



MINISTERIO DE HACIENDA  
16 SEP 2014  
TOTALMENTE TRAMITADO  
DOCUMENTO OFICIAL

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

Reg. N° 003111  
PDR/JDM/DACVD

02094467/11094467M

MINISTERIO DE HACIENDA  
OFICINA DE PARTES  
RECEPCION

SANTIAGO, 21 AGO 2014

DECRETO EXENTO N° 239

MINISTERIO DE HACIENDA  
JEFE OFICINA DE PARTES

CONTRALORIA GENERAL  
TOMA DE RAZON  
RECEPCION

**VISTOS:** Lo dispuesto en el artículo 32 N° 6 del Decreto Supremo N° 100, de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que Fija el Texto Refundido Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile; el artículo 6° de la Ley N° 19.553, que concede Asignación de Modernización y otros Beneficios que indica y sus modificaciones posteriores; el Decreto Supremo N° 334, de 14 de marzo de 2012, del Ministerio de Hacienda, que Aprueba el Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 19.553 para la aplicación del Incremento por Desempeño Institucional; la Resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención de Trámite de Toma de Razón;

DEPART. JURIDICO		
DEPART. Y REGISTRO		
DEPART. CONTABIL.		
SUB. DEP. C. CENTRAL		
SUB. DEP. E. CUENTAS		
SUB. DEP. C.P. Y BIENES NAC		
DEPART. AUDITORIA		
DEPART. V.O.P. U. Y T.		
SUB. DEP. MUNICIP.		

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 6° de la ley N° 19.553, el incremento por desempeño institucional, se concederá en relación a la ejecución eficiente y eficaz por parte de los servicios, de los programas de mejoramiento de la gestión;
- 2.- Que, de conformidad a lo establecido en el artículo 26 letra a) del Decreto Supremo N° 334, de 2012, del Ministerio de Hacienda, que aprueba Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 19.553 el Comité Técnico ha adoptado un acuerdo para la aplicación del incremento por desempeño institucional, que consta en las Actas de Sesión del Comité Técnico N°1 de 10 de abril y N° 2 de 25 de junio, ambas de 2014.
- 3.- Que, para la adecuada aplicación del incremento antes referido, resulta necesario contar con un documento en el que se consigne el conjunto de áreas prioritarias comunes para todas las instituciones del sector público, cuya implementación se realiza a través de sistemas que se consideran esenciales para un desarrollo eficaz y eficiente de la gestión de los servicios y que contribuyan a la modernización del Estado y mejora de la gestión pública, denominado "Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión";
- 4.- Que, en consecuencia, el Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión, debe contener la definición de áreas prioritarias, sistemas, objetivos y etapas que permiten alcanzar su desarrollo;

REFRENDACION

REF. POR \$ .....  
 IMPUTAC. ....  
 ANOT. POR \$ .....  
 IMPUTAC. ....  
 DEDUC. DTO. ....

--	--	--



06813/2014



OF DE PARTES DIPRES  
23.09.2014 13:42



11/09/14

5.- Que, la propuesta del Programa Marco debe ser anualmente elaborada por el Comité Técnico regulado en el Título VIII del Decreto Supremo N°334, de 2012, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 19.553 para la aplicación del incremento por desempeño institucional;

6.- Que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 24 letra a) del Decreto antes citado, le corresponde al Comité Triministerial, a través de Decreto aprobar anualmente el referido Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión, propuesto por el Comité Técnico conforme lo señalado en el considerando anterior.

### DECRETO (E):

**ARTÍCULO ÚNICO: APRUÉBASE** el siguiente Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) para el año 2015:

#### I. PROGRAMA MARCO 2015

El Programa Marco constará de tres áreas prioritarias y cinco sistemas de gestión con sus respectivos objetivos. Los servicios que comprometen el Programa Marco 2015, deberán formular compromisos en uno o más sistemas de gestión, dependiendo del grado de desarrollo alcanzado a la fecha de la formulación.

**Cuadro 1**  
**Programa Marco, Áreas y Sistemas de Gestión**  
**PMG 2015**

ÁREA PRIORITARIA	SISTEMA DE GESTIÓN	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Monitoreo del Desempeño Institucional, o	<i>Monitoreo del Desempeño.</i> Disponer de información de desempeño para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.
	2.- Planificación y Control de Gestión	<i>Planificación y Control de Gestión<sup>1</sup>.</i> Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de información para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.
2.- Calidad de Atención a Usuarios	3.- Seguridad de la Información	Lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.
3.- Gestión de la Calidad	4.- Sistema de Gestión de la Calidad (ISO)	Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus usuarios, a través de la instalación de un sistema de gestión de la calidad certificado bajo la norma ISO 9001:2008 que considere los procesos de provisión de bienes y servicios.
	5.- Gestión de Excelencia	Mejorar el desempeño de la institución, a través de la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia, que permita gestionar a la organización con el objeto de aportar valor y aumentar la satisfacción de los usuarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

Para las instituciones nuevas creadas por ley que inicien su funcionamiento en 2015, y que deban formular sus compromisos en el marco del PMG, así como en las instituciones que comprometieron el sistema de planificación y control de gestión en periodos anteriores, y en el 2014 no han comprometido la etapa final



Los objetivos de gestión, sus etapas de desarrollo, los indicadores de desempeño si corresponde, los requisitos técnicos y medios de verificación, se presentan a continuación para cada sistema del Programa Marco, según si la institución compromete:

- A. Sólo el Sistema de Monitoreo del Desempeño,
- B. Más de un Sistema
- C. Sistema de Planificación y Control de Gestión, que corresponde a instituciones nuevas.

#### **A. Instituciones comprometen solo el sistema de Monitoreo del Desempeño**

Las instituciones que han completado las etapas finales de todos los sistemas de gestión del Programa Marco 2014, deberán comprometer sólo el Sistema de Monitoreo del Desempeño con una ponderación equivalente a 100%. Aquéllas que comprometieron dicho sistema en 2014 continuarán con él.

El Sistema de Monitoreo del Desempeño será obligatorio, de alta prioridad y estará compuesto por objetivos de gestión los que se implementarán a través de indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos (bienes y/o servicios) e indicadores transversales definidos por el Comité Tri-Ministerial, a través de este Decreto (cuadro 3). La ponderación de cada indicador, ya sea asociados a productos estratégicos o transversales, no podrá ser inferior a 5%.

El sistema de Monitoreo del Desempeño constará de tres objetivos de gestión.

El objetivo de gestión 1, será obligatorio y consistirá en cumplir las metas de los indicadores de desempeño de productos estratégicos. El proceso de formulación de indicadores asociados a productos estratégicos será un único proceso que se inicia en el marco de la formulación presupuestaria. Los indicadores asociados al incentivo PMG serán seleccionados a partir de aquellos indicadores presentados en el proceso de formulación presupuestaria 2015.

El objetivo de gestión 2, será obligatorio y consistirá en medir e informar a las respectivas redes de expertos y DIPRES todos los indicadores Transversales,-del marco definido por el Comité Tri-ministerial en este decreto-, y publicar en la Web institucional sus resultados.

El objetivo de gestión 3, será voluntario y consistirá en que los Servicios podrán seleccionar y comprometer una meta de los indicadores transversales ya definidos por el Comité Tri-ministerial, señalados en el cuadro 3, siempre que el compromiso signifique una mejora de su desempeño y cuente con valores efectivos como mínimo para el año 2013 y el primer semestre de 2014, constituyendo dichos valores la línea base. De no cumplir estos requisitos no será factible comprometer un indicador con meta 2015.

La ponderación para cada objetivo de gestión corresponderá a:

Objetivo de Gestión	Rango de Ponderación
1	60% - 85%
2	15%-30%
3	0%-10%
Total	100%

Las instituciones deberán comprometer un mejoramiento global de las metas de los indicadores para el año 2015.

Los objetivos específicos, requisitos técnicos y medios de verificación del sistema de monitoreo del desempeño se señala a continuación en cuadro 2:



**Cuadro 2**  
**Sistema de Monitoreo del Desempeño**  
**Objetivos de Gestión, Requisitos Técnicos y Medios de Verificación**

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Monitoreo del Desempeño Institucional	Disponer de información de desempeño para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

1. Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.
2. Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de evaluación de los compromisos del año 2015, incluido los antecedentes sistematizados que respaldan los datos informados para numerador y denominador, debiendo esta información corresponder exclusivamente al periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2015, o la temporalidad de medición establecida en el indicador.
3. Informe con los resultados de todos los indicadores transversales definidos en el Programa Marco informados a las respectivas redes de expertos al 31 de diciembre del año 2015
4. Dirección web donde se encuentra publicado el resultado de los indicadores transversales.

**RED DE EXPERTOS**

Las redes de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos a través de indicadores de desempeño de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos) son:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda. Departamento de Gestión Pública de la División de Control de Gestión y
2. Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)

Las redes de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos a través de indicadores de gestión transversal son las señaladas en cuadro 3 de este decreto.

OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
<p>1. Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos seleccionados a partir de aquellos presentados en la formulación del presupuesto, cumpliendo las metas entre 75% y 100%.</p> <p><b>Ponderación: 60%-85%</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El resultado de un indicador se obtendrá comparando el valor efectivo y su respectiva meta, y se entenderá: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplido si es al menos de un 95%.</li> <li>- Parcialmente cumplido si está entre 75% y menos de 95%</li> <li>- No cumplido si es menor a 75%</li> </ul> </li> <li>2. También se entenderá por no cumplido un indicador cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación,</li> <li>- los valores efectivos informados sean inconsistentes con los medios de verificación,</li> <li>- las razones de incumplimiento no correspondan a causa externa justificada y no prevista.</li> </ul> </li> <li>3. Los indicadores cumplidos, sumarán el 100% de su respectivo ponderador, para el cumplimiento global del sistema de Monitoreo.</li> <li>4. Los indicadores parcialmente cumplidos, sumarán la proporción que resulte de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento.</li> <li>5. Los indicadores no cumplidos, no sumarán su respectivo ponderador el que asumirá un valor igual a 0%.</li> <li>6. El porcentaje de cumplimiento global del objetivo 1 corresponderá a la sumatoria ponderada de los porcentajes logrados para cada indicador cumplido y parcialmente cumplido.</li> </ol>
<p>2. Medir e informar a más tardar al 31 de diciembre de 2015, a las respectivas redes de expertos los datos efectivos de los indicadores transversales definidos en el programa marco por el Comité Tri-ministerial para el año 2015, y publicar sus resultados (Obligatorio).</p> <p><b>Ponderación: 15%-30%</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada indicador se entenderá medido si el Servicio informa a DIPRES los valores efectivos al 31 de diciembre de 2015, presentando los medios de verificación de dichos valores.</li> <li>2. Cada indicador se entenderá informado si el servicio informa a la red de expertos correspondiente, los valores efectivos de los indicadores transversales, al menos al 31 de diciembre de 2015.</li> <li>3. Cada indicador se entenderá publicado si el servicio informa los valores efectivos de los indicadores transversales comprometidos, en su pagina web institucional al 8 de enero de 2016.</li> </ol>
<p>3. Evaluar el resultado de los indicadores transversales seleccionados del Programa Marco aprobado por el Comité Tri-ministerial, cumpliendo las metas en al menos un 75% y 100% (Voluntario).</p> <p><b>Ponderación: 0%-10%</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se debe cumplir los requisitos técnicos 1 a 6 del objetivo 1 del sistema de Monitoreo del Desempeño.</li> </ol>



Para dar cuenta de los objetivos 2 y 3 del Sistema de Monitoreo del Desempeño, los indicadores transversales deberán ser seleccionados a partir del marco aprobado por el Comité Tri-ministerial, que se señala a continuación:

**Cuadro 3. Programa Marco. PMG 2015, Sistema de Monitoreo. Indicadores de Gestión Transversal**

Área	Sistema	Red de Expertos	Objetivo de Gestión	Indicador
Recursos Humanos	Capacitación	Dirección Nacional del Servicio Civil	Mejorar la pertinencia y calidad de la capacitación que ejecutan los Servicios, para optimizar el desempeño de los/as funcionarios/as en la ejecución de la función pública que les corresponda ejecutar	1. Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia realizada en el año t
	Higiene y Seguridad	Superintendencia de Seguridad Social	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y, en caso de que enfermedades profesionales o accidentes del trabajo ocurrieran, éstos presenten cada vez menor gravedad.	2. Tasa de siniestralidad por incapacidades temporales en el año t 3. Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t
Administración Financiero Contable	Compras Públicas	Dirección de Compras Chile	Contar con procesos de compra participativos y eficientes.	4. Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t
Calidad de Servicio	Gobierno Electrónico	Unidad de Modernización y Gobierno Digital de la Secretaría General de la Presidencia	Mejorar la entrega de los servicios provistos por el Estado a la ciudadanía mediante el uso de tecnologías de información y comunicación.	5. Porcentaje de trámites digitalizados, respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año 2014
	Seguridad de la Información	Dirección de Presupuestos y Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior	Gestionar los riesgos de seguridad de la información de los activos que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios, mediante la aplicación de controles basados en la Norma NCh-ISO 27001.	6. Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001, en el año t
	Sistema de Atención Ciudadana / Acceso a Información Pública	Unidad de Implementación y Probidad y Transparencia. Comisión Defensora Ciudadana y Transparencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia	Responder las solicitudes de acceso a información pública en un plazo máximo de 15 días	7. Porcentaje de solicitudes de acceso a información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t
Planificación y Control de Gestión	Auditoría Interna	Consejo de Auditoría General de Gobierno (CAIGG)	Mejorar el control interno a través de acciones preventivas, manteniendo un nivel de Implementación suficiente de recomendaciones del auditor interno.	8. Porcentaje de compromisos del Plan de Seguimiento de Auditorías implementados en el año t
	Equidad de Género	Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)	Contribuir a disminuir las inequidades, brechas y/o barreras de género implementando medidas orientadas a mejorar los niveles de igualdad de oportunidades y la equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos	9. Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t.
	Descentralización	Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE)	Potenciar el proceso de descentralización del país, traspasando competencias a los gobiernos regionales y municipales.	10. Porcentaje de iniciativas para la descentralización del Plan de Descentralización implementadas en el año t



Los requisitos técnicos, medios de verificación, fórmula de cálculo de cada indicador transversal se presenta a continuación en el cuadro 4:

**Cuadro 4. Requisitos Técnicos y Medios de Verificación Indicadores Transversales. PMG 2015**

<b>Área</b>	Recursos Humanos
<b>Sistema</b>	Capacitación
<b>Red de Expertos</b>	Dirección Nacional del Servicio Civil
<b>Objetivo de Gestión</b>	Mejorar la pertinencia y calidad de la capacitación que ejecutan los Servicios, para optimizar el desempeño de los funcionarios/as en la ejecución de la función pública que les corresponda ejecutar.
<b>Indicador 1</b>	Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizadas en el año t
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de actividad/es del Plan Anual de Capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizada en el año t} / N^{\circ} \text{ de actividad/es del Plan Anual de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en año t}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Plan Anual de Capacitación consiste en un documento que contiene la planificación de la gestión de capacitación del Servicio en el año presupuestario. Entre los elementos que debe contemplar el Plan Anual de Capacitación, se encuentra el conjunto de actividades de capacitación y formación definidas y priorizadas por el Servicio, basadas en el diagnóstico de necesidades de capacitación institucional, que permitan cubrir brechas de desempeño funcionario, para el óptimo funcionamiento de la institución.</li> <li>2. La/s actividad/es de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo, deben quedar establecidas en el Plan Anual de Capacitación del año t, aprobado por resolución exenta del Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1, el que será revisado por la Dirección Nacional del Servicio Civil, quien emitirá una opinión técnica.</li> <li>3. Las actividades de capacitación realizadas corresponden a las ejecutadas durante el año t, y deberán ser registradas en el portal <a href="http://www.sispubli.cl">www.sispubli.cl</a>.</li> <li>4. Cada actividad de capacitación con evaluación de transferencia al puesto de trabajo, es aquella que utiliza la metodología de medición impulsada por la Dirección Nacional del Servicio Civil, contenida en "Guía Práctica para Gestionar la Capacitación en los Servicios Públicos", publicada en: <a href="http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/guia_capacitacion_servicios_publicos.pdf">http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/guia_capacitacion_servicios_publicos.pdf</a></li> <li>5. Los instrumentos que evidencian el uso de la metodología, son los que se mencionan a continuación, y deben ser registrados en el portal <a href="http://www.sispubli.cl">www.sispubli.cl</a>, por cada actividad de capacitación evaluada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha Resumen de Detección de Necesidades.</li> <li>- Guión Metodológico.</li> <li>- Informe de Resultados de Evaluación de Transferencia.</li> <li>- Datos tabulados que acrediten la realización de las evaluaciones de reacción, aprendizaje y transferencia.</li> </ul> </li> <li>6. La evaluación de transferencia debe ser aplicada a todos los participantes de la/s actividad/es de capacitación evaluada/s, que al momento de la aplicación de la medición, se encuentren en funciones en el Servicio.</li> <li>7. Si una actividad de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo no fuese realizada, el Servicio deberá informar las razones de dicho incumplimiento, señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión de la institución.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Reporte Sistema Informático de Capacitación del Sector Público (Sispubli) <a href="http://www.sispubli.cl">www.sispubli.cl</a> , administrado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.



<b>Área</b>	Recursos Humanos
<b>Sistema</b>	Higiene y Seguridad
<b>Red de Expertos</b>	Superintendencia de Seguridad Social
<b>Objetivo de Gestión</b>	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y, en caso de que enfermedades profesionales o accidentes del trabajo ocurrieran, éstos presenten cada vez menor gravedad.
<b>Indicador 2</b>	Tasa de siniestralidad por incapacidades temporales en el año t
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número total de días perdidos en el año t por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales} / \text{Promedio anual de trabajadores en el año t}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se entiende por día perdido aquél en que el trabajador se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente o a una enfermedad profesional, encontrándose en reposo, sujeto a pago de subsidio, sea que éste se pague o no.</li> <li>2. Enfermedad profesional: Aquélla causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte (art. 7 de la Ley N° 16.744).</li> <li>3. El "Promedio anual de trabajadores" corresponde a la suma de los trabajadores dependientes (funcionarios de planta, a contrata, o contratados por Código del Trabajo) determinados mes a mes durante el período anual considerado, dividido por 12.</li> <li>4. En la determinación del indicador deben considerarse los días perdidos generados por los accidentes del trabajo ocurridos y por las enfermedades profesionales diagnosticadas durante el periodo de evaluación. Se deben excluir los accidentes de trayecto, ya que, en general, en estos accidentes intervienen factores ajenos al control que puede realizar la entidad empleadora.</li> <li>5. El indicador es anual, por lo que el periodo de medición es: 1° de enero a 31 de Diciembre año t. Por tanto, la evaluación del indicador debe hacerse en enero del año t+1.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Registro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Institución, o registros que mantienen los organismos administradores del seguro de la Ley N° 16.744.

<b>Área</b>	Recursos Humanos
<b>Sistema</b>	Higiene y Seguridad
<b>Red de Expertos</b>	Superintendencia de Seguridad Social
<b>Objetivo de Gestión</b>	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y, en caso de que enfermedades profesionales o accidentes del trabajo ocurrieran, éstos presenten cada vez menor gravedad.
<b>Indicador 3</b>	Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t} / \text{Promedio anual de trabajadores en el año t}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accidentes del Trabajo: "Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte" (artículo 5 de la Ley N° 16.744), es decir, aquéllos que generan días perdidos (ausencia al trabajo) o causan el fallecimiento del trabajador.</li> <li>2. El "Promedio anual de trabajadores" corresponde a la suma de los trabajadores dependientes (funcionarios de planta, a contrata, o contratados por Código del Trabajo) determinados mes a mes durante el período anual considerado, dividido por 12.</li> <li>3. En la determinación del indicador deben considerarse los Accidentes del Trabajo, excluidos los accidentes de trayecto, ya que, en general, en estos accidentes intervienen factores ajenos al control que puede realizar la entidad empleadora.</li> <li>4. El indicador es anual, por lo que el periodo de medición es: 1° de enero a 31 de Diciembre año t. Por tanto, la evaluación del indicador debe hacerse en enero del año t+1.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Registro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Institución, o registros que mantienen los organismos administradores del seguro de la Ley N° 16.744.



<b>Área</b>	Administración Financiero Contable
<b>Sistema</b>	Compras Públicas
<b>Red de Expertos</b>	Dirección Chile Compra
<b>Objetivo de Gestión</b>	Contar con procesos de compra participativos y eficientes.
<b>Indicador 4</b>	Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t que no tuvieron oferentes} / \text{Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licitación cerrada corresponde a aquella a la que ya no es posible ofertar (se cumplió la fecha de cierre de recepción de ofertas) dentro del mismo año t.</li> <li>2. Operar en el portal de compras públicas <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, según lo establece su normativa: Ley de compras N°19.886 y su Reglamento (incluye sus modificaciones y actualizaciones).</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Los datos que alimentan el indicador serán extraídos de las bases de datos del Sistema ChileCompra ( <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> ). El resultado del indicador será calculado y dispuesto por la Dirección Compras Públicas.

<b>Área</b>	Planificación y Control de Gestión
<b>Sistema</b>	Auditoría Interna
<b>Red de Expertos</b>	Consejo de Auditoría General de Gobierno, CAIGG
<b>Objetivo de Gestión</b>	Mejorar el control interno a través de acciones preventivas de auditoría, manteniendo un nivel de implementación suficiente de recomendaciones del auditor interno.
<b>Indicador 5</b>	Porcentaje de compromisos del Plan de Seguimiento de Auditorías implementados en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{N}^\circ \text{ de compromisos del Plan de Seguimiento de auditoría implementados en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de compromisos de auditoría definidos en Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Plan de Seguimiento de las auditorías realizadas en año t-1 se compone de los compromisos que surgen de las recomendaciones de las auditorías realizadas.</li> <li>2. Los compromisos de auditoría son acciones correctivas y/o preventivas derivadas de las recomendaciones de auditoría, y gestionadas por la Dirección para eliminar o disminuir los riesgos.</li> <li>3. Las recomendaciones que formen el plan de seguimiento de compromisos deben ser aceptadas en su totalidad como compromiso por parte del auditado. Sin perjuicio de ello, deberá contener al menos el 70% de los compromisos derivados de las recomendaciones de las auditorías. Además, debe incluir los compromisos pendientes de implementación al año 2014.</li> <li>4. Los compromisos de auditoría quedan establecidos en el Plan de Seguimiento de Auditorías aprobado por resolución exenta del jefe superior del servicio a más tardar en diciembre del año t-1. Previamente será revisado por el Consejo de Auditoría General de Gobierno, CAIGG, que emitirá opinión técnica al respecto.</li> <li>5. Un compromiso de auditoría se considerará implementado cuando: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>se cumple</u> con la realización del 100% del compromiso definido, y</li> <li>b) es posible verificar la realización del compromiso a través de sus medios de verificación.</li> </ol> </li> <li>6. Un compromiso no implementado deberá presentar las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución exenta con el Plan de Seguimiento de Auditoría.</li> <li>2. Certificado de revisión del Plan de Seguimiento de Auditoría del CAIGG</li> <li>3. Certificado emitido por el CAIGG que informa grado de cumplimiento de los compromisos implementados.</li> </ol>





<b>Área</b>	Calidad de Servicio
<b>Sistema</b>	Gobierno Electrónico
<b>Red de Expertos</b>	Unidad de Modernización y Gobierno Digital de la Secretaría General de la Presidencia
<b>Objetivo de Gestión</b>	Mejorar la entrega de los servicios provistos por el Estado a la ciudadanía mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación.
<b>Indicador 6</b>	Porcentaje de trámites digitalizados respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año 2014.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de trámites identificados en el catastro de trámites digitalizados al año } t / N^{\circ} \text{ total de trámites identificados en catastro de trámites a diciembre de 2014}) * 100.$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trámite digitalizado es aquel disponible para que el usuario pueda realizarlo completamente por internet sin necesidad de acudir presencialmente a la oficina de la institución.</li> <li>2. El catastro de trámites referido, es el publicado por la Unidad de Modernización y Gobierno Digital en su sitio web <a href="http://www.modernizacion.gob.cl/">http://www.modernizacion.gob.cl/</a>.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de levantamiento de trámites de la institución, indicando el nivel de digitalización para cada uno de ellos. Dicho informe debe ser coincidente con los trámites identificados en el catastro de trámites a diciembre del 2014.</li> <li>2. URL del trámite operativa.</li> </ol>

<b>Área</b>	Calidad de Servicio
<b>Sistema</b>	Seguridad de la Información
<b>Red de Expertos</b>	Dirección de Presupuestos y Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior
<b>Objetivo de Gestión</b>	Gestionar los riesgos de seguridad de la información de los activos que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios, mediante la aplicación de controles basados en la Norma NCh-ISO 27001.
<b>Indicador 7</b>	Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001, en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de controles de seguridad de la Norma NCh-ISO 27001 implementados para mitigar riesgos de seguridad de la información en el año } t / N^{\circ} \text{ Total de controles establecidos en la Norma NCh-ISO 27001 para mitigar riesgos de seguridad de la información en el año } t) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los controles de seguridad están establecidos en la NCh-ISO 27001 vigente. Corresponde a un conjunto de medidas de seguridad de la información, que permiten mitigar los riesgos diagnosticados.</li> <li>2. Se entenderá por Riesgo, una amenaza potencial que pueda afectar un activo o un grupo de activos y por tanto causar daño a la organización. El riesgo de seguridad de la información corresponde a aquellos asociados a los activos de información que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios. Controles de seguridad de la información están implementados cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>se cumple</u> con la realización del 100% de la medida planificada, es decir está documentado, en operación y en funcionamiento; y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño.</li> <li>- es posible verificar la realización de la medida y/o los valores a través de sus medios de verificación, y</li> <li>- la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación.</li> </ul> </li> <li>3. Un control de seguridad no implementado deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Norma NCh-ISO 27001, listado de controles de seguridad de la información.</li> <li>2. Informe de cumplimiento del Plan de seguridad de la Información que fundamenta los controles de seguridad implementados y las razones de los no implementados, aprobado por el Jefe de Servicio e informado a las redes de expertos respectivas, al 31 de diciembre del 2015.</li> </ol>



<b>Área</b>	Calidad de Servicio
<b>Sistema</b>	Sistema de Atención Ciudadana / Acceso a Información Pública
<b>Red de Expertos</b>	Unidad de Implementación Probidad y Transparencia. Comisión Defensora Ciudadana y Transparencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia
<b>Objetivo de Gestión</b>	Responder las Solicitudes de Acceso a la Información Pública en un plazo máximo de 15 días
<b>Indicador 8</b>	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en año t} / N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Las solicitudes de acceso a información pública respondidas son aquellas finalizadas entre el 1 de enero del año t, hasta el 31 de diciembre del año t (sin perjuicio de cuando hayan sido ingresadas).</li> <li>Las solicitudes de acceso a información pública respondida considera todas las categorías de finalizadas, incluida la categoría "Derivadas e Información Permanentemente disponible en la web". Excluye a las solicitudes que no cumplen con los requisitos de admisibilidad establecidos en la Ley de Transparencia, es decir, el ID N° 19, Estado: Finalizada: No corresponde a solicitud transparencia. También incluye aquellas que por su naturaleza fueron respondidas en plazo prorrogado de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285.</li> <li>Respecto al conteo de los días de las solicitudes, el artículo 25 de la Ley de Procedimiento Administrativo señala lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>"Cómputo de los plazos del procedimiento administrativo. Los plazos de días establecidos en esta ley son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, los domingos y los festivos.</li> <li>Los plazos se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifique o publique el acto de que se trate o se produzca su estimación o su desestimación en virtud del silencio administrativo.</li> <li>Si en el mes de vencimiento no hubiere equivalente al día del mes en que comienza el cómputo, se entenderá que el plazo expira el último día de aquel mes.</li> <li>Cuando el último día del plazo sea inhábil, éste se entenderá prorrogado al primer día hábil siguiente."</li> </ul> </li> <li>Las instituciones que utilizan SGS 2.1 ó superior, el sistema registrará automáticamente las operaciones, generando el reporte en la sección "Indicador de Transparencia", el medio de verificación será el Excel exportable.</li> <li>Servicios con sistemas propios: Aquellos servicios que utilicen sistemas propios, deberán registrar mensualmente en la planilla solicitada como medio de verificación, las solicitudes finalizadas que cumplen con el indicador y acumular mensualmente para cuando la información sea requerida para la pre evaluación del indicador.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Planilla Excel exportable de Sistema Electrónico para la Recepción y Gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública (SGS) o planilla anual de reporte de Estados y días de tramitación, que cuente con, al menos, los siguientes campos: Folio – Fecha de Inicio – Fecha de Respuesta (Fecha de Finalización) – Cantidad de días de trámite. O Informe Ejecutivo de Gestión Mensual que incorpore esta información.



<b>Área</b>	Equidad de Género
<b>Sistema</b>	Equidad de Género
<b>Red de Expertos</b>	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM
<b>Objetivo de Gestión</b>	Contribuir a disminuir las inequidades, brechas y/o barreras de género implementando medidas orientadas a mejorar los niveles de igualdad de oportunidades y la equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos
<b>Indicador 9</b>	Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t} / \text{Número de medidas para la igualdad de género comprometidas para el año t en Programa de Trabajo}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Programa de Trabajo se compone de medidas que deben cubrir aspectos relevantes de la gestión institucional en base a las Definiciones Estratégicas presentadas en el Formulario A1, al Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 actualizado, a la Agenda de Género Gubernamental 2014-2018 y al Programa de Gobierno 2014-2018.</li> <li>2. Las medidas para la igualdad de género son un conjunto de actividades y/o indicadores de desempeño que abordan programas, líneas de trabajo y/o acciones estratégicas que están orientados a contribuir en la disminución de inequidad(es), brecha(s) y/o barrera(as) de género, correspondiente al ámbito de acción del Servicio.</li> <li>3. Las medidas deben estar vinculadas a los productos estratégicos que, en acuerdo con el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), aplican enfoque de género según lo definido en el Formulario A1 2015 de Definiciones Estratégicas de la Institución.</li> <li>4. Las medidas para la igualdad de género quedan establecidas en un Programa de Trabajo Año t aprobado por resolución exenta del Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1. Previamente será revisado por el Servicio Nacional de la Mujer, que emitirá opinión técnica al respecto.</li> <li>5. El Programa debe contener al menos las siguientes medidas, salvo que ya hubiesen sido objeto de medición, caso en el cual no aplicarán: a. Incorporar en los sistemas de información que administra el Servicio, datos desagregados por sexo y estadísticas que permitan realizar análisis de género y, b. Diseñar indicadores de desempeño que midan directamente inequidades, brechas y/o barreras de género que corresponda.</li> <li>6. Una medida se considerará implementada cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- se cumple con la realización del 100% de la actividad planificada y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño,</li> <li>- es posible verificar la realización de la medida y/o los valores a través de sus medios de verificación, y</li> <li>- la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación.</li> </ul> </li> <li>7. Una medida considerada no implementada deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución exenta con el Programa de Trabajo Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1.</li> <li>2. Certificado de revisión de Programa de Trabajo Año t emitido por el Servicio Nacional de la Mujer.</li> <li>3. Certificado emitido por el Servicio Nacional de la Mujer que informa grado de cumplimiento de entrega correcta de resultados finales de las medidas de género comprometidas.</li> </ol>



Área	Descentralización
Sistema	Descentralización
Red de Expertos	Subsecretaría de Desarrollo Regional, SUBDERE
Objetivo de Gestión	Potenciar el proceso de descentralización del país, traspasando competencias a los Gobiernos Regionales y municipales
Indicador 10	Porcentaje de iniciativas para la descentralización del Plan de Descentralización implementadas en el año t
Fórmula de cálculo	(Número de iniciativas del Plan de descentralización implementadas en el año t/ Número de iniciativas de descentralización comprometidas para el año t en el Plan de Descentralización)* 100
Requisitos Técnicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>El Plan de Descentralización se compone de iniciativas que deben permitir la transferencia de competencias desde los servicios públicos centralizados y descentralizados, hacia uno o más gobiernos regionales, y de éstos hacia los municipios. Son transferidos en carácter temporal o definitivo, y en función de su complejidad.</li> <li>Las iniciativas de descentralización (que permiten transferir competencia) corresponden a las acciones de traspaso de funciones, atribuciones, planes o programas sectoriales, las cuales deberían permitir al menos las siguientes transferencias de competencias: <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Transferencia de competencias de decisión estratégicas</u> mediante la definición de Priorizar, Focalizar, Asignar, Distribuir, etc. vía convenio y Decreto Supremo.</li> <li><u>Transferencia de competencias financieras</u>: mediante la Administración Regionalizada de programas, tales como: Fondos Pesca Artesanal, Fondo Nacional de Capacitación, etc. Vía Convenio + la asignación regional de recursos mediante Ley de Presupuestos.</li> <li><u>Transferencia de competencias de prestación de servicios</u>, mediante la provisión de bienes y/o servicios públicos regionales, como por ejemplo decidir mantener y reparar caminos, administración de programas SERCOTEC O INDAP, Asistencia técnica y transferencia tecnológica.</li> </ul> </li> <li>Las iniciativas de descentralización quedan establecidas en un Plan de descentralización Año t aprobado por resolución exenta del Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1. Previamente será revisado por la Subsecretaría de Desarrollo Regional, SUBDERE, que emitirá opinión técnica al respecto. Para avanzar en forma gradual en el proceso de compromisos de los diferentes servicios con el traspaso de competencias, se podrá considerar como iniciativas, durante el año 2015, al menos las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gasto anual informado en la plataforma Chile Indica que Administra SUBDERE. El gasto anual informado en la Plataforma Chile Indica considera a todos los Servicios Públicos, incluyendo Gobiernos Regionales, e incluye el gasto asociado a los Subtítulos 23, 24, 29, 31 y 33. El subtítulo 23 corresponde a las prestaciones previsionales; El subtítulo 24 corresponde a transferencias corrientes; El subtítulo 29 corresponde a adquisiciones de activos no financieros; el Subtítulo 31 corresponde a iniciativas de inversión y el subtítulo 33 a transferencias de capital.</li> <li>Informar ARI/PROPIR de todas regiones a través de la Plataforma Chile Indica.</li> <li>Compromisos presidenciales de responsabilidad sectorial, a implementar o ejecutar en regiones</li> </ul> </li> <li>Una iniciativa de descentralización se considerará implementada cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li><u>se cumple</u> con la realización del 100% de la actividad planificada y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño,</li> <li>es posible verificar la realización de la iniciativa y/o los valores a través de sus medios de verificación, y</li> <li>la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación.</li> </ul> </li> <li>Una iniciativa de descentralización considerada no implementada deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</li> </ol>
Medios de Verificación	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resolución exenta con el Plan de descentralización Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1.</li> <li>Certificado de revisión del Plan de Descentralización Año t emitido por SUBDERE.</li> <li>Certificado emitido por SUBDERE que informa grado de cumplimiento de entrega correcta de resultados finales de las iniciativas de descentralización implementadas.</li> </ol>

## B. Instituciones que comprometen más de un Sistema

Las instituciones que aún no completan las etapas finales de los sistemas de seguridad de la información, gestión de la calidad y/o gestión de excelencia deberán comprometer la etapa siguiente en 2015, junto con el sistema de Monitoreo del Desempeño, o planificación y control de gestión, según corresponda. Para el sistema de Monitoreo del Desempeño se cumplirán las mismas normas establecidas en el punto A de este decreto, con excepción de la ponderación de los objetivos de gestión que deberá ser el siguiente:

Objetivo de Gestión	Ponderación
1	40% - 65%
2	15%-30%
3	0%-10%
Total	80%

Los objetivos específicos, requisitos técnicos y medios de verificación de los sistemas de seguridad de la información, gestión de la calidad y gestión de excelencia se señala a continuación en los cuadros 5a, 5b y 5c, respectivamente:

**Cuadro 5.a**  
**Sistema de Seguridad de la información**

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Calidad de Atención de Usuarios	1.- Seguridad de la Información	Lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.

### MEDIO DE VERIFICACIÓN

#### Etapa 1

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
- Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
- Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).

#### Etapa 2

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
- Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
- Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
- Resolución que aprueba la Política de Seguridad.
- Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad.
- Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Plan General).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Indicadores).

#### Etapa 3

Informe de Implementación aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
- Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
- Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
- Resolución que aprueba la Política de Seguridad.



- Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad.
- Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Plan General).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Indicadores).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 3 - Implementación).
- Medios de verificación para cada hito cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).

#### Etapa 4

Informe aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
- Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
- Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
- Resolución que aprueba la Política de Seguridad.
- Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad.
- Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Plan General).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Indicadores).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 3 - Implementación).
- Medios de verificación para cada hito cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 4 - Evaluación).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 4 - Programa de Seguimiento).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 4 - Control y Mejora Continua).
- Informe de Revisión del Comité de Seguridad de la Información (un archivo que incluye Acta de Comité de Seguridad e informes de evaluación que fueron revisado por el Comité y señalados en dicha acta).

#### RED DE EXPERTOS

Las redes de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Seguridad de la Información son:

1. Secretaria y Administración General del Ministerio del Interior y
2. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda

ETAPA 1	
OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
<p>1. La Institución realiza un diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, en base a una selección de los procesos de provisión más relevantes, identificando los activos de información que los sustentan, estableciendo los controles necesarios para mitigar riesgos que puedan afectar a los activos de información críticos, considerando para esto todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento.</p>	<p>1. La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información para sus activos de información críticos – o lo actualiza (aumento del alcance y/o mejoras al diagnóstico), si corresponde - para lo cual deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identificar los activos de información para un conjunto seleccionado de procesos de provisión de productos estratégicos, de acuerdo al alcance definido, señalando su nivel de criticidad. Dicha selección deberá justificarse y presentarse a la Red de Expertos para su aprobación.</li> <li>1.2 Analizar los riesgos de seguridad de aquellos activos de información declarados con criticidad media y alta.</li> </ol>



<p>2.La institución compara los resultados del Diagnóstico con los controles establecidos en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p>	<p>2. Para aquellos activos de información con criticidad media y alta:</p> <p>2.1 Identifica los controles (requisitos normativos Norma ISO NCH 27001 y del DS 83 o buenas prácticas) ya cumplidos (o abordados) por dominio de seguridad<sup>1</sup>, para mitigar riesgos.</p> <p>2.2 Identifica los controles o requisitos normativos de los dominios de seguridad, que falta implementar para mitigar los riesgos.</p>
<p><b>ETAPA 2</b></p>	
<p>3.La institución establece su Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio.</p>	<p>3. La institución establece una "Política General de Seguridad de la información", aprobada por el Jefe Superior del Servicio a través de una resolución exenta que contenga, al menos:</p> <p>3.1 Una definición de seguridad de los activos de información, objetivos globales, alcance e importancia.</p> <p>3.2 Los medios de difusión de sus contenidos al interior de la organización.</p> <p>3.3 La periodicidad de su reevaluación (cada 3 años como máximo) y revisión de cumplimiento.</p> <p>3.4 El nombramiento del Encargado de Seguridad de la Información, mediante resolución exenta.</p> <p>3.5 La constitución del Comité de Seguridad de la Información.</p>
<p>4.La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009.</p>	<p>4. La institución elabora, de acuerdo al Diagnostico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <p>4.1 El conjunto de acciones de mitigación de riesgos de activos con criticidades medias y altas.</p> <p>4.2 La formulación de indicadores de desempeño para medir los resultados de las acciones tomadas.</p> <p>4.3 La identificación de los responsables de la implementación del Plan.</p>
<p>5.La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, indicadores de desempeño; difundiendo al resto de la organización.</p>	<p>5. La institución elabora, de acuerdo al Plan General de Seguridad de la Información, un Programa de Trabajo Anual aprobado por el Jefe de Servicio que incluye, al menos:</p> <p>5.1 Los principales hitos y actividades.</p> <p>5.2 Plazos y responsables por hito.</p> <p>5.3 Acciones concretas destinadas a la difusión / sensibilización / capacitación de los funcionarios.</p>
<p><b>ETAPA 3</b></p>	
<p>6.La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual, registrando y controlando, al menos:</p> <p>6.1 La ejecución de los hitos o actividades comprometidas.</p> <p>6.2 Los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos.</p> <p>6.3 La medición del porcentaje de avance en la implementación de los controles de seguridad (o requisitos normativos) en los dominios de seguridad.</p>
<p><b>ETAPA 4</b></p>	
<p>7.La institución evalúa y difunde los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.</p>	<p>7. La institución, a través de su Comité de Seguridad, evalúa los resultados de la implementación del Plan General de SI, y Programa de Trabajo Anual considerando, al menos:</p> <p>7.1 Revisión, por parte del Comité de SI, del porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad abordados.</p> <p>7.2 Revisión de los resultados de las actividades desarrolladas y la efectividad en la mitigación de riesgos.</p> <p>7.3 Revisión de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema.</p> <p>7.4 Identificación de riesgos persistentes y otras debilidades, y su análisis de causa.</p>
<p>8.La institución diseña e implementa un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de</p>	<p>8. La institución difunde las medidas de seguridad implementadas a los funcionarios.</p> <p>9. La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual , señalando, al menos:</p>

<sup>1</sup> Los dominios de seguridad de la información son once: 1) Política de Seguridad (declaración general de voluntad por parte del Jefe de Servicio); 2) Seguridad Organizacional (formalización de estructura y responsabilidades, ejemplo: Encargado y Comité de seguridad de la Información); 3) Gestión de activos de información (procedimientos de manejo de la información de acuerdo a su clasificación); 4) Seguridad Física y del Ambiente (medidas y procedimientos de acceso físico, protecciones en cuanto a temperatura, luz u otras variables ambientales); 5) Seguridad del Personal (procedimientos de gestión de RRHH que incorporen medidas de protección para los conocimientos que tienen las personas, desde la contratación, capacitación, etc. hasta la desvinculación); 6) Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones (procedimientos asociados a la gestión de antivirus, correo electrónico y respaldo, fundamentalmente); 7) Control de Acceso (procedimientos de manejo de contraseñas para los sistemas, redes, etc.); 8) Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas (procedimientos para la creación de software, su actualización o la contratación de estos servicios a terceros); 9) Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información (procedimientos de manejo de eventos que afectan la seguridad de la información, su registro y análisis posterior); 10) Gestión de la Continuidad del Negocio (planes para proveer estabilidad a los procesos críticos); y 11) Cumplimiento (chequeo de que las medidas adoptadas satisfacen las leyes y normativas vigentes).



Trabajo Anual.	9.1 Compromisos 9.2 Plazos 9.3 Responsables de implementar los compromisos. 10. La institución implementa los compromisos establecidos en el programa de seguimiento definido.
9. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.	11. La institución deberá, al menos, mantener el grado de desarrollo del SSI alcanzado, incorporando actividades de control y mejora continua, las que deberán incluir, a lo menos: 11.1 Ejecución de auditorías regulares a la operación del SSI. 11.2 Resultado del cumplimiento de las metas e indicadores y definición de medidas para su mejoramiento, sancionados por la Dirección o el Comité de SI. 11.3 Actualización del inventario de activos de información y los planes de acciones de tratamiento de riesgos de SI, incorporando éstos últimos al proceso de gestión institucional.

### Cuadro 5.b. Sistema de Gestión de la Calidad

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Gestión de la Calidad	1.- Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)	Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus usuarios, a través de la instalación de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado basado en la norma ISO 9001:2008 que considere los procesos de provisión de bienes y/o servicios.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:

- Etapa 1**
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad.
  - Plan trienal institucional para la certificación del sistema de gestión de la calidad.
  - Programa de trabajo de implementación del año.
  - Manual de calidad institucional.
  - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año.
  - Informe de auditorías de la calidad.
  - Registro de revisión por la Dirección.
- Etapa 2**
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde.
  - Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad
  - Programa de trabajo de implementación del año.
  - Manual de calidad institucional actualizado.
  - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año.
  - Informe de auditorías de la calidad.
  - Registro de revisión por la Dirección.
  - Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.
- Etapa 3**
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde.
  - Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad.
  - Programa de trabajo de implementación del año.
  - Manual de calidad institucional actualizado.
  - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año.
  - Informe de auditorías de la calidad.
  - Registro de revisión por la Dirección.
  - Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.
- Etapa 4**
- Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad.
  - Programa de trabajo de implementación del año.
  - Manual de calidad institucional actualizado.
  - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año.
  - Informe de auditorías de la calidad.
  - Registro de revisión por la Dirección.
  - Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.





## RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Gestión de la Calidad es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda)

### ETAPA 1

#### OBJETIVO DE GESTIÓN

1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.

#### REQUISITOS TECNICOS

1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008, que permita establecer el sistema de gestión de la calidad a implementar para lo cual se debe considerar:
  - 1.1 Identificación de procesos que permiten a la institución cumplir con su Misión, considerando al menos:
    - 1.1.1 Definiciones Estratégicas establecidas en el formulario A1 presentado en el proceso de Formulación Presupuestaria a la Dirección de Presupuestos.
    - 1.1.2 Presupuesto y nivel de actividad por producto estratégico.
    - 1.1.3 Matriz de riesgos aprobada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
    - 1.1.4 Programa de Gobierno.
    - 1.1.5 Estructura organizacional y distribución geográfica, si corresponde.
  - 1.2 Identificación de la aplicación regional de los procesos/ subprocesos anteriormente identificados, si corresponde.
  - 1.3 Determinación de la secuencia e interacción de los Procesos claves u operacionales que incluyen los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, desde que reciben del entorno (partes interesadas) los requisitos hasta entregar los bienes o servicios.
  - 1.4 Identificación y análisis de las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad implementado o certificado por la institución, en base a los principios de la calidad incluidos en la Norma ISO 9000:2005 (enfoque al cliente; liderazgo; participación del personal; enfoque basado en procesos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor) considerando:
    - 1.4.1 Las necesidades de adecuación de los procedimientos/ documentos existentes.
    - 1.4.2 Consistencia de los elementos que componen el SGC actual (Política de Calidad, objetivos, estructura organizacional, entre otros) y la relación de éste con las definiciones estratégicas de la Institución.
    - 1.4.3 Duplicidades o complementariedades de funciones o procesos por efecto de la implementación del SGC y otros sistemas de gestión de la institución.
    - 1.4.4 Necesidades de recursos tecnológicos, humanos, financieros, espacios de trabajo, si corresponde para lograr la certificación a nivel institucional del sistema de gestión de la calidad, considerando la optimización de los recursos.
2. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe:
  - 2.1 Seleccionar y priorizar los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, de gestión estratégica y/o de soporte institucional, considerando los siguientes criterios:
    - 2.1.1 Costos/ Beneficios de la implementación.
    - 2.1.2 Relevancia del proceso para la Alta Dirección.
    - 2.1.3 Relación con Definiciones Estratégicas y Programa de Gobierno.
    - 2.1.4 Efectos en los clientes/usuarios/beneficiarios.
  - 2.2 Analizar la conveniencia de implementar el sistema de gestión de la calidad considerando las siguientes alternativas:
    - 2.2.1 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios en conjunto con procesos de gestión estratégica y de soporte institucional.
    - 2.2.2 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional.
    - 2.2.3 Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios.
    - 2.2.4 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios.
    - 2.2.5 Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.

2. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos que no incorporará a la certificación.



3. La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización identificados como necesarios y factibles de certificar.

4. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.

5. La alta dirección revisa el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, definiendo acciones de mejora del sistema y sus procesos.

6. La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.

3. La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización, en base a los resultados del diagnóstico. El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente:

- 3.1 Objetivos generales.
- 3.2 Procesos de la organización necesaria y factible de certificar cada año y por regiones, justificando aquellos procesos que se postergará su incorporación al sistema de gestión de la calidad, posterior a 2016.
- 3.3 Actividades de capacitación que incluyan: sensibilización al estamento directivo y capacitación para el personal involucrado en los procesos a certificar, a nivel central y regional, si corresponde, por año.
- 3.4 Programa de auditorías internas y de tercera parte al sistema de gestión de la calidad.

Nota: En caso que el servicio defina comenzar la implementación del sistema de gestión de la calidad por procesos estratégicos y/o soporte institucional, deberá programar la certificación del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.

4. La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos:

- 4.1 Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; elaboración/ revisión de Política de la calidad y establecimiento de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas para el primer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección.
- 4.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

5. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:

- 5.1 Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad.
- 5.2 Análisis de procesos con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de éstos.
- 5.3 Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos.
- 5.4 Elaboración o actualización del Manual de la Calidad.
- 5.5 Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.
- 5.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.
- 5.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.
- 5.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.

6. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:

- 6.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- 6.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.
- 6.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros sistemas de gestión de la institución.
- 6.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución.
- 6.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.

7. La institución actualiza el diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:

- 7.1 Análisis de resultados de la implementación del primer año.
- 7.2 Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación.
- 7.3 Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior.
- 7.4 Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección.
- 7.5 Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el jefe de

## ETAPA 2



<p>7. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el segundo año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<p>servicio en el Plan Trienal, si corresponde.</p> <p>8. La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal actualizado si corresponde y los recursos disponibles, señalando al menos:</p> <p>8.1 Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; revisión de Política de la calidad y de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas y externas para el segundo año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección.</p> <p>8.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.</p> <p>9. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:</p> <p>9.1 Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad.</p> <p>9.2 Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos.</p> <p>9.3 Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos.</p> <p>9.4 Actualización del Manual de la Calidad.</p> <p>9.5 Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.</p> <p>9.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>9.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>9.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p>
<p>8. La institución realiza el proceso de revisión por parte de la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>10. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del segundo año de implementación, en el proceso de revisión por parte de la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>10.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>10.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>10.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>10.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>10.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>9. La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año de acuerdo al programa de trabajo anual de la etapa anterior.</p>	<p>11. La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de los procesos de la organización implementados durante el primer año definidos en plan trienal, para lo cual debe:</p> <p>11.1 Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable, incluyendo los procesos implementados durante el primer año.</p> <p>11.2 Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.</p>
<b>ETAPA 3</b>	
<p>10. La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si</p>	<p>12. La institución actualiza el Diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <p>12.1 Análisis de resultados de la implementación del segundo año.</p> <p>12.2 Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el tercer año de la implementación.</p>



<p>corresponde.</p>	<p>12.3 Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior.</p> <p>12.4 Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección.</p> <p>12.5 Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde.</p>
<p>11. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el tercer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<p>13. La institución elabora un programa de trabajo para el tercer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, incluyendo al menos:</p> <p>13.1 Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; revisión de Política de la calidad y de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas y externas para el tercer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección.</p> <p>13.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.</p> <p>14. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo:</p> <p>14.1 Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad.</p> <p>14.2 Análisis de procesos a implementar el tercer año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos.</p> <p>14.3 Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos.</p> <p>14.4 Actualización del Manual de la Calidad.</p> <p>14.5 Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.</p> <p>14.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>14.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>14.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p>
<p>12. La institución realiza el proceso de revisión por parte de la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>15. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del tercer año de implementación, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>15.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>15.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>15.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>15.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>15.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>13. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>	<p>16. La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el segundo año definidos en plan trienal, considerando:</p> <p>16.1 Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable, incluyendo los procesos implementados durante el segundo año.</p> <p>16.2 Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.</p>
<p><b>ETAPA 4</b></p>	
<p>14. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance,</p>	<p>17. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>17.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p>



<p>analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>17.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>17.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>17.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>17.5 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>15. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal a más tardar el primer trimestre del año en curso.</p>	<p>18. La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal, actualizado a más tardar el primer trimestre del año en curso, si corresponde.</p>

### Cuadro 5.c. Sistema de Gestión de Excelencia

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Gestión de la Calidad	1.- Sistema de Gestión de Excelencia	Mejorar el desempeño de la institución a través de la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia, que permita gestionar a la organización con el objeto de aportar valor y aumentar la satisfacción de los usuarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:

##### Etapa 1

- Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución.
- Registro de constitución de instancia institucional estratégica.
- Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia.
- Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.

##### Etapa 2

- Plan de mejora.
- Registros de implementación de acciones inmediatas.

##### Etapa 3

- Programa de trabajo del año 2015 para la implementación de acciones del plan de mejora.
- Registros de implementación de acciones definidas en el plan de mejora.
- Registros de reuniones de instancia institucional estratégica.

##### Etapa 4

- Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución.
- Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia.
- Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.

#### RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Gestión de Excelencia es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda)

#### ETAPA 1

##### OBJETIVO DE GESTIÓN

1. La institución constituye y dispone formalmente el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia; y realiza un diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, e identifica sus brechas contrastado con los requerimientos del modelo.

##### REQUISITOS TECNICOS

1. La institución constituye y dispone el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia, para lo cual:
  - 1.1 Formaliza su constitución y funcionamiento, considerando entre sus miembros al menos a: (i) Representante de la Dirección (miembro de la alta dirección del Servicio); (ii) Representantes de los centros de responsabilidad; (iii) Un coordinador(a) nombrado de entre los miembros ya definidos, o un miembro adicional si así lo requiere.
  - 1.2 Define y comunica a la organización sus responsabilidades, considerando entre ellas al menos las siguientes: (i) asesorar al Jefe de Servicio en las decisiones de implementación y desarrollo del modelo, mantenerlo informado de su avance y asumir el rol de contraparte técnica con la Dirección de Presupuestos; (ii) dirigir el diagnóstico (autoevaluación), planificar y monitorear la implementación del modelo, determinando los mecanismos de coordinación, control y revisión periódica necesarios para cumplir los



	<p>objetivos y metas; (iii) asegurar la participación del personal del servicio en los objetivos y procesos de la implementación del modelo, determinando los mecanismos de información, inducción, capacitación y formación de grupos de trabajo que sean necesarios para tal finalidad.</p> <p>1.3 La institución realiza el diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia<sup>1</sup>, para lo cual organiza los equipos de trabajo para evaluar cada uno de los subcriterios del modelo.</p> <p>1.4 Elabora un documento (informe de autoevaluación) que debe contener al menos: (i) una presentación detallada sobre la visión general de la organización y sus prácticas de gestión, en referencia a los ocho criterios de evaluación del Modelo de Gestión de Excelencia; (ii) identificación de brechas<sup>2</sup> de sus procesos y resultados contrastado con los requerimientos del modelo, y establece aquellos que requieren ser mejorados.</p>
<p>2. La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones a todo el personal.</p>	<p>2. La institución aprueba el diagnóstico y lo somete a verificación externa, para lo cual:</p> <p>2.1 Remite el informe de autoevaluación a la red de expertos, para su análisis y verificación.</p> <p>2.2 Revisa el informe de retroalimentación de la red de expertos, contrastando las fortalezas y áreas de mejora identificada con el análisis de brechas realizado por el servicio, para la aprobación del Informe.</p> <p>2.3 Difunde el informe a todo el personal, una vez que este ha sido aprobado por parte de la Alta Dirección del Servicio.</p>
<p>3. La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida, determina los temas prioritarios que abordará para conducir al Servicio a mejorar su desempeño en el marco del Modelo de Gestión de Excelencia.</p>	<p>3. La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida:</p> <p>3.1 Define los temas prioritarios que abordará por cada uno de los criterios del modelo.</p> <p>3.2 Establece los plazos en los que serán abordados los temas prioritarios seleccionados.</p> <p>3.3 Define el nivel de excelencia a alcanzar (puntaje del modelo de gestión de excelencia).</p> <p>3.4 Define el Plan de Mejoras y programa de trabajo.</p>
<b>ETAPA 2</b>	
<p>4. La institución en base a los temas priorizados por la instancia estratégica definida elabora un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, acciones, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos y un programa anual. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr, la proyección de aumento de puntajes y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio. Posteriormente difunde el plan de mejora y el programa de trabajo anual a todo el personal e inicia su implementación.</p>	<p>4. La institución, en base a los temas prioritarios seleccionados aprobados por el Jefe de servicio, elabora un plan de mejora de procesos y resultados que incluya al menos: (i) Objetivos generales; (ii) Actividades a realizar en base a los temas prioritarios incluyendo las acciones de mejora inmediatas<sup>3</sup> y las oportunidades de mejora identificadas; (iii) responsables de ejecución; (iv) los recursos necesarios; (v) plazos para su cumplimiento e (vi) indicadores y metas para el seguimiento permanente.</p> <p>5. La institución inicia la implementación del plan de mejora de procesos y resultados incluyendo al menos: (i) Ejecución de actividades de difusión y capacitación que permitan la implementación; (ii) Ejecución de acciones de mejora inmediata.</p> <p><sup>3</sup> Acciones de Mejora Inmediata (AMI): son aquellas que no ameritan un proceso de análisis exhaustivo ni una programación detallada, se desprenden por la sola aplicación de la guía de autoevaluación, no necesitan recursos adicionales y pueden llevarse a cabo en el plazo inmediato. Estas acciones sólo requieren la determinación de realizarse. Ejemplo de ello son el registro de reuniones, levantamiento de actas, ordenamiento de archivos, etc.</p>
<b>ETAPA 3</b>	
<p>5. La institución implementa completamente el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual. El Plan de mejoramiento es incorporado en la Planificación Estratégica anual de la institución.</p>	<p>6. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual implementando las actividades comprometidas en éste y cumpliendo las metas, de acuerdo a lo establecido en el plan de mejoras.</p>



6. La institución, a través de la instancia estratégica definida y en base a su sistema de seguimiento institucional, supervisa periódicamente la ejecución y avances del Plan de Mejoramiento y programa de trabajo anual, realiza seguimiento a los indicadores de desempeño definidos y sus metas, tomando las medidas correctivas que sean pertinentes y verificando su cumplimiento.	7. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida y en base a su sistema de seguimiento institucional, supervisa periódicamente la ejecución del programa de trabajo anual, incluyendo informes periódicos sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>7.1 El avance de su Programa de Trabajo Anual.</li> <li>7.2 Las medidas de acción inmediata de la línea base, en caso que proceda.</li> <li>7.3 Los compromisos de metas relevantes de cada grupo de trabajo (indicadores de desempeño).</li> <li>7.4 Las medidas correctivas necesarias cuando el programa de trabajo presenta alguna dificultad en el cumplimiento de sus metas.</li> </ul>
<b>ETAPA 4</b>	
7. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, la compara con los resultados obtenidos en la autoevaluación inicial e identifica el nivel de excelencia logrado.	8. La institución, a través de la instancia institucional estratégica, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados y compara los resultados con el informe de diagnóstico y establece el nuevo puntaje.
8. La institución aprueba la autoevaluación, verificada por un ente externo, y comunica los resultados y conclusiones a todo el personal.	9. La institución remite la autoevaluación a la Red de Expertos.
9. La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.	10. La institución aprueba la autoevaluación, verificada por un ente externo, y difunde los resultados a través de su instancia institucional estratégica a todo el personal, informando el nivel de calidad obtenido a la organización, señalando los procesos y resultados mejorados, aquellos mantenidos y las brechas aún existentes entre la autoevaluación y el modelo de Gestión de Excelencia.
	11. La institución, elabora o actualiza en base a los resultados de la autoevaluación, su plan de mejoras y lo valida a través de la Red de Expertos, elabora su programa de trabajo anual, siguiendo el mismo procedimiento descrito en las etapas anteriores para mantener el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.

### C. Instituciones Nuevas

Las instituciones nuevas creadas por ley que inicien su funcionamiento en 2015 y que deban formular sus compromisos en el marco del PMG, así como aquellas instituciones que comprometieron el sistema de planificación y control de gestión en períodos anteriores, y en el 2014 no han comprometido la etapa final; durante el 2015 deberán comprometer el sistema de planificación y control de gestión que a continuación se detalla.

**Cuadro 6. Sistema de Planificación y Control de Gestión**

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Planificación y Control de Gestión	Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de información para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.

##### Etapa 2

- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2016.

##### Etapa 3

- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2016.
- Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.

##### Etapa 4

- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2016 que miden la gestión relevante de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores.
- Resultados de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2015 incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.

Programa de Seguimiento de los compromisos de mejoramiento del desempeño de los aspectos controlados por los indicadores



presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2015 y el resultado del Programa de Seguimiento aplicado el presente año 2015, respecto de los indicadores evaluados en el año 2014, en que consta la probación de cada jefe de centro de responsabilidad y del Jefe de Servicio.

**RED DE EXPERTOS**

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Planificación y Control de Gestión es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda)

ETAPA 1 OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
<p>1. La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, prioridades gubernamentales y presupuestarias, recursos asignados en la Ley de Presupuestos.</p>	<p>1. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, de acuerdo a su legislación, a las Definiciones Estratégicas Ministeriales vigentes, prioridades presupuestarias, y a recursos asignados en la Ley de Presupuestos, definiendo correctamente los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Misión adecuadamente definida. Esto es; permite identificar en su declaración el qué, cómo, para quién define su razón de ser la institución.</li> <li>1.2 Prioridades de Gobierno, definidas en el Programa de Gobierno, o metas establecidas con SEGPRES presentes en las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2015-2018.</li> <li>1.3 Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados.</li> <li>1.4 Productos estratégicos, sub-productos y productos específicos definidos como bienes y/o servicios.</li> <li>1.5 Clientes/usuarios/beneficiarios claros, precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos.</li> <li>1.6 Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.</li> </ol>
<p>2. La institución diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), tomando como base las definiciones establecidas en la etapa anterior y considerando al menos la definición de procesos estratégicos y de centros de responsabilidad, la identificación de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de los productos estratégicos y en los procesos de soporte, la vinculación del sistema de información de gestión con los instrumentos de control de gestión específicos establecidos por la institución y el diseño de los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información para la construcción de indicadores de desempeño.</p>	<p>2. El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Levantamiento y definición de procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior.</li> <li>2.2 Definición de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios):             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2.1 Identificando dimensiones y ámbitos de control (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión vigente en <a href="http://www.dipres.cl/control_de_gestion/PMG/sistema_gestion/planificacion">www.dipres.cl/control de gestión/PMG/sistema gestión/planificación</a>).</li> <li>2.2.2 Señalando correctamente la fórmula de cálculo.</li> <li>2.2.3 Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula.</li> <li>2.2.4 Señalando logro de los objetivos estratégicos, Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos, Logro de las Prioridades de Gobierno, Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.</li> </ol> </li> <li>2.3 Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño.</li> <li>2.4 Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño.</li> <li>2.5 Identificación de indicadores de desempeño elaborados a medir, justificando los indicadores sin medición en el año t.</li> </ol> <p>3. Se considera que una institución mide la gestión relevante cuando al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado, o cuando al menos 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado.</p>
<p>3. La institución tiene en funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<p>4. El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifica, si corresponde, aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo.</li> <li>4.2 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.</li> </ol>
<p>4. La institución tiene en pleno funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos y operan todos los sistemas de recolección y sistematización de la información y por lo tanto las autoridades de la institución cuentan con información oportuna y confiable para la toma de decisiones. La</p>	<p>5. El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.</li> <li>5.2 Identifica y fundamenta indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema de Información de Gestión, SIG.</li> </ol>





<p>institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.</p>	
<p>5. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades de Gobierno, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos (bienes y/o servicios), clientes/usuarios/beneficiarios e identificando para cada producto estratégico, el porcentaje del gasto de la institución, la fundamentación de los que no cuentan con indicadores, y la cuantificación de las principales actividades vinculadas a cada uno.</p>	<p>6. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, establecidas en la etapa 1, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <p>6.1 Consistencia en las definiciones estratégicas con las prioridades de Gobierno expresadas en las Definiciones estratégicas Ministeriales 2015-2018, ministeriales y presupuestarias.</p> <p>6.2 Pertinencia de las definiciones presentadas.</p>
<p>6. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la meta y medios de verificación.</p>	<p>7. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <p>7.1 Miden los aspectos relevantes de la gestión del Servicio cuando al menos mide: (i) Porcentaje de productos estratégicos con indicadores en ámbito de producto y/o resultado o Porcentaje del presupuesto total del Servicio que cuenta con indicadores en ámbito de producto y/o resultado; (ii) Porcentaje de objetivos estratégicos cuyos resultados son medidos con indicadores.</p> <p>7.2 La meta de cada indicador es exigente, esto implica que: (i) los valores de las variables son consistentes con los recursos presupuestarios asignados; (ii) la meta es consistente con el desempeño histórico de los valores efectivos del indicador, por ejemplo promedio o evolución de los últimos 3 años; (iii) la meta es consistente con los valores estimados y metas de años anteriores del indicador.</p> <p>7.3 Los indicadores están correctamente formulados cuando se cumple que se presentan sin errores, y/u omisiones: nombre del indicador, fórmula o algoritmo de cálculo, ámbito de control y dimensión, vinculación con productos estratégicos y/o líneas de evaluación, notas, medios de verificación.</p>
<p>7. La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año, cumpliendo sus metas en al menos un 75% y fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 75%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%).</p>	<p>8. El Servicio evalúa los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año. Para ello:</p> <p>8.1 Compara los datos efectivos con la meta de cada indicador, considerando la comparación de cada operando (numerador y denominador) como el valor efectivo del indicador, utilizando los medios de verificación previamente definidos para cada indicador.</p> <p>8.2 Identifica los indicadores cumplidos (<math>\geq 95\%</math> de la meta), parcialmente cumplidos (entre 75% y menos de 95% de la meta) no cumplidos (<math>&lt; 75\%</math> de la meta) o sobre-cumplidos (<math>&gt; 105\%</math> de la meta).</p> <p>8.3 Para efectos de determinar el cumplimiento global del sistema se debe considerar lo siguiente:</p> <p>8.3.1 Un indicador se considerará cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta, es al menos de un 95%.</p> <p>8.3.2 Un indicador se considerará no cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta sea inferior a 75%, o cuando no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación, o cuando los valores efectivos informados sean inconsistentes con los de los medios de verificación, o cuando las razones de incumplimiento no correspondan a causa externa justificada.</p> <p>8.3.3 Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea de al menos un 95%, sumarán el 100% de su respectivo ponderador.</p> <p>8.3.4 Los indicadores parcialmente cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 75% e inferior a 95%, sumarán al cumplimiento global del sistema el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador.</p> <p>8.3.5 Respecto de los indicadores no cumplidos, sus respectivos ponderadores no sumarán al cumplimiento global del sistema. Es decir, el ponderador se asumirá igual a 0%.</p> <p>8.4 Analiza los resultados de cada indicador cumplido, no cumplido o sobre-cumplido, identificando las causas de dicho resultado, con el centro de responsabilidad correspondiente.</p> <p>8.5 Revisa los indicadores no cumplidos y/o sobre-cumplidos cuyas causas sean afectadas por variables externas a la gestión del Servicio.</p>
<p>8. La institución elabora el Programa de Seguimiento para los indicadores no cumplidos de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos</p>	<p>9. El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año siguiente, aprobado por el jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos (inferior a 75%) que hayan sido o no afectados por causas externas justificadas.</p>

Coherencia entre los valores de los indicadores y los recursos presupuestarios se refiere a que no se detecte contradicción entre ambos valores.



recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.	
9. La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.	10. El Servicio informa los resultados de la implementación del Programa de Seguimiento.

## II. EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PMG

### A. Cumplimiento global

La evaluación del grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en base al Programa Marco 2015 y el grado de cumplimiento global de la Institución será realizada por el Comité Triministerial, según lo establecido en el artículo 24° del Reglamento que regula la aplicación del PMG (Decreto N° 334, de 2012, del Ministerio de Hacienda). Por su parte, las validaciones técnicas del cumplimiento de los objetivos de gestión de los Servicios, será realizado por expertos externos al Ejecutivo, contratados por licitación pública a través de la Secretaría Técnica, con el apoyo de la Red de Expertos.

El cumplimiento de cada sistema tomará sólo valores de 100% ó 0%, con excepción de los sistemas Monitoreo del Desempeño Institucional y de Planificación y Control de Gestión.

El cumplimiento global del PMG será el resultado de la suma del cumplimiento de los objetivos de gestión del sistema de Monitoreo, o la suma del cumplimiento de cada sistema multiplicado por su correspondiente ponderador, cuando se comprometen 2 sistemas o más.

### B. Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional

Para determinar el grado de cumplimiento de este sistema se considerará lo siguiente:

Objetivos 1 y 3: el grado de cumplimiento de cada objetivo corresponderá a la suma de las ponderaciones de cada indicador cumplido y parcialmente cumplido.

Cada indicador, incluidos los transversales definidos por el Comité Tri-ministerial en este decreto, se entenderá:

- Cumplido si el valor efectivo es al menos un 95% de la meta; obteniendo el 100% de la ponderación de dicho indicador.
- Parcialmente cumplido si el resultado es intermedio, mayor o igual a 75% e inferior a 95%, por lo cual el porcentaje que se asigna al ponderador es proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.
- No cumplido si el cumplimiento del indicador es inferior a 75%; por lo tanto no obtiene el ponderador.

Objetivo 2: el grado de cumplimiento corresponderá al porcentaje de indicadores cumplidos respecto del total de indicadores transversales definidos por el Comité Tri-ministerial en cuadro 3, multiplicado por la ponderación del objetivo 2. En este caso, se entenderá cumplido cada indicador si está correctamente medido, informado a la red de expertos respectiva y DIPRES y publicado. Por lo tanto, el cumplimiento para cada uno de los indicadores tomará valores de 0% o 100%.

### C. Sistema de Planificación y Control de Gestión

Para verificar el grado de cumplimiento del sistema se considerará lo siguiente:

- El grado de cumplimiento del sistema corresponderá a la suma del porcentaje de cumplimiento de cada objetivo de gestión.
- El porcentaje de cumplimiento de cada objetivo de gestión corresponde al porcentaje de requisitos técnicos cumplidos multiplicado por la ponderación del objetivo de gestión al que se vincula.
- Cada requisito técnico tomará valores de 100% si cumple y 0% si no cumple. Con excepción del objetivo 7 relativo al cumplimiento de los indicadores comprometidos en la formulación presupuestaria que se regirá por las mismas reglas que el sistema de Monitoreo del Desempeño, (objetivo 1)
- La ponderación para cada Objetivo de Gestión debe ser el mismo valor y debe sumar 100%.

### D. Causa Externa

El análisis de causa externa que justifique a un Servicio por el incumplimiento de un indicador se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo aquél explicar con claridad el efecto de los factores externos en el incumplimiento,



cuantificando su efecto en el valor efectivo final del indicador, o aproximándose a ello si no fuera factible dicha cuantificación.

Sólo se considerarán en el análisis del incumplimiento aquellas justificaciones que digan relación con factores externos al ministerio, y respecto de los cuales éste tiene nulo o bajo control. Todos aquellos factores que sean internos al ministerio o servicio, no serán considerados como justificación de causa externa válida.

Para el proceso de evaluación se entenderá por causa externa calificada y no prevista para efectos de eximir del cumplimiento de un compromiso las siguientes situaciones que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo:

- Reducciones de presupuesto, externas al Ministerio del cual depende o se relaciona;
- Hechos fortuitos comprobables, tales como:
  - o Situaciones de inestabilidad social, paros, protestas, hechos de violencia y acciones terroristas que afecten la provisión de bienes y servicios a los ciudadanos y el normal funcionamiento de las instituciones;
  - o Variaciones no previstas o fuera de los valores normales de los últimos años en la demanda de bienes y servicios por parte de los ciudadanos, o bien diferencias en los recursos, o situaciones que en definitiva importen un cambio en lo que se consideró cuando se formuló el compromiso;
  - o Uso no adecuado por parte de los ciudadanos de los bienes y servicios provistos por las instituciones de un ministerio, que afecten o limiten el cumplimiento de sus compromisos; acciones no controlables por un ministerio, como por ejemplo incumplimiento de compromisos de parte de otras instituciones públicas y/o privadas respecto de los cuales la institución no cuenta con atribuciones para exigir su cumplimiento; y
  - o Modificaciones de diseño de obras de infraestructura no previsibles, problemas en las características de terrenos, etc., afectando los compromisos.
- Catástrofes; y
- Cambios en la legislación vigente.

### III. DISPOSICIONES ESPECIALES

En aquellas situaciones originadas en características particulares de algún Servicio, el cumplimiento de los objetivos o etapas de desarrollo se podrá concretar de un modo distinto a lo señalado en el Programa Marco, siempre que no se altere la esencia de los objetivos en cuestión.

Los antecedentes que explican las características particulares de la Institución, deberán ser informados y justificados en su propuesta de PMG, con el objeto de analizar su procedencia. Una vez aprobado el programa de mejoramiento de gestión del servicio, dichos antecedentes pasan a formar parte del mismo.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"

  
Rodrigo Peñalillo Briceño  
MINISTRO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA

  
Alberto Arenas de Mesa  
MINISTRO DE HACIENDA

  
Ximena Rincón González  
MINISTRA SECRETARIA GENERAL  
DE LA PRESIDENCIA

Lo que transcribo a usted para su conocimiento

Saluda Atte. a usted

Alejandro Micco Aguayo  
Subsecretario de Hacienda



