Nota final obtenida para el año 2011, de los indicadores asociados al APS	15%	Informe del Servicio de Salud al 31 de Diciembre 2011 aprobado por el MINSAL. Meta: Nota obtenida igual o mayor al año anterior.	Los parámetros o cortes a considerar se definirán de común acuerdo con el Director de SSMN. El proceso de evaluación de CC toma aprox. 60 días. El % de cumplimiento es proporcional a la nota obtenida en escala de 1 a 5. Mecanismos de validación en funcionamiento.
2.3	Apoyar el Desarrollo de la Red de información e informática del SS	2.3.1 Participación activa en el equipo conductor de la implementación de Proyecto SIDRA FastTrack según cronograma 2011-2012	15%	Resolución constitución equipo Proyecto SIDRA Fast Track. Acta y lista asistencia	La Dirección de Servicio suscribe Contrato de convenio marco con empresa que implementará el proyecto "SIDRA Fast Track" en SSMN. Contar con los recursos financieros disponibles para la ejecución del proyecto en los términos y plazos acordados según cronograma.
Subtotal Meta 2:			40%		

AÑO 1: 1 de Agosto de 2008 al 31 de Julio de 2010
JEFA DIRECCION ATENCION PRIMARIA
META 3: Desarrollo de la red Institucional

PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUJETOS BÁSICOS
3.1 Transformación de CES a CESFAM en los establecimientos de la Red APS	10%	3.1.1 (N° establecimientos acreditados como CESFAM / N° de establecimientos postulados a CESFAM) * 100	10%	Resolución del SS que acredita el CESFAM Meta: 50% cumplimiento	Paula de evaluación entregada por Minsal aplicada Estrategia territorial funcionando
3.2 Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial: Programación en Red	10%	3.2.1 (N° de comunas con plan de salud y programación anual / Total de comunas del Servicio) * 100	10%	Planes y programas reconccionados y evaluados en el Servicio. Meta 100% de cumplimiento anual.	Existen las Orientaciones Técnicas para la Programación en Red enviadas por el Minsal. Existen lineamientos estratégicos.
3.3 Contribuir de acuerdo al Plan de trabajo para la acreditación de los prestadores de establecimientos dependientes de la Red Asistencial	5%	3.3.1 Integrar el equipo multidisciplinario de trabajo.	5%	Informe de aporte al cumplimiento de la meta de acuerdo al Plan de trabajo del Servicio de Salud al 31 Julio 2010. Lista de asistencia de las reuniones de trabajo, de visitas, etc Meta: Informe semestral de grado de avance respecto a APS.	El MINSAL establecerá las pautas de , estándares y procedimientos necesarios para la acreditación de los prestadores de salud. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4 Cumplimiento de los Convenios suscritos entre el SSMN y las entidades administradoras de salud	15%	3.4.1 (N° de convenios evaluados/Total de convenios suscritos en el periodo)*100	15%	Informe de evaluación entregado al Subdirector de Gestión Asistencial. Meta: >85% de cumplimiento meta anual. (debe considerarse el 50% de avance al 31 de Julio 2010).	Existencia de Marco técnico y presupuestario de cada uno de los Convenios, existencia de estándares e indicadores a evaluar.El SSMN realizará evaluación y reliquidaciones anuales y semestrales de dichos convenios. El SS debe disponer de la transferencia de los recursos financieros en las cuotas acordadas en los Convenios.
Subtotal Meta 3:	40%				

AÑO 2: 1 de Agosto de 2010 al 31 de Julio de 2011
JEFA DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
META 3: Desarrollo de la red Institucional

PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS BASICOS
3.1 Transformación de CES a CESFAM en los establecimientos de la Red APS	10%	3.1.1 (Nº establecimientos acreditados como CESFAM / Nº de establecimientos postulados a CESFAM) * 100	10%	Resolución del SS que acredita el CESFAM Meta: 100% cumplimiento	Pauta de evaluación entregada por Minsal aplicada Estrategia territorial funcionando
3.2 Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial Programación en Red	10%	3.2.1 (Nº de comunas con plan de salud y programación anual / Total de comunas del Servicio) * 100	10%	Planes y programas recepcionados y evaluados en el Servicio. Meta 100% de cumplimiento anual.	Existen las Orientaciones Técnicas para la Programación en Red enviadas por el Minsal. Existen lineamientos estratégicos.
3.3 Contribuir de acuerdo a Plan de trabajo para la acreditación de prestadores de establecimientos dependientes de la Red Asistencial	5%	3.3.1 Integrar el equipo multidisciplinario de trabajo.	5%	Informe de aporte al cumplimiento de la meta de acuerdo al Plan de trabajo del Servicio de Salud al 31 Julio 2011. Lista de asistencia de las reuniones de trabajo, de visitas, etc Meta: Informe semestral de grado de avance respecto a APS	El MINSAL establecerá las pautas de estándares y procedimientos necesarios para la acreditación de los prestadores de salud. El SS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4 Cumplimiento de los Convenios suscritos entre el SSMN y las entidades administradoras de salud	15%	3.4.1 (Nº de convenios evaluados/Total de convenios suscritos en el periodo)*100	15%	Informe de evaluación entregado al Subdirector de Gestión Asistencial. Meta 1: 85% de cumplimiento meta anual, (debe considerarse el 85% al 31 de diciembre del año 2010). Meta 2: 50% de avance al 31 de Julio de 2011.	Existencia de Marco técnico y presupuestario de cada uno de los Convenios, existencia de estándares e indicadores a evaluar. El SSMN realizará evaluación y liquidaciones anuales y semestrales de dichos convenios. El SS debe disponer de la transferencia de los recursos financieros en las cuotas acordadas en los Convenios.
Subtotal Meta 3:	40%				



GOBIERNO DEL LIMA
MUNICIPALIDAD METROPOLITANA



MINSAL
PERU

AÑO 3: 1 de Agosto de 2011 al 31 de Julio de 2012

JEFA DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

META 3: Desarrollo de la red Institucional

PONDERACIÓN 40%

OBJETIVOS DE RESULTADO	PONDERACIÓN	INDICADORES	PONDERACIÓN	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUJETOS BASICOS
3.1 Transformación de CES a los establecimientos de la Red APS	10%	3.1.1 (N° establecimientos acreditados como CESFAM / N° total de establecimientos CESFAM)*100	10%	Mantener 100% de los CESFAM acreditados con resolución.	Pauta de evaluación entregada por Minsal aplicada Estrategia territorial funcionando
3.2 Herramientas de desarrollo y articulación de Red Asistencial. Programación en Red	10%	3.2.1 (N° de comunas con plan de salud y programación anual / Total de comunas del Servicio)* 100	10%	Planes y programas recepcionados y evaluados en el Servicio. Meta 100% de cumplimiento anual.	Existen las Orientaciones Técnicas para la Programación en Red enviadas por el Minsal. Existen lineamientos estratégicos.
3.3 Contribuir de acuerdo al Plan de trabajo para la acreditación de los prestadores de establecimientos dependientes de la Red Asistencial	5%	3.3.1 Integrar el equipo multidisciplinario de trabajo.	5%	Informe de aporte al cumplimiento de la meta de acuerdo al Plan de trabajo del Servicio de Salud al 31 Julio 2012. Lista de asistencia de las reuniones de trabajo, de visitas, etc Meta: Informe semestral de grado de avance respecto a APS.	El MINSAL establecerá las pautas de estándares y procedimientos necesarios para la acreditación de los prestadores de salud. El ISS debe de disponer de los recursos necesarios para la obtención de la calidad de acreditados.
3.4 Cumplimiento de los Convenios suscritos entre el SSMN y las entidades administradoras de salud	15%	3.4.1 (N° de convenios evaluados/Total de convenios suscritos en el periodo)*100	15%	Informe de evaluación entregado al Subdirector de Gestión Asistencial. Meta: 85% de cumplimiento meta 2011 al 31/12/2011. Meta 2: 50% de avance al 31 de Julio de 2012.	Existencia de Marco técnico y presupuestario de cada uno de los Convenios, existencia de estándares e Indicadores a evaluar.El SSMN realizará evaluación y reliquidaciones anuales y semestrales de dichos convenios. El ISS debe disponer de la transferencia de los recursos financieros en las cuotas acordadas en los Convenios.
Subtotal Meta 3:	40%				

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.
Se cumple con los programas financieros para operación e inversiones comprometidos por el Ministerio de Salud.

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.

En casos en que el cumplimiento de los Objetivos de Resultados no puedan ser cumplidos parcial o totalmente por causales de Fuerza Mayor calificadas por la Dirección de Servicio a través de un informe, se establecerá en el mismo el procedimiento a seguir para la evaluación del período correspondiente.

Patricia Vega Cornejo

Sra. Patricia Vega Cornejo
Jefa Dirección de Atención Primaria
Servicio Salud Met. Norte

Francisco Osorio Ulloa

Dr. Francisco Osorio Ulloa
Director Servicio Salud
Met. Norte

