

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

PROGRAMA MARCO BÁSICO

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN
AÑO 2010
MINISTERIO DE SALUD

Abril 2010

INDICE

1. Antecedentes.....	4
2. Programa Marco Básico 2010	8
3. Los Sistemas del Programa Marco y los Organismos Técnicos involucrados	11
4. Conceptos	12
5. Procesos de Validación Técnica y Evaluación Externa.....	13
6. Etapas, Medios de Verificación y Requisitos Técnicos.	13
7. Programa Marco Básico	14
7.1 Sistema Capacitación.....	14
7.2 Sistema Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo.....	24
7.3 Sistema Capacitación Subsecretaría de Redes Asistenciales	31
7.4 Sistema Higiene, Seguridad Y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo Subsecretaría de Redes Asistenciales	40
7.5 Sistema Evaluación del Desempeño.....	48
7.6 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.....	56
7.7 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana Subsecretaría de Redes Asistenciales	69
7.8 Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información	84
7.9 Sistema de Acceso a la Información Pública.....	97
7.10 Sistema Seguridad de la Información.....	107
7.11 Sistema Planificación y Control de Gestión	115
7.12 Sistema Auditoría Interna.....	124
7.13 Sistema Gestión Territorial.....	136
7.14 Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público	145
7.15 Sistema Administración Financiero-Contable.....	157
7.16 Sistema Enfoque de Género	165

Requisitos Técnicos y Medios de Verificación.

Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) 2010.

1. Antecedentes

En Chile las iniciativas de mejoramiento de la gestión pública han abarcado, entre otras importantes áreas, los ámbitos financiero, de recursos humanos, de control interno, de gobierno electrónico y de descentralización. Para mejorar la eficiencia en la asignación y uso de los recursos públicos, el Estado de Chile ha adoptado el concepto de Presupuesto por Resultados, el cual se materializa en el desarrollo de instrumentos de evaluación y control de gestión que permiten la medición del desempeño y el análisis y evaluación de resultados vinculados al presupuesto. Este desarrollo se inicia a mediados de los 90 a través del diseño e implementación de algunos instrumentos específicos tales como indicadores de desempeño y evaluaciones de programas, los que dieron las bases para, a partir del año 2001, implementar un Sistema de Evaluación y Control de Gestión orientado a resultados, que es administrado por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

El Sistema de Evaluación y Control de Gestión tiene por objetivo contribuir a la eficiencia en la asignación y uso de los recursos públicos a los diferentes programas, proyectos e instituciones, propiciando además una mejor gestión de éstas. El Sistema de Evaluación y Control de Gestión incluye los siguientes instrumentos: Definiciones Estratégicas, Indicadores de Desempeño, Evaluaciones de Programas e Instituciones, Balance de Gestión Integral, mecanismos de incentivo institucional ligado a remuneraciones, entre lo que destaca el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), el Fondo de Modernización de la Gestión Pública, la presentación de programas al presupuesto y la entrega de asistencia técnica.

Cabe destacar que los instrumentos desarrollados, además de estar todos integrados al proceso presupuestario, generan una sinergia derivada de los elementos conceptuales de sus diseños y de los procedimientos que ordenan su implementación.

En el marco del Sistema de Control de Gestión implementado en Chile, uno de los instrumentos desarrollados es el Programa de Mejoramiento de Gestión (PMG). En particular, los PMG surgen el año 1998, con la implementación de la Ley N° 19.553¹, lo que implicó que cada Servicio, anualmente, comprometiese “objetivos de gestión” cuyo cumplimiento se asocia a un incentivo de carácter monetario, que consiste en el pago de un incentivo institucional por desempeño para todos los funcionarios de la dotación efectiva.

Los servicios del Ministerio de Salud, se adhiere al PMG como servicio adscrito², rigiéndose por la ley N°19.490 de 1997 que norma la asignación y bonificaciones para el

1 Ley N° 19.553 de febrero de 1998 y Decreto N° 475 de Mayo de 1998 del Ministerio de Hacienda.

2 Adicionalmente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, existen 7 instituciones que comprometen objetivos de gestión en el marco del PMG, aún cuando presentan otras leyes que regulan sus mecanismos de desempeño institucional. Los PMG en los servicios públicos tienen su origen en la Ley N° 19.553 de 1998. Otros servicios públicos se han adscrito al PMG aún cuando son distintas las leyes que establecieron su incentivo institucional. En este caso se encuentran el Servicio Nacional de Aduanas, Ley N° 19.479; la Comisión Chilena de Energía Nuclear, D.S. N° 511; y la Central de Abastecimientos del SNSS, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Fondo

personal del sector salud. Dicha ley establece que el cumplimiento de objetivos de gestión comprometidos en un PMG anual, dará derecho a los funcionarios de la institución respectiva, en el año siguiente, a un incremento de sus remuneraciones. El porcentaje de incremento está normado por la ley N°20.209, artículo 9 transitorio, y el algoritmo de cálculo se especifica en el decreto de formulación anual de compromisos.

Los servicios del Ministerio de Salud que se adscriben son: Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales. La Subsecretaría de Redes Asistenciales compromete tres sistemas que se diferencian del resto, a saber Capacitación Subsecretaría de Redes Asistenciales, Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo Subsecretaría de Redes Asistenciales y Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana Subsecretaría de Redes Asistenciales. En estos sistemas el compromiso es apoyar dichos sistemas en los Servicios de Salud.

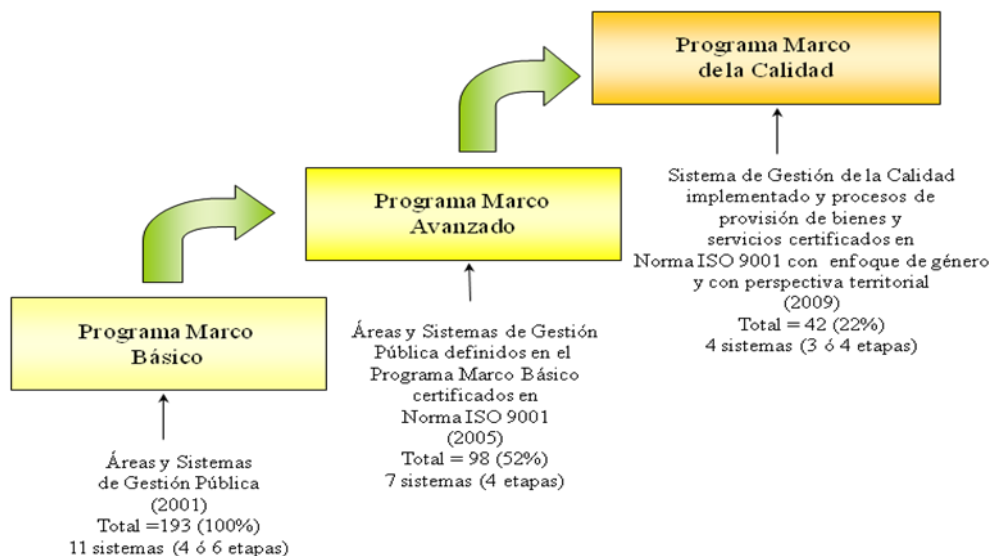
A partir del año 2001 los PMG se han centrado en el desarrollo de sistemas de gestión mejorando las prácticas en los servicios públicos. Este diseño consideró mejorar la gestión de las instituciones públicas en cinco áreas y 12 sistemas, cada uno de ellos con etapas o estados de avance definidos y con objetivos y requisitos técnicos que permitieran evaluar su cumplimiento, lo que se ha denominado Programa Marco Básico. Para profundizar los avances logrados en el nivel de desarrollo de los PMG, en que 22 servicios habían alcanzado las etapas superiores definidas para cada uno de los sistemas, en 2004 se estimó necesario la aplicación de un estándar externo que promoviera la excelencia en la gestión de los servicios públicos y que a su vez hiciera reconocibles los logros por parte del conjunto de la sociedad. Con este fin en la formulación de los PMG correspondientes al año 2005 se incorporaron los primeros elementos para transitar hacia un mecanismo de certificación externa de sistemas de gestión para los servicios públicos del Programa Marco Básico, a través de las Normas ISO, creando lo que se denomina Programa Marco Avanzado. De esta forma se respondió además al compromiso establecido en el Protocolo que acompañó el despacho del Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2004, suscrito por el Gobierno y el Congreso Nacional. Así desde el año 2005 los PMG cuentan con un Programa Marco Básico y un Programa Marco Avanzado.

El 2009 comenzó la implementación del Programa Marco de la Calidad que permite continuar mejorando la gestión de las instituciones públicas ampliando el alcance de las certificaciones de la norma ISO 9000 logradas en el Programa Marco Avanzado, incorporando la certificación de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y servicios a la ciudadanía), y el alcance de la certificación de los sistemas del Programa Marco Avanzado en todas las regiones donde sea aplicable los procesos transversales establecidos en el PMG. Así el 2009 los PMG cuentan con Programa Marco Básico (PMB), un Programa Marco Avanzado (PMA) y un Programa Marco de la Calidad (PMC).

De esta forma se ha propiciado un proceso escalonado de mejoramiento de gestión en el cual las instituciones públicas que participan en el PMG inician primero procesos de

mejoramiento de gestión de 13 sistemas transversales comunes a todas las instituciones públicas, con 4 o 6 etapas de desarrollo destinadas a implementar dichos sistemas de gestión denominado Programa Marco Básico, luego certifican estos sistemas en el Programa Marco Avanzado, para continuar con la certificación de los procesos de provisión de bienes y servicios en el Programa Marco de la Calidad.

Actualmente 193 instituciones públicas formulan compromisos en el Programa Marco Básico (PMB) cuyos sistemas y objetivos se señalan en cuadro 1. No obstante, es importante destacar que nuevos sistemas de gestión incorporados al PMB, y aquellos sistemas que aún no se incorporan al proceso escalonado de mejoramiento de gestión, deben ser comprometidos por todas las instituciones públicas, independiente que comprometan etapas en el PMA y /o PMC.



Para el año 2010 se incorpora como nuevo sistema el referido a Seguridad de la Información, y se mantienen en el PMB los sistemas de Gobierno Electrónico, Financiero Contable y Sistema de Acceso a Información Pública. Luego de completado los sistemas el Programa Marco Básico en sus etapas finales, excluidos los sistemas antes mencionados, las instituciones avanzan en la certificación de 7 sistemas de gestión en el marco de la Norma ISO 9001:2008. Se incorporan en este proceso los sistemas de Capacitación, Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales, Evaluación del Desempeño, Compras y Contrataciones Públicas, Auditoría Interna, Planificación y Control de Gestión y Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.

La formulación y aplicación de los PMG, se realiza considerando un Programa Marco definido para el año 2010, dicho Programa Marco está enmarcado en 5 áreas de mejoramiento de la gestión, comunes para todas las instituciones del Sector Público (Recursos Humanos, Calidad de Atención de Usuarios, Planificación y Control de Gestión, Administración Financiera y Enfoque de Género). Cada área del Programa Marco está conformada por sistemas que emanan de las definiciones de política en el ámbito de la

modernización de la gestión del Sector Público. A partir de 2010 se incorpora el Sistema de Seguridad de la Información. De esta manera, los 13 sistemas corresponden a los siguientes:

Áreas	Sistemas
Recursos Humanos	1 Capacitación
	2 Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo
	3 Capacitación Subsecretaría de Redes Asistenciales
	4 Mejoramiento de Ambientes de Trabajo Subsecretaría de Redes Asistenciales
	5 Evaluación del Desempeño
	6 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana
	7 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana Subsecretaría de Redes Asistenciales
	8 Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información
	9 Sistema de Acceso a la Información Pública
	10 Sistema Seguridad de la Información
Planificación y Control de Gestión	11 Planificación y Control de Gestión
	12 Auditoría Interna
	13 Gestión Territorial
Administración Financiera	14 Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público
	15 Administración Financiero – Contable
Enfoque de Género	16 Enfoque de Género

Para cada uno de los sistemas de gestión incluidos en el Programa Marco se han identificado etapas de desarrollo o estados de avance posibles. Cada etapa es definida especificando sus contenidos y exigencias, de modo tal que con su cumplimiento se avance en el desarrollo de cada sistema según características y requisitos básicos.

El Programa Marco incorpora etapas de desarrollo secuenciales y acumulativas, siguiendo un ordenamiento lógico del desarrollo de cada sistema. Para cada etapa se han definido requisitos técnicos, en términos de contenidos y exigencias, conformando así un modelo de acreditación.

El PMG de cada Servicio Público consiste en la identificación de la etapa de desarrollo que éste se propone alcanzar cada año en cada uno de los sistemas contemplados en el Programa Marco, sobre la base de las etapas o estados de avance definidos en éste. Las etapas comprometidas constituyen sus “objetivos de gestión”.

El Programa Marco Básico que ha operado desde el año 2001, hasta el año 2008 comprendía las 5 áreas y 11 sistemas, con 4, 5 o 6 etapas de desarrollo definidas para cada sistema. A partir del año 2009 se incorpora el Sistema de Acceso a la Información Pública compuesto de 4 etapas, asociado al área de Calidad de Atención de Usuarios y a partir de 2010 se incorpora el Sistema de Seguridad de la Información, completando así un total de 13 sistemas.

Los Servicios Públicos comprometen sólo el Sistema de Acceso a la Información Pública o el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, según corresponda. Los Servicios Públicos que comprometen el Sistema de Acceso a la Información Pública son aquellos que no atiende usuarios finales, por la naturaleza de sus productos y/o servicios, y por tanto, se encontraban eximidos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC).

Para cada etapa de cada uno de los 13 sistemas se han establecido requisitos y el análisis del cumplimiento de dichos requisitos se realiza con el apoyo de una Red de Expertos, conformada por instituciones del Sector Público con responsabilidad en cada uno de los sistemas.

2. Programa Marco Básico 2010

Se definió como requisito para la incorporación al Programa Marco Avanzado que los Servicios tengan cumplidas todas las etapas finales del Programa Marco Básico. Sin embargo, en consideración al tamaño u otras características asociadas a las funciones de algunas instituciones, el Comité del PMG ha decidido que en los siguientes Servicios se continúe aplicando el Programa Marco Básico:

Junta de Aeronáutica Civil.

Comité de Inversiones Extranjeras.

Consejo Superior de Educación.

Consejo Nacional de Televisión.

Empresa de Abastecimiento de Zonas Aisladas (EMAZA).

Intendencias Regionales.

Gobernaciones Provinciales.

Gobiernos Regionales.

Para el año 2010 y con el objeto de hacer consistentes los diferentes sistemas de los Programas de Mejoramiento de la Gestión con diversas acciones tendientes a mejorar y modernizar la gestión pública, se han incorporado, modificado y precisado requisitos de los distintos sistemas del Programa Marco Básico, y se ha incorporado el Sistema de Seguridad de la Información como nuevo sistema del área Calidad de Atención a Usuarios.

En particular las principales modificaciones a los sistemas se detallan a continuación:

- a) Capacitación: Se incorporan precisiones a los Requisitos Técnicos de la etapa 1 del sistema, para que se establezca un plazo determinado para alcanzar la identificación de competencias transversales y competencias específicas de todos los cargos del Servicio. Asimismo, se incorporan precisiones a los Requisitos Técnicos para vincular el Sistema de Capacitación con el de Evaluación del Desempeño, de modo que, si corresponde, se consideren como necesidades de capacitación las brechas que puedan detectarse producto de la evaluación del desempeño de los funcionarios.

- b) Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo: Se incorporan modificaciones en las etapas 3 y 4 del sistema. En la etapa 3 se considera incluir en los resultados de la ejecución del Plan Anual, las observaciones realizadas por el Comité Paritario o Voluntario y/o por los funcionarios, sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo, o sobre aquellas que estimen se requiere realizar. En las etapas 3 y 4, en sus objetivos de gestión y requisitos técnicos, se incorporan precisiones que enfatizan el rol del Jefe de Servicio como responsable del funcionamiento del Sistema de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo en su Institución.
- c) Evaluación del Desempeño: Se incorporan precisiones a los Requisitos Técnicos de la etapa 1 del sistema, para que se considere, en la elaboración de la Política de Evaluación del Desempeño, la definición de un programa de inducción al Servicio. Asimismo, se incorporan precisiones a los Requisitos Técnicos de esta etapa para que se establezca en la elaboración de la misma Política la definición de un procedimiento de retroalimentación del pre-calificador(a) al pre-calificado(a). Finalmente, se incorporan precisiones a los Requisitos Técnicos de la misma etapa para que se informe a la Unidad de Recursos Humanos del Servicio respecto de las necesidades de capacitación detectadas como resultado del proceso de Evaluación del Desempeño, cuando corresponda.
- d) Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana: El sistema contaba con 6 etapas, las que a partir del 2010 se reducen a 4. La etapa 1 de Diagnóstico incorpora el análisis del estado actual de todos los espacios de atención ciudadana y de todos los aspectos relacionados con los procesos de atención ciudadana y de transparencia activa y pasiva, además de la identificación y el análisis de las brechas detectadas en dicho análisis. La etapa 2 de Diseño incorpora el levantamiento de los procedimientos de atención, registro y seguimiento; las metodologías de atención ciudadana, medición de satisfacción y elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos; el diseño de los procedimientos para el Proceso de Transparencia Activa y el control y seguimiento institucional del SIAC; el levantamiento de competencias del personal de atención ciudadana y las respectivas acciones de capacitación para superar las brechas; y el diseño del Plan Anual de Difusión y Programa de Trabajo para implementar el sistema. La etapa 3 de Implementación considera la operación del Proceso de Transparencia Activa y de atención ciudadana; la ejecución del Programa de Trabajo Anual; la difusión de la Carta de Derechos Ciudadanos; la medición de los niveles de satisfacción ciudadana con el SIAC y de los procesos de seguimiento del sistema a través de la medición de los indicadores de desempeño del mismo; y la ejecución de los planes de capacitación y acciones de difusión del sistema. Finalmente, la etapa 4 de Evaluación y Seguimiento considera la evaluación de los procedimientos ejes del sistema; el análisis de los procedimientos transversales relacionados con el SIAC; la formulación de recomendaciones para el mejoramiento; el Programa de Seguimiento de las recomendaciones y la implementación de los compromisos del Programa de Seguimiento. Cabe señalar que aquellos Servicios que actualmente se encuentran en etapas iguales o inferiores a la etapa 4 de este sistema, podrán comprometer, para el 2010, la etapa que les corresponde con modificaciones.

- e) Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información: Se explicita como requisito técnico el diagnóstico, diseño, implementación y uso de Bases de Datos para apoyar la provisión de productos estratégicos. Las Tecnologías de la Información son fundamentales para el diseño, desarrollo e implementación de las Políticas Públicas. En este sentido, un aspecto básico a considerar es contar con información sistematizada y oportuna que permita apoyar los procesos de toma de decisiones. Por ello, toma relevancia que los servicios públicos cuenten con Bases de Datos confiables y pertinentes.

Por otra parte, se precisan objetivos y se incorporan requisitos técnicos para homogenizar el lenguaje informático requerido para los proyectos de interoperabilidad, procurando que sus esquemas de datos estén inscritos y aprobados por el Administrador de Esquemas y Metadatos que administra Estrategia Digital del Ministerio de Economía.

Finalmente, se precisan objetivos y se incorporan requisitos técnicos para que los servicios implementen metodologías y procedimientos de gestión de proyectos tecnológicos en base a un estándar definido. Este estándar se controlará a través de un Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos Tecnológicos administrado por Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en el cual los servicios deberán informar periódicamente el avance de sus proyectos. Al respecto, es necesario señalar que un estándar de dirección de proyectos permite priorizar proyectos y asignar recursos sólo a aquellos que están entre los de mayor relevancia para la institución, asegurando de este modo que los patrocinadores de los proyectos y las autoridades, efectivamente los prioricen. Asimismo, establecer un estándar permitirá que los proyectos definidos se ejecuten con mayor cercanía a los plazos y efectos establecidos en éstos y acorde a las necesidades estratégicas establecidas por la autoridad.

- f) Planificación / Control de Gestión: en la etapa II se modifica la nota que define “aspectos relevantes”. En la etapa IV se precisa el requisito referido a los Reportes. En la etapa VI se modifica la definición de indicadores “cumplidos” y “sobre cumplidos”, se precisan los requisitos referidos al Programa de Seguimiento para el año t+1, y se incorpora un requisito para la Implementación del Programa de Seguimiento del año t.
- g) Auditoría Interna: se incorpora como medio de verificación de la etapa I el “Estatuto de Auditoría Interna” y se actualizan las referencias de las notas al pie.
- h) Administración Financiero – Contable: Se realizan modificaciones en la etapa 3, donde se incorpora el requisito técnico de pagar a 30 días a proveedores desde la recepción conforme de la factura, considerando que pudiesen existir, eventualmente, causas externas justificadas ajenas a la gestión del servicio, si el requisito no es cumplido.
- i) Compras y Contrataciones del Sector Público: El sistema contaba con 6 etapas, las que a partir del 2010 se reducen a 4. La etapa 1 de Diagnóstico considera la identificación de las áreas críticas para el mejoramiento de la gestión de abastecimiento. La etapa 2 de Diseño considera la formulación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la

Gestión de Abastecimiento del Sector Público. La etapa 3 de Implementación considera la puesta en marcha del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento. Finalmente, la etapa 4 de Evaluación y Seguimiento considera la evaluación de los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, y la formulación de las recomendaciones y seguimiento de las mismas. Cabe señalar que aquellos Servicios que actualmente se encuentran en etapas iguales o inferiores a la etapa 4 de este sistema, podrán comprometer, para el año 2010, la etapa que les corresponde con modificaciones.

- j) Enfoque de Género: Se realizan modificaciones en sus objetivos y requisitos técnicos. En primer lugar, se mueven las actividades de difusión desde la etapa 3 a la etapa 4. En segundo lugar, se eliminan del Programa de Trabajo las actividades de difusión, quedando éstas como parte de los objetivos de la etapa 4.

Otros sistemas del Programa Marco Básico. En el resto de los sistemas se incorporan precisiones a los objetivos para definirlos en forma simple y eliminando los medios de verificación de la redacción del objetivo, en los casos que esto ocurra.

Los principios que han orientado las modificaciones introducidas hasta ahora al proceso de formulación y revisión del cumplimiento del PMG se mantienen para el PMG del año 2010, en particular aquellos relativos a la verificación de los compromisos. Este principio exige que el cumplimiento de los objetivos de gestión deba ser verificado a través de medios específicos, disponibles para quienes realicen este proceso.

En este sentido y con el objeto de apoyar la evaluación realizada por el Comité del PMG respecto de los Servicios con compromisos de gestión en el Programa Marco Básico, se realiza un proceso de validación técnica de los sistemas de gestión. Dicha validación será realizada por los organismos, internos al ejecutivo, que tienen la responsabilidad del desarrollo de los sistemas del PMG, los que conforman la Red de Expertos del Programa de Mejoramiento de la Gestión.

3. Los Sistemas del Programa Marco y los Organismos Técnicos involucrados

Áreas	Sistemas	Institución Responsable
Recursos Humanos	Capacitación	• Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC)
	Higiene – Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo	• Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)
	Evaluación del Desempeño	• Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC)
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana	• Secretaría General de Gobierno (SEGEOB) • Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
	Gobierno Electrónico	• Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía (“Programa de Desarrollo de Tecnologías de Información Gubernamental”) • Dirección de Presupuestos (DIPRES)

Áreas	Sistemas	Institución Responsable
	Sistema de Acceso a la Información Pública	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
	Sistema de Seguridad de la Información	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior Dirección de Presupuestos (DIPRES)
Planificación / Control / Gestión Territorial	Planificación / Control de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Presupuestos (DIPRES)
	Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG)
	Gestión Territorial	<ul style="list-style-type: none"> Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE)
Administración Financiera	Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Compras y Contratación Pública (Ministerio de Hacienda)
	Administración Financiero - Contable	<ul style="list-style-type: none"> Contraloría General de la República (CGR) Dirección de Presupuestos (DIPRES)
Enfoque de Género	Enfoque de Género	<ul style="list-style-type: none"> Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)

Con el objeto de contribuir a un adecuado proceso de auditoría y del cumplimiento de compromisos se han identificado los Requisitos Técnicos y Medios de Verificación para cada una de las etapas y sistemas definidos en los PMG. Estos Requisitos Técnicos y Medios de Verificación han sido elaborados con el apoyo de los profesionales de los organismos que conforman la Red de Expertos respecto de cada uno de los sistemas.

4. Conceptos

Programa Marco: Se refiere al conjunto de áreas, sistemas y etapas de desarrollo o estados de avance posibles establecidos.

Programa Marco Básico: Se refiere al conjunto de áreas, sistemas y etapas de desarrollo que contienen los objetivos de gestión de los sistemas en las etapas anteriores a la estandarización bajo norma ISO. Esto significa que considera sólo los requisitos que son actualmente acreditados por instituciones del ejecutivo, externas a los Servicios que implementan los sistemas del PMG y que conforman la “Red de Expertos”.

Etapas de Desarrollo: son la secuencia u orden de desarrollo de los sistemas, por lo tanto las etapas son acumulativas, incluyendo en cada una el desarrollo de la anterior. Cada etapa se define especificando claramente sus contenidos y exigencias, de modo tal que con el cumplimiento de la etapa final, el sistema o proyecto se encuentre implementado según características y requisitos básicos.

Objetivos de Gestión: se refiere al compromiso propuesto por la institución y corresponde a la etapa que alcanzará cada sistema del PMG.

Requisitos Técnicos: son especificaciones en detalle de los contenidos y exigencias establecidas para cada etapa de desarrollo. Dichos requisitos definen la calidad exigida para cada “objetivo de gestión”.

Medios de Verificación: es el instrumento a través del cual se acredita el cumplimiento de los requisitos técnicos de los “objetivos de gestión”. Este instrumento debe ser auditable.

Validación Técnica: consiste en la validación del cumplimiento de los requisitos técnicos de cada “objetivo de gestión”. Dichos requisitos son validados técnicamente por instituciones (Red de Expertos) que tienen la responsabilidad del desarrollo del sistema.

Cumplimiento del PMG: se entenderá cumplido cada “objetivo de gestión” si cumple con todos los requisitos técnicos acreditados por los medios de verificación. La medición del grado de cumplimiento del “objetivo de gestión” tomará sólo valores de 100% si cumple y 0% en caso contrario. El grado de cumplimiento del PMG que otorga el derecho a incentivo monetario es aquel en que el cumplimiento global ponderado de la institución es, al menos de un 75%.

5. Procesos de Validación Técnica y Evaluación Externa.

Las instituciones que conforman la Red de Expertos del PMG efectúan el proceso de validación técnica de cada sistema en función de los requisitos técnicos y medios de verificación establecidos en el presente documento.

Por su parte, el Ministerio de Hacienda realiza la evaluación del cumplimiento de los objetivos de gestión comprometidos por las instituciones considerando los resultados de la validación técnica informada por la Red de Expertos, la opinión de la Secretaría Técnica y los resultados de la evaluación hecha por evaluadores externos.

6. Etapas, Medios de Verificación y Requisitos Técnicos.

A continuación se presentan los objetivos, requisitos técnicos y los medios de verificación correspondientes para cada una de las etapas de los 13 sistemas del Programa Marco Básico.

Cabe recordar que las etapas de desarrollo son acumulativas, mostrando una secuencia de desarrollo del sistema. Los objetivos de las etapas de cada sistema presentados en este documento corresponde a la definición establecida en el Documento Técnico PMG 2010 aprobado por el Comité del PMG.

Cada sistema del Programa Marco va acompañado de los Requisitos Técnicos y Medios de Verificación correspondientes para la validación del cumplimiento de los “objetivos de gestión”, de acuerdo a lo señalado anteriormente. Asimismo, para cada etapa de desarrollo se especifica en detalle los requisitos técnicos necesarios para cumplir los “objetivos de gestión”.

7. Programa Marco Básico

7.1 Sistema Capacitación

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: CAPACITACIÓN

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

Organismo Técnico Validador: Dirección Nacional del Servicio Civil

Etapa I

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Trazabilidad³ del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación durante el año.
- Definición de la Política de Capacitación, en el marco de los acuerdos del Comité Bipartito de Capacitación, de la Política de Recursos Humanos del Servicio y de las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- Diagnóstico de Competencias Laborales y Específicas, el que considerará el Plan para Identificar las Competencias Laborales, incorporando los plazos que establecerá el Servicio para cubrir todos los cargos y niveles funcionales.
- Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional.

Además, el organismo técnico validador considerará:

- Certificado digital vía Web del SISPUBLI o del sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador que acredita el funcionamiento del Comité, la definición de la Política de Capacitación y el ingreso oportuno del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.

Etapa II

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Trazabilidad del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación durante el año.
- Definición de la Política de Capacitación, en el marco de los acuerdos del Comité Bipartito de Capacitación, de la Política de Recursos Humanos del Servicio y de las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- Diagnóstico de Competencias Laborales y Específicas, el que considerará el Plan para Identificar las Competencias Laborales, incorporando los plazos que establecerá el Servicio para cubrir todos los cargos y niveles funcionales.
- Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional.
- Plan Anual de Capacitación, aprobado por el Jefe de Servicio, que considera las propuestas de acciones de capacitación elaboradas por el Comité; que incluya la propuesta realizada por la Unidad de Recursos Humanos con asesoría del Comité Bipartito; y el Programa de Trabajo informado a todos/as los/as funcionario/as.

Además, el organismo técnico validador considerará:

- Certificado digital vía Web del SISPUBLI o del sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador que acredita el funcionamiento del Comité y la aprobación del diseño del Plan Anual de Capacitación por parte del Jefe de Servicio.

Etapa III

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Trazabilidad del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación durante el año.
- Definición de la Política de Capacitación, en el marco de los acuerdos del Comité Bipartito de Capacitación, de la Política de Recursos Humanos del Servicio y de las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- Diagnóstico de Competencias Laborales y Específicas, el que considerará el Plan para Identificar las Competencias Laborales, incorporando los plazos que establecerá el Servicio para cubrir todos los cargos y niveles funcionales.
- Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional.
- Plan Anual de Capacitación, aprobado por el Jefe de Servicio, que considera las propuestas de acciones de capacitación elaboradas por el Comité; que incluya la propuesta realizada por la Unidad de Recursos Humanos con asesoría del Comité Bipartito; y el Programa de Trabajo informado a todos/as los/as funcionario/as.
- Ejecución del Plan Anual de Capacitación aprobado y el gasto correspondiente en consistencia con el presupuesto de capacitación asignado por la Ley de Presupuestos⁴, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo.

3 Se refiere a los hitos y evidencias del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación.

4 El Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en actividades de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza. Asimismo, el Servicio debe tener ejecutado al menos el 30% del Presupuesto asignado por glosa para capacitación, al concluir el primer semestre del año. Sólo se podrán eximir de esta exigencia los Servicios que, fundadamente, hayan incorporado en su Plan Anual de Capacitación una actividad específica que demande más del 50% del total del presupuesto y cuya realización deberá ser posterior al mes de junio, lo que deberá justificarse en el formulario de excepción respectivo, publicado en

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

- Resultados de la Gestión de Capacitación, según Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe de Servicio e informado a todos/as los/as funcionarios/as, que incluya el detalle de las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al plan, señalando el presupuesto ejecutado.
Además, el organismo técnico validador considerará:
 - Certificado digital vía Web del SISPUBLI o del sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador, que acredita el funcionamiento del Comité; la aprobación del diseño del Plan Anual de Capacitación por parte del Jefe de Servicio; y el detalle de las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al plan, señalando el presupuesto ejecutado.

Etapa IV

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Trazabilidad del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación durante el año.
- Definición de la Política de Capacitación, en el marco de los acuerdos del Comité Bipartito de Capacitación, de la Política de Recursos Humanos del Servicio y de las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- Diagnóstico de Competencias Laborales y Específicas, el que considerará el Plan para Identificar las Competencias Laborales, incorporando los plazos que establecerá el Servicio para cubrir todos los cargos y niveles funcionales.
- Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional.
- Plan Anual de Capacitación, aprobado por el Jefe de Servicio, que considera las propuestas de acciones de capacitación elaboradas por el Comité; que incluya la propuesta realizada por la Unidad de Recursos Humanos con asesoría del Comité Bipartito; y el Programa de Trabajo informado a todos/as los/as funcionario/as.
- Ejecución del Plan Anual de Capacitación aprobado y el gasto correspondiente en consistencia con el presupuesto de capacitación asignado por la Ley de Presupuesto⁵, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo.
- Resultados de la Gestión de Capacitación, según Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe de Servicio e informado a todos/as los/as funcionarios/as, que incluya el detalle de las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al plan, señalando el presupuesto ejecutado.
- Resultados de la Gestión de Capacitación, según Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe del Servicio e informado a todos/as los/as funcionarios/as, que incluya la Evaluación del Plan Anual de Capacitación efectuado; el Diseño del Programa de Seguimiento de las Recomendaciones surgidas de la Evaluación; y un análisis del efecto y los resultados de la implementación de la Política de Capacitación definida por la Institución.
- Análisis de acciones realizadas en el año, asociadas a la mantención del grado de desarrollo del sistema.

Además, el organismo técnico validador considerará:

Certificado digital vía Web del SISPUBLI o del sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador, que acredita el funcionamiento del Comité; la aprobación del Plan Anual de Capacitación por parte del Jefe de Servicio; las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al plan, señalando el presupuesto ejecutado; la Evaluación del Plan Anual de Capacitación efectuado; el Diseño del Programa de Seguimiento de las Recomendaciones surgidas de la Evaluación; y un análisis de los resultados de la implementación de la Política de Capacitación definida por la Institución.

www.sispubli.cl.

⁵ El Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en actividades de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza. Asimismo, el Servicio debe tener ejecutado al menos el 30% del Presupuesto asignado por glosa para capacitación, al concluir el primer semestre del año. Sólo se podrán eximir de esta exigencia los Servicios que, fundadamente, hayan incorporado en su Plan Anual de Capacitación una actividad específica que demande más del 50% del total del presupuesto y cuya realización deberá ser posterior al mes de junio, lo que deberá justificarse en el formulario de excepción respectivo, publicado en www.sispubli.cl.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución constituye y dispone el funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación.</p> <p>2. La institución define y formula una Política de Capacitación, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC), las Definiciones Estratégicas⁶ y la Política de Recursos Humanos de la Institución con la asesoría del Comité Bipartito</p> <p>3. La institución realiza un Diagnóstico de competencias laborales transversales y específicas⁷, requeridas para lograr el mejoramiento de la gestión de la institución, a través de la unidad encargada de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito, para detectar necesidades de capacitación.</p> <p>4. La institución realiza un Diagnóstico de necesidades de capacitación institucional, a través de la unidad encargada de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito, para detectar líneas clave de capacitación, considerando al menos, las Definiciones Estratégicas⁸ y el diagnóstico de competencias laborales de los funcionarios.</p> <p>5. La institución identifica las líneas claves de capacitación en base a las brechas detectadas en el diagnóstico de necesidades de capacitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio dispone el funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación, quien asesorado por el Jefe o Encargado de Capacitación del Servicio, deberá cumplir con las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de seis reuniones en el año <ul style="list-style-type: none"> ○ Dos reuniones deberán, al menos, efectuarse en el primer semestre del año corriente. ○ Participan dos tercios de los representantes titulares, como promedio total anual. ➤ Identificación de los miembros del Comité Bipartito de Capacitación e ingreso de dicha información al SISPUBLI junto con la Resolución que crea el Comité y las actas de las reuniones realizadas. <p><input type="checkbox"/> El Servicio formula, perfecciona y aplica, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil⁹, una Política de Capacitación que debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar enmarcada en la “política de recursos humanos” y en las definiciones estratégicas del Servicio. ➤ Ser considerada como marco de acción estratégica de la gestión de capacitación institucional. <p><input type="checkbox"/> El Servicio, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, realiza un Diagnóstico de Competencias Laborales transversales y específicas¹⁰ requeridas para lograr el mejoramiento de la gestión institucional, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión y/o actualización de metodología para evaluar competencias transversales y específicas. ➤ Identificación y/o actualización del nivel educacional, trayectoria en materia de capacitación e importancia de la capacitación en relación con las funciones que desempeña. ➤ Identificación y/o actualización de competencias transversales de la Institución, necesarias para cumplir los objetivos estratégicos establecidos en el Formulario A-1 de la Formulación Presupuestaria para todos los niveles funcionales en un plazo determinado por el Servicio¹¹.

6 Las definiciones estratégicas institucionales son presentadas cada año por las instituciones en la formulación presupuestaria, formulario A-1.

7 Se entiende por Competencias Transversales a "aquellos comportamientos laborales que son propios del desempeño en diferentes sectores o actividades y que, por lo mismo, no necesariamente se relacionan con un puesto en particular", por ejemplo, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, tecnologías de información u otros (Corresponden a las competencias "Genéricas" que se exigieron durante el año 2003. El cambio de nombre se resolvió para concordar la nomenclatura con la vigente en el ámbito privado). Se entiende por Competencias Específicas, "aquellas que son requeridas de manera relevante para el desempeño de un cargo para cumplir exitosamente con su objetivo y sus funciones. Lo anterior involucra la identificación de los conocimientos, habilidades y aptitudes que debe poseer una persona para cumplir con un óptimo desempeño, en un contexto organizacional determinado".

8 Las definiciones estratégicas institucionales son presentadas cada año por las instituciones en la formulación presupuestaria, formulario A-1.

9 Se sugiere consultar Documento "Orientaciones para el Diseño de Políticas de Capacitación y Evaluación del Desempeño" comunicado vía Oficio Ordinario N° 641 del 25 de Julio de 2006 de la DNSC, así como, las sugerencias específicas en la materia que esta Dirección entregue a los Servicios.

10 Estas competencias deberán formar parte de las definiciones de perfiles de cargo que deben ser informados a la DNSC según lo establecido en el Sistema de Evaluación de Desempeño.

11 Esto implica que aquellos servicios que comprometan por primera vez esta etapa sólo deben identificar competencias transversales hasta el IV nivel funcional y los otros servicios deberán identificar competencias transversales para todos los cargos y niveles funcionales de la institución, presentando a la DNSC un Plan de 1 año ó más para identificar Competencias Laborales que incluya los plazos establecidos por el Servicio para el logro de este requisito.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de metodología definida para evaluar competencias transversales y específicas, y determinación de brechas de competencias de, al menos, el 50% de los/as funcionarios/as que ocupan los cargos del tercer nivel jerárquico, que no fueron evaluados en el periodo anterior, cumpliendo así con el 100% del 3er nivel jerárquico. ➤ Identificación y/o actualización de competencias específicas de todos los cargos del Servicio, en un plazo establecido por éste¹². ➤ Revisión y/o actualización de las necesidades de capacitación del 100% de los funcionarios/as que ocupan los cargos del tercer y cuarto nivel jerárquico¹³. <p>☐ El Servicio, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación realiza un Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional¹⁴ que deberá incluir, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las acciones requeridas en los otros sistemas del PMG. ➤ Brechas de Competencias Laborales de los/as funcionarios, de acuerdo al diagnóstico realizado. <p>☐ El Servicio, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH) podrá incluir en el Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las necesidades de capacitación detectadas durante el proceso de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a, que son proporcionadas por el Sistema de Evaluación de Desempeño. <p>☐ El Servicio identifica las líneas claves de capacitación en base a las brechas detectadas en los diagnósticos anteriores realizando y/o estableciendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de los diagnósticos que surjan en relación con competencias laborales de los/as funcionarios/as y los objetivos institucionales. ➤ Áreas claves de capacitación institucional debidamente priorizadas, en función del diagnóstico anterior y los compromisos de períodos anteriores. ➤ Objetivos estratégicos que se apoyarán con la capacitación institucional.

12 Los servicios deberán definir los perfiles de cargo e identificar competencias específicas para todos los cargos de los distintos niveles funcionales del servicio, presentando a la DNSC un Plan de 1 año ó más para identificar Competencias Laborales que incluya los plazos establecidos por el Servicio para el logro de este requisito.

13 Las brechas de competencias definidas, en algunos casos, pueden determinar necesidades de capacitación. Estas necesidades detectadas constituyen un insumo básico del Plan Anual de Capacitación del año siguiente.

14 Este levantamiento, se debe realizar antes del 31 de Diciembre y debe ser considerado como insumo básico para el Plan Anual de Capacitación que se aplique durante el año 2010.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>6. La institución diseña el Plan Anual de Capacitación (PAC) aprobado por el jefe de servicio, a través de la unidad encargada de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito, considerando las líneas claves de capacitación identificadas en el diagnóstico y en el marco del proceso de formulación presupuestaria del año siguiente.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, elabora el Plan Anual de Capacitación para el año siguiente, en el marco del proceso de formulación presupuestaria del año siguiente, el cual considera, al menos, lo siguiente:¹⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de actividades de capacitación, basadas en las líneas claves de capacitación institucional definidas en la etapa anterior: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pertinentes que proporcionen herramientas a los/as funcionarios/as para la promoción, según los artículos 36 y 37 del DS/69 del M. Hacienda¹⁶. ○ Para el fortalecimiento de al menos 2 de las competencias transversales, una de las cuales deberá ser probidad¹⁷, que el Servicio ha incorporado como competencias institucionales, de las identificadas como comunes para la Administración Pública¹⁸. ○ Que incluya(n) temáticas de no discriminación. ○ Que difunda(n) la normativa sobre protección a los derechos de maternidad y responsabilidades parentales¹⁹. ➤ Compromisos asumidos en el período anterior y los plazos de ejecución. ➤ Mecanismo de acceso de la información relacionada al proceso de capacitación y a las actividades de capacitación a realizar en el periodo, el que deberá evitar discriminaciones de cualquier tipo²⁰.
<p>7. La institución elabora un Programa de Trabajo anual, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Capacitación (PAC), definiendo al menos actividades, plazos y responsables.</p>	
<p>8. La institución diseña los mecanismos de selección de organismos capacitadores, considerando disposiciones del sistema de compras y contrataciones públicas reguladas por la Ley de Compras y Procedimientos de la Dirección de Compras (Chile Compra) y lo definido en el plan anual de capacitación.</p>	
<p>9. La institución diseña los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios de la capacitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe de Servicio que deberá incluir, al menos, los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos y actividades del Plan Anual de capacitación a ejecutar.
<p>10. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El cronograma de trabajo o la secuencia temporal en que se ejecutarán las actividades de capacitación. ➤ Actividades de capacitación interna²¹, externa²² sin costo y externas con costo²³.
<p>11. La institución diseña los mecanismos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El N° de participantes que se capacitará a nivel central y

15 Aquellos servicios que tengan ajustes o modificaciones al Plan, deberán informar sobre estos ajustes o modificaciones al organismo técnico validador del sistema, a más tardar el 31 de marzo del año en curso, utilizando el formulario correspondiente, publicado en www.sispubli.cl.

16 La institución deberá garantizar que exista la debida difusión de los procesos de promoción al interior del Servicio, a través de correo electrónico y la publicación de avisos en los lugares más visibles y concurridos de sus dependencias, (Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 sobre Buenas Prácticas Laborales, difundido a los servicios públicos el 15 de Junio de 2007, directriz 2a) del Instructivo.

17 Los servicios deberán participar de capacitaciones que en esta materia se desarrollen para toda la administración del Estado, cuando hayan sido incorporados a las mismas. De lo contrario, podrán desarrollar capacitaciones en esta temática, para lo cual, deberán considerar las orientaciones que entregue la Dirección Nacional del Servicio Civil u otra institución según corresponda.

18 Corresponden al estudio realizado por encargo de SENCE y que identificó las siguientes competencias: (1) Compromiso con la organización; (2) Probidad; (3) Orientación a la Eficiencia; (4) Orientación al Cliente; (5) Trabajo de Equipo; (6) Comunicación Efectiva; (7) Manejo de Conflictos; (8) Confianza en sí Mismo; (9) Adaptación al Cambio; y (10) Manejo de Tecnologías de la Información y la Comunicación.

19 Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 de Buenas Prácticas Laborales de 15 de junio de 2006 (directrices 5a, 5b, 5c y 5d)

20 Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 de Buenas Prácticas Laborales de 15 de junio de 2006 (directriz 2b, página 3).

21 Se refiere a aquel tipo de capacitación realizada por funcionarios (as) del propio Servicio y que no tiene costos para éste, en cuanto al pago de Profesores y Monitores.

22 Se refiere a aquel tipo de capacitación realizada por funcionarios (as) de otros Servicios y que no tiene costo para el Servicio, en cuanto al pago de Profesores y Monitores.

23 Se refiere a aquel tipo de capacitación que el Servicio realiza a través de organismos capacitadores y que es licitada a través del portal Chile Compra.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>de evaluación de los resultados de la capacitación.</p> <p>12. La institución informa a todos los funcionarios respecto del Plan Anual de Capacitación (PAC) aprobado para el año siguiente, así como del Programa de Trabajo específico que se aplicará para su ejecución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ regional en cada actividad de capacitación realizada. ➤ Criterios y/o mecanismos de asignación y/o distribución del presupuesto asignado a nivel regional, cuando corresponda. ➤ Detalle del presupuesto del Servicio, asignado por glosa de capacitación en la Ley de Presupuestos, y su distribución a nivel regional, cuando corresponda. <p><input type="checkbox"/> El Servicio diseña de un mecanismo objetivo de evaluación y selección de los oferentes, considerando al menos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perfil profesional de los relatores ➤ Trayectoria del organismo en la materia específica a capacitar. ➤ La acreditación de los organismos ante el SENCE, si la posee. ➤ Análisis de la Oferta Técnica ➤ Análisis de la Oferta Económica. ➤ La justificación de los organismos preseleccionados. ➤ Se deberá privilegiar, en la compra de capacitación²⁴, a los Organismos Técnicos de Capacitación inscritos en el Registro Nacional de Organismos Técnicos de Capacitación administrado por SENCE, que cumplan con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que presenten su oferta técnica y económica a través del portal Chile Compra en los plazos establecidos para ello en las bases de licitación. ○ Que la oferta económica presentada por el OTEC se ajuste al presupuesto que el Servicio público contratante indica en sus bases de licitación para tales efectos. ➤ En aquellos casos que no se pueda privilegiar, en la compra de capacitación, a los Organismos Técnicos de Capacitación inscritos en el Registro Nacional de Organismos Técnicos de Capacitación administrado SENCE, porque no cumplen con los puntos anteriormente descritos, podrán comprar capacitación fundadamente a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Organismos pertenecientes al Sector Público ○ Centros de investigación ○ Organismos internacionales ○ Personas naturales expertas en la materia ○ Organismos de capacitación con comprobada experiencia en la materia a capacitar. <p><input type="checkbox"/> El Servicio diseña un mecanismo objetivo de selección de los beneficiarios de la capacitación.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio define los indicadores de gestión para evaluar el Plan Anual de Capacitación, los cuales deben ser incorporados en el SIG del sistema de Planificación / Control de Gestión del PMG.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio define y/o actualiza los mecanismos de evaluación: (a) de satisfacción (reacción)²⁵ de los/as funcionarios/as capacitados/as en acciones de capacitación de 12 o más horas de duración²⁶, (b) de aprendizaje a los/as funcionarios/as²⁷ que participaron en actividades que involucran, al menos, el 60% del</p>

24 El Oficio Ordinario N°395 del 28 de Mayo de 2007 de la DNSC, indicó orientaciones específicas en materia de compra de capacitación a los servicios públicos.

25 El mecanismo puede corresponder a una encuesta aplicada a los participantes al finalizar la actividad de capacitación.

26 Para todos los efectos de este Sistema del PMG, se entenderá por hora de capacitación a una extensión de 60 minutos, en oposición al concepto de "hora pedagógica" que en el sistema educacional comprende sólo 45 minutos. Cuando el Servicio realice acciones que tengan otro formato de duración deberán hacer las conversiones necesarias antes de subir el antecedente al SISPUBLL.

27 El mecanismo puede corresponder a una prueba de conocimientos aplicada a los participantes al finalizar la actividad de capacitación.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p data-bbox="764 218 1406 302">presupuesto glosa; y (c) de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo²⁸, al menos, al 20% de los/las participantes capacitados/as.</p> <p data-bbox="716 327 1406 411"><input type="checkbox"/> El Servicio informa oportunamente a los/las funcionarios/as el Plan Anual de Capacitación aprobado a más tardar el 31 de diciembre del año anterior.</p>

28 El mecanismo puede corresponder a una pauta de revisión o cotejo que contenga las competencias que el capacitado debía adquirir en la actividad de capacitación, que puede ser aplicada al capacitado (observando el nivel de dominio de lo aprendido) y/o ser respondida por su jefatura después de algunos meses, para determinar efectivamente si lo aprendido en la actividad de capacitación es aplicado en su puesto de trabajo.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>13. La institución ejecuta el Plan Anual de Capacitación (PAC) aprobado y el gasto correspondiente en consistencia con el presupuesto de capacitación asignado por la Ley de Presupuestos²⁹, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo definido en la etapa anterior.</p> <p>14. La institución aplica los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios de la capacitación establecidos en la etapa anterior</p> <p>15. La institución aplica los mecanismos de evaluación y selección de los oferentes, según los criterios establecidos en la etapa anterior</p> <p>16. La institución mide los indicadores de desempeño elaborados para evaluar el Plan de Capacitación</p> <p>17. La institución registra en el SISPUBLI e informa a los funcionarios y al Comité Bipartito de Capacitación, los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluidos el detalle de las acciones de capacitación realizadas de acuerdo al plan y el presupuesto ejecutado.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio ejecuta el Plan Anual de Capacitación en base al Programa de Trabajo aprobado realizando, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección de los organismos capacitadores de acuerdo al mecanismo de definido en el Plan. ➤ Registro de los organismos seleccionados en cada acción de capacitación. ➤ Selección de beneficiarios de la capacitación, de acuerdo al mecanismo de definido en el Plan. ➤ Registro del N° de participantes capacitados/as en cada acción realizada explicitando, si pertenecen al nivel central o regional, la calidad jurídica y el estamento al que pertenecen. ➤ Registro de las principales acciones de capacitación realizadas. ➤ El Monto del Gasto Total Ejecutado o en ejecución, el que no podrá ser inferior a un 90% del presupuesto asignado por glosa a capacitación ➤ El porcentaje de actividades de capacitación realizadas con evaluación de aprendizaje Este porcentaje no podrá ser inferior al 60% del Monto Total Ejecutado en actividades de capacitación con recursos asignados por la glosa presupuestaria y sus eventuales modificaciones durante el periodo. ➤ Realización de las actividades de capacitación dentro de la jornada laboral, registrando las actividades de capacitación no desarrolladas en la jornada laboral y las causas de esto. ➤ Medición de los indicadores de gestión definidos para evaluar el Plan Anual de capacitación. <p><input type="checkbox"/> El Servicio, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RRHH) y con asesoría del Comité Bipartito mantiene el registro de cada actividad (curso, taller, seminario, congreso, etc.) de capacitación, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los organismos capacitadores que presentaron propuesta en el portal Chile Compra³⁰. ➤ Los resultados de la aplicación del mecanismo de evaluación y selección de oferentes. ➤ Justificación de la selección y de la no selección del(los) oferente(s). <p><input type="checkbox"/> El Servicio registra la ejecución de las acciones de capacitación en el SISPUBLI o en el sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador, exclusivamente vía Web.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio difunde a los/as funcionarios/as y al Comité Bipartito de Capacitación, de la gestión y actividades de capacitación realizadas a más tardar el 31 de diciembre. Además, debe elaborar un informe ejecutivo en formato digital que debe registrarse en el SISPUBLI.</p>

29 Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en actividades de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza.

30 El Servicio deberá aplicar oportunamente las disposiciones de la Ley de Compras Públicas (Ley N°19.886), para realizar las compras de las actividades de capacitación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>18. La institución, a través de la unidad encargada de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito, evalúa los resultados del Plan Anual de Capacitación ejecutado, aplicando los mecanismos de evaluación diseñados en la etapa 2 y considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p> <p>19. La institución, a través de la unidad encargada de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito, evalúa la ejecución del Programa de Trabajo Anual en términos de las acciones realizadas, el gasto ejecutado y los funcionarios capacitados.</p> <p>20. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos³¹, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación del PAC y Programa de Trabajo.</p> <p>21. La institución, a través de la Unidad de Recursos Humanos y con la asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.</p> <p>22. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.³²</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio a través de la Unidad de Recursos Humanos (RRHH) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación evalúa el Plan Anual de Capacitación ejecutado, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las diferencias entre las acciones de capacitación efectivamente realizadas y las programadas, así como el gasto de capacitación ejecutado y programado. ➤ Análisis de las diferencias entre el número de participantes en actividades de capacitación efectivo respecto de lo programado. ➤ Análisis de los/as participantes de actividades de capacitación en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis del porcentaje de actividades de capacitación realizadas con evaluación de aprendizaje. ➤ Análisis del gasto realizado en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores definidos. ➤ Evaluación de los resultados de las capacitaciones realizadas considerando, al menos los siguientes aspectos: (a) grado de satisfacción (reacción) de los/as funcionarios/as capacitados/as en acciones de capacitación de 12 o más horas de duración; (b) nivel de aprendizaje logrado por los/as funcionarios/as que participaron en actividades que involucraron, al menos, el 60% del presupuesto de la glosa de capacitación; y (c) grado de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 20% de los/as participantes del periodo evaluado. ➤ Evaluación de las competencias adquiridas por los/as funcionarios/as a través de las actividades de capacitación realizadas. ➤ Conclusiones que incorporan las observaciones y recomendaciones que se desprenden de los resultados de las acciones de capacitación implementadas en el periodo. ➤ La descripción y justificación de las principales diferencias entre los resultados efectivos de las acciones de capacitación, los mecanismos de selección de oferentes y beneficiarios, los mecanismos de difusión y la programación efectuada por el Servicio en su Plan Anual y Programa de Trabajo. <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora un Programa de Seguimiento, considerando, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de observaciones y recomendaciones en base al análisis de los resultados de las acciones de capacitación implementadas en el periodo. ➤ Definición de compromisos asociados a las recomendaciones e incorporación de éstos en el Plan Anual de capacitación del año siguiente. ➤ Definición de plazos y responsables para cumplir los compromisos. <p><input type="checkbox"/> El Servicio difunde a los funcionarios, los resultados de la</p>

31 Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

32 A los servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>evaluación del Plan de Capacitación ejecutado, a través de mecanismos que permitan lograr una cobertura en forma oportuna, informando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Porcentaje del presupuesto utilizado en actividades de capacitación, respecto del presupuesto asignado por glosa a capacitación. ➤ Porcentaje de acciones de capacitación con 11 o menos horas de duración respecto al total de las actividades ejecutadas. ➤ Resultados de la evaluación del Plan de Capacitación ejecutado, a través de mecanismos que permitan lograr una gran cobertura en forma oportuna, utilizados para informar a los/as funcionarios/as sobre las acciones de capacitación realizadas y la evaluación del proceso. ➤ Porcentaje del presupuesto utilizado en actividades de evaluación del aprendizaje respecto del presupuesto asignado por glosa a capacitación. <p><input type="checkbox"/> La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema, asegurándose que continúa el funcionamiento del Comité; la aprobación del Plan Anual de Capacitación por parte del Jefe de Servicio; las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al Plan; la Evaluación del Plan Anual de Capacitación efectuado; el Diseño del Programa de Seguimiento de las Recomendaciones surgidas de la Evaluación; y un análisis de los resultados de la implementación de la Política de Capacitación definida por la Institución.</p>

7.2 Sistema Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismo Técnico Validador: Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)
<p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.<input type="checkbox"/> Informe de las principales actividades realizadas por el(los) Comité(s) Paritario(s) o el Comité Voluntario, durante el año.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo
<p>Etapa II</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios³³.<input type="checkbox"/> Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios³⁴.<input type="checkbox"/> Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios³⁵.
<p>Etapa III</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas.
<p>Etapa IV</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Superintendencia de Seguridad Social, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios.<input type="checkbox"/> Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas.

33 Para los servicios que están ejecutando el Programa de Trabajo, el "Informe de las principales actividades realizadas por el(los) Comité(s) Paritario(s) o el Comité Voluntario" está contenido en este Programa.

34 Un Plan de Emergencia aborda la forma en que el Servicio se prepara y responde ante una emergencia. Este Plan tiene como objetivo establecer y coordinar las acciones, y los medios necesarios para evitar que se generen las situaciones de emergencia (incendio, sismo, inundación, atentado terroristas, entre otros.), que son prevenibles, y poder dar respuesta oportuna y adecuada a las situaciones de emergencia que se presenten, de manera de resguardar la integridad de sus funcionarios y de los usuarios que atiende, evitando que sufran lesiones o que mueran y minimizar los daños materiales a las instalaciones y bienes de los servicios.

35 El "Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo" es el documento en que se describe qué hacer cuando ha ocurrido un accidente del trabajo: a quién recurrir en el Servicio, en qué plazos, los medios de comunicación a utilizar según la hora de ocurrencia del accidente, dónde dirigirse para la atención, qué documentación debe presentarse, entre otros. Además, deben señalarse las pautas para la investigación y la implementación de acciones correctivas, según corresponda.

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

- Informe de Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual, según el Programa de Trabajo y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones.
- Manual de Procedimientos para la Mantención del grado de desarrollo del sistema.³⁶

³⁶ Este medio de verificación aplica para las instituciones que están eximidas de ingresar al Programa Marco Avanzado y repiten la etapa IV.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución dispone el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.</p> <p>2. Las instituciones que no reúnan los requisitos legales para constituir un Comité Paritario, deberán organizar un Comité Voluntario³⁷, para dar cumplimiento a los requisitos del Sistema.</p> <p>3. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o Comité Voluntario o el Encargado³⁸, elabora un Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución dispone el funcionamiento del o de los Comité(s) Paritario(s), y da las facilidades para que cumplan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización doce reuniones en el año, con al menos una reunión mensual. ➤ Participan dos tercios de los representantes titulares, tanto de los funcionarios como de los Institucionales, como promedio anual. ➤ Realización de las actividades que les permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en el art. 24 del Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad. ➤ Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación. <p><input type="checkbox"/> La institución dispone el funcionamiento de un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del sistema. La conformación de este Comité dependerá de la dotación total del Servicio y deberá cumplir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de al menos 6 reuniones en el año, una cada dos meses. ➤ Realización de actividades de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes. ➤ Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora un diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo, a partir de la opinión emitida por expertos³⁹ en materia de prevención de riesgos, con la participación del o de los Comité(s) Paritario(s), o el Comité Voluntario y del Encargado del Sistema, que deberá incluir, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. ➤ Descripción general de la Institución, considerando las funciones que realiza, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales. ➤ Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente. ➤ Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo.

37 Si la dotación total del Servicio es entre 1 a 10 funcionarios, el Comité Voluntario estará constituido por el Jefe de Servicio y un funcionario designado por éste. Si la dotación total es de 11 o más, el Comité Voluntario estará constituido por dos funcionarios designados por el Jefe de Servicio.

38 Para efectos de cumplir con el Sistema y dependiendo de las características del Servicio, éste podrá designar un "Encargado", el que podrá ser una o más persona(s) o área o agrupación interna a cargo de la elaboración, revisión y coordinación de las actividades, y de la confección y documentación del mismo, ya sea a nivel nacional o regional. Si se opta por esta figura, el o los Comité(s) Paritario(s) o el Comité Voluntario que deban constituirse de acuerdo a las disposiciones legales y/o para dar cumplimiento a este Sistema del PMG, tendrán la calidad de colaboradores de quien o quienes sean encargados del Sistema en el Servicio.

39 Del Organismo administrador del Seguro Ley 16.744 y/o contratado por el servicio y/o bomberos, entre otros.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>4. La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo basado en el Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo señalado en la etapa anterior, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación.</p> <p>5. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el del Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Plan de Emergencia⁴⁰ para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones.</p> <p>6. La institución, elabora un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <p>7. La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo, aprobados.</p> <p>8. La institución elabora el Programa de Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo, y lo comunica a los funcionarios, definiendo al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o el Encargado elabora el Plan Anual⁴¹ de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo⁴² conjuntamente con el proceso de formulación presupuestaria, y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año anterior a su ejecución, considerando al menos los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados del análisis del Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo. ➤ Áreas claves de mejoramiento de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. ➤ Mecanismos de selección de proyectos específicos de mejoramiento a implementar. ➤ Definición de la metodología para detectar el grado de satisfacción de los funcionarios y canalizar sus reclamos. ➤ Definición de los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mediciones de la Tasa de Accidentabilidad y del Grado de Satisfacción de los beneficiarios. ○ Los indicadores deben ser incorporados en el SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión. ○ Establecer las metas de los indicadores definidos. ➤ Definición de los Mecanismos de difusión interna que se utilizarán para informar a los funcionarios sobre las acciones de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo. <p><input type="checkbox"/> La institución informa a los funcionarios el Plan Anual que se apruebe durante la semana siguiente a su aprobación.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Trabajo⁴³ para la ejecución del Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los ajustes o modificaciones aprobados al Plan.⁴⁴ ➤ Cronograma de trabajo o secuencia temporal de las Actividades que se ejecutarán, señalando el nivel a que corresponden, central y/o regional. ➤ Principales hitos o actividades del Programa de Trabajo a ejecutar. ➤ Responsables de cada una de las actividades. ➤ El N° de funcionarios que se beneficiará a nivel central y regional de cada actividad. ➤ Monto del gasto presupuestado para cada actividad programada. ➤ Definición de indicadores de desempeño relevantes para evaluar la ejecución del Programa de Trabajo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que deberán incorporarse al SIG del Sistema

40 Plan de Emergencia deberá ser elaborado con la asistencia técnica de expertos en materia de prevención de riesgos (Organismos administradores del Seguro Ley 16.744 y/o experto en prevención de riesgos y/o bomberos).

41 La lógica del Sistema es que un Plan se ejecuta a través de un conjunto de actividades (Programa de Trabajo), que una vez terminado el período, debe ser evaluado, y que dependiendo de los resultados obtenidos (nivel de cumplimiento, reevaluación de la situación inicial, situaciones extraordinarias ocurridas, etc.) puede ser necesario volver a abordar en el siguiente Plan.

42 El Plan Anual debe contener todos los elementos que permiten guiar al Servicio en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. El Plan puede estructurarse a nivel nacional o regional, dependiendo de las características del Servicio.

43 Programa de Trabajo: corresponde al conjunto de actividades, cronológicamente ordenadas, que se planificaron en función de lo establecido en el Plan. El Programa debe establecer qué se hará, cuándo, cuánto costará, quién es responsable y a quién beneficiará.

44 Los ajustes o modificaciones necesarias de introducir al Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio al 31 de diciembre del año anterior, deberán estar aprobados a más tardar el 31 de marzo del año en curso.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p data-bbox="850 218 1211 245">de Planificación / Control de Gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="802 245 1321 273">○ Establecer las metas de los indicadores definidos. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="708 302 1443 359">❑ La institución difunde a los funcionarios el Programa de Trabajo a más tardar la semana siguiente a su aprobación. <li data-bbox="708 384 1443 604">❑ La institución elabora y mantiene actualizado un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia, con la asistencia técnica de expertos en materia de prevención de riesgos, considerando al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="756 495 1443 604">➤ La planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Plan de Emergencia deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo. <li data-bbox="708 630 1443 686">❑ La institución informa a los funcionarios el Plan de Emergencia que se apruebe durante la semana siguiente a su aprobación. <li data-bbox="708 711 1443 875">❑ La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="756 795 1443 875">➤ La institución informa a los funcionarios el Procedimiento de Actuación frente a la ocurrencia de Accidentes del Trabajo que se apruebe durante la semana siguiente a su aprobación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>9. La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según lo establecido en el Programa de Trabajo, y mide los indicadores de desempeño del Plan Anual de Prevención de Riesgos.</p> <p>10. La institución, registra los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluido el detalle de las acciones en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo realizadas y lo difunde a los funcionarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución ejecuta el Plan Anual según el Programa de Trabajo <input type="checkbox"/> La institución registra los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades realizadas en el periodo en materias de Mejoramiento de Ambientes e Higiene y Seguridad, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ Actividades realizadas en el período, relativas al desarrollo y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ N° de funcionarios beneficiados con cada actividad realizada. ➤ Monto de gasto ejecutado en cada actividad realizada. ➤ Principales desviaciones entre los resultados efectivos de las actividades en ejecución y la programación efectuada por la institución en su Programa de Trabajo y su justificación. ➤ Registro de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el período, efectuando a lo menos la descripción de lo ocurrido, identificando las causas y señalando las medidas correctivas determinadas y/o implementadas, según corresponda. ➤ Observaciones realizadas por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o por los funcionarios sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo, o sobre aquellas que estimen se requiere realizar. ➤ Principales acciones extraordinarias realizadas en el período. ➤ Difusión de las actividades realizadas, precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad <input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios los resultados de la Ejecución del Programa de Trabajo, durante la semana siguiente a su aprobación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>11. La institución, evalúa los resultados de la ejecución del Plan Anual, según el Programa de Trabajo ejecutado en el periodo, en términos de las acciones realizadas, la efectividad de dichas acciones, el gasto ejecutado y los funcionarios beneficiados, considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p> <p>12. La institución difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.</p> <p>13. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.</p> <p>14. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas⁴⁵.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las causas de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada por la institución en el Programa de Trabajo, incluyendo las actividades del Plan de Emergencia. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan Anual. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Programa de Trabajo. ➤ Cumplimiento del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Recomendaciones derivadas de la implementación de las actividades de mejoramiento de ambientes de trabajo y de higiene y seguridad. ➤ Recomendaciones derivadas de las situaciones extraordinarias ocurridas. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones⁴⁶, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de los compromisos asociados a las recomendaciones, plazos de los compromisos y responsables. ➤ Incorporación de los compromisos en el siguiente Plan Anual y su respectivo Programa de Trabajo, cuando corresponda. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios la Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, durante la semana siguiente a su aprobación. Lo que deberá informar precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Manual⁴⁷ de Procedimientos para la Mantenición del grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, el que incluye al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año. ➤ Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo ➤ Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios. ➤ Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios. ➤ Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios. ➤ Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas. ➤ Informe de Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual, según el Programa de Trabajo y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones.

45 A los Servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

46 Los compromisos que surjan de las recomendaciones deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del Plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

47 Este requisito se aplica a las instituciones que están eximida de ingresar al Programa Marco Avanzado y repiten la etapa 4.

7.3 Sistema Capacitación Subsecretaría de Redes Asistenciales

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: CAPACITACIÓN SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismo Técnico Validador: Dirección Nacional del Servicio Civil
Etapa I El informe deberá incluir los siguientes aspectos:
<input type="checkbox"/> Diagnóstico del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
Etapa II El informe deberá incluir los siguientes aspectos:
<input type="checkbox"/> Diagnóstico del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Propuesta del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Diseño del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación a nivel de cada Servicio de Salud
Etapa III El informe deberá incluir los siguientes aspectos:
<input type="checkbox"/> Diagnóstico del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Propuesta del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Diseño del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación a nivel de cada Servicio de Salud
<input type="checkbox"/> Informe de Formulación del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud.
Etapa IV El informe deberá incluir los siguientes aspectos:
<input type="checkbox"/> Diagnóstico del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Propuesta del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Diseño del Proceso de Formulación del SIC a nivel de cada Servicio de Salud
<input type="checkbox"/> Informe de Formulación del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud
<input type="checkbox"/> Resultados del Monitoreo y de la Evaluación de Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> Programa de Seguimientos de las Recomendaciones derivadas del Informe de Evaluación del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> Diseño de una política de capacitación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud dispone y sistematiza el Diagnóstico del Sistema de Capacitación realizado por los Servicios de Salud, que considera lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Funcionamiento e integrantes de los Comités Bipartito de Capacitación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comités Bipartitos de Capacitación de los establecimientos cuyos funcionarios están afectos al Estatuto Administrativo. ○ Comités Centrales de Capacitación definidos por la Ley 19.664 que rige a los profesionales funcionarios médicos, odontólogos, químicos-farmacéuticos y bioquímicos y que funcionan a nivel de la Dirección de los Servicios de Salud. ○ Comités de Capacitación definidos por la Ley 19.664 que rige a los profesionales funcionarios médicos, odontólogos, químicos-farmacéuticos y bioquímicos y que funcionan a nivel de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. <p><input type="checkbox"/> Sistematiza el monitoreo de la Formulación, aprobación y ejecución de planes y programas anuales de capacitación en los Servicios de Salud y sus establecimientos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sistematiza el monitoreo de la Existencia de un diagnóstico de necesidades de capacitación institucional, realizada por los Servicios de Salud y establecimientos, que contempla al menos: análisis de los objetivos estratégicos, áreas claves de funcionamiento y necesidades de mejoramiento de la gestión.</p> <p><input type="checkbox"/> Sistematiza el monitoreo de la Existencia de un diagnóstico de los mecanismos de</p>	<p>El diagnóstico del Sistema de Capacitación de los Servicios de Salud que deberá incluir los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe del funcionamiento de cada uno de los Comités de Capacitación, que considera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existencia de Comités Bipartitos de Capacitación (Ley 18.834) a nivel de las direcciones de los Servicios de Salud y sus respectivos establecimientos. ▪ Identificación de los miembros del Comité Bipartito de Capacitación y existencia de la Resolución que crea el Comité y las actas de las reuniones realizadas. ▪ Existencia de Comités Centrales y Locales de Capacitación (Ley 19.664) a nivel de los Servicios de Salud y establecimientos. ▪ N° y Tipo de Integrantes de los Comités. ▪ N° y Frecuencia de Reuniones. Se deben realizar al menos 6 reuniones en el año. ➤ Existencia de Planes y Programas Anuales de Capacitación de los Servicios de Salud, para la ejecución de las principales actividades de capacitación. ➤ Existencia en los Planes y Programas anuales de actividades de capacitación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que incluya(n) temáticas de no discriminación e igualdad de oportunidades.⁴⁸ ○ Que difunda(n) la normativa sobre acoso sexual en el trabajo e información sobre acoso laboral, a modo de prevención de estas prácticas en el servicio.⁴⁹ ➤ Análisis del diagnóstico de necesidades de capacitación institucional que contemple al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de los objetivos estratégicos, áreas claves de funcionamiento y necesidades de mejoramiento de la gestión. ▪ Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las actividades requeridas en los otros sistemas del PMG. ▪ Brechas de Competencias Laborales de los/las funcionarios/rias, de acuerdo al diagnóstico realizado. ➤ Análisis del diagnóstico de los mecanismos de evaluación y selección de organismos capacitadores, revisando que exista: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada actividad o programa integrado de actividades de capacitación y los organismos capacitadores, obtenidos a través del sistema Chile Compra⁵⁰. ▪ Informe con los oferentes preseleccionados que cumplen con los criterios técnicos, y su justificación.

48 Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 de Buenas Prácticas Laborales (directriz 2d, página 4).

49 Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 de Buenas Prácticas Laborales (directriz 7b y 7c, página 6).

50 Se deben informar a través del sistema ChileCompra las acciones que correspondan a las compras y contrataciones que define la Ley 19.886, de Julio 2003, y su reglamento.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>evaluación y selección de organismos capacitadores, aplicados por los Servicios de Salud y establecimientos, que establezca:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Criterios de preselección que consideren la acreditación del organismo ante el SENCE. ○ Criterios de evaluación de ofertas que consideren al menos: perfil profesional de los relatores, trayectoria del organismo en la materia específica a capacitar, y análisis de las ofertas técnica y económica. <p>□ Elabora y entrega el consolidado, a nivel nacional, del Diagnóstico de información acerca de la ejecución de las actividades de capacitación, en los plazos señalados en las instrucciones de la Ley de Presupuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Al organismo responsable de la administración del sistema SISPUBLI. ○ A los Comités de Capacitación. ○ A los funcionarios de los establecimientos del S.N.S.S. ○ A la Dirección de los SS ○ A la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterios de evaluación de ofertas que consideren al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfil profesional de los relatores ○ Trayectoria del organismo en la materia específica a capacitar. ○ Análisis de la Oferta Técnica ○ Análisis de la Oferta Económica. ○ La justificación de los organismos preseleccionados. ➤ Análisis del diagnóstico de información acerca de la ejecución de las actividades de capacitación, revisando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El registro de la ejecución de las actividades de capacitación en el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) del MINSAL⁵¹. ▪ El diagnóstico debe considerar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resultado de la aplicación del mecanismo de selección de (los) organismos capacitadores. ○ Principales actividades de capacitación realizadas. ○ Resultado de la ejecución de la actividad de capacitación de la temática probidad.⁵² ○ N° de funcionarios capacitados en cada actividad realizada. ○ Análisis de las diferencias entre las actividades de capacitación efectivamente realizadas y las programadas, así como el gasto de capacitación ejecutado y programado. ○ Análisis de las diferencias entre el número de participantes en actividades de capacitación efectivo respecto de lo programado. ○ Análisis de los participantes de actividades de capacitación en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ○ Análisis del porcentaje de actividades de capacitación realizadas con evaluación de aprendizaje ○ N° Actividades de capacitación internas⁵³ y externas sin costo⁵⁴, así como las externas con costo⁵⁵. ○ Detalle del presupuesto asignado por Servicio de Salud, asignado por glosa de capacitación en la Ley de Presupuestos. ○ Monto del gasto total ejecutado o en ejecución, el que no podrá ser inferior a un 90% del presupuesto asignado por glosa a capacitación⁵⁶.

51 El Organismo Técnico Validador coordinará con la Subsecretaría de Redes Asistenciales el traspaso automatizado de las actividades de capacitación de los Servicios de Salud al SISPUBLI, desde el SIRH.

52 Los servicios deberán participar de capacitaciones que en esta materia se desarrollen para toda la administración del Estado, cuando hayan sido incorporados a las mismas.

53 Se refiere a aquel tipo de capacitación realizada por funcionarios (as) del propio Servicio y que no posee costos para el Servicio en cuanto al pago de profesores y monitores.

54 Se refiere a aquel tipo de capacitación realizada por funcionarios (as) de otros Servicios y/o a becas obtenidas para sus funcionarios, que no posee costos para el Servicio en cuanto al pago de profesores y monitores.

55 Se refiere a aquel tipo de capacitación realizada por Organismos Capacitadores y que es licitada a través del portal Chilecompra.

56 El gasto ejecutado en acciones de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza. Corresponde incluir en este rubro los gastos que se refieren a pago a profesores y monitores y cursos contratados con terceros. Los gastos correspondientes a la ejecución de los programas de capacitación que se aprueben, deberán imputarse a los rubros que correspondan a la

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mecanismos de difusión interna utilizados para informar a los Comités de Capacitación y a los funcionarios sobre las actividades de capacitación realizadas. ○ Descripción y justificación de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las actividades de capacitación, los mecanismos de selección de oferentes y beneficiarios, los mecanismos de difusión y la programación efectuada por el servicio en su Plan Anual y Programa de Trabajo. ○ Incorporación de los compromisos asumidos para el siguiente período y los plazos de ejecución. ○ Evaluación de los resultados de las capacitaciones realizadas considerando, al menos los siguientes aspectos: (a) grado de satisfacción (reacción) de los/as funcionarios/as capacitados/as en actividades de capacitación de 12 o más horas de duración; (b) nivel de aprendizaje logrado por los/as funcionarios/as que participaron en actividades que involucraron, al menos, el 60% del presupuesto de la glosa de capacitación; y (c) grado de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 5% de los/as participantes del periodo evaluado. ○ Análisis de las competencias adquiridas por los/as funcionarios/as a través de las actividades de capacitación realizadas. ○ Conclusiones que incorporan las observaciones y recomendaciones que se desprenden de los resultados de las actividades de capacitación implementadas en el periodo. <p>➤ Los equipos docentes podrán realizar capacitación interna y el (los) funcionarios puede(n) acceder a beca(s) entregada por organismos externos.</p>

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud aprueba propuesta de un Sistema de Capacitación en los Servicios de Salud, la que debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Marco conceptual integrador de la Capacitación. ○ Estructura y funcionamiento del Sistema de Capacitación. ○ Estrategias de desarrollo del Sistema de Capacitación. ○ Indicadores de funcionamiento del Sistema de Capacitación. ○ Recursos humanos, físicos y financieros involucrados. ○ Elementos utilizados en el diagnóstico de la etapa 1. <p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud aprueba Diseño del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación a nivel de cada Servicio de Salud, el cual debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento técnico con las áreas y/o subsistemas vinculadas al Sistema de Capacitación señalando en cada una de ellas al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivo estratégico. ○ Meta o estándar mínimo de cumplimiento. ○ Antecedentes que entregan el marco regulatorio del sistema. ○ Etapas de desarrollo. ○ Tipificación de objetivos de gestión y medios de verificación de cada etapa. ○ Flexibilidades por características particulares de los establecimientos. ○ Programa de implementación: plazos, responsables, hitos o actividades. ○ Procedimiento de formulación, evaluación y verificación de los compromisos del Sistema de Capacitación establecidos por los Servicios de Salud con el Ministerio de Salud. 	<p><input type="checkbox"/> La propuesta del Sistema de Capacitación deberá incluir los siguientes contenidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Marco conceptual integrador de la Capacitación que debe considerar al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación y Formación basada en Competencias. ▪ Estrategias de Capacitación y Formación Permanente. ▪ Fundamentos para el desarrollo del Sistema de Capacitación. ➤ Estructura y funcionamiento del Sistema de Capacitación. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterización del estado actual de la capacitación en los Servicios de Salud. ▪ Definición de condiciones mínimas como línea de base para el desarrollo del Sistema de Capacitación en los Servicios de Salud. ➤ Estrategias de desarrollo del Sistema de Capacitación considerando: Plan de Desarrollo y mejoramiento para la instalación del Sistema de Capacitación en el SNSS. ➤ Indicadores de funcionamiento del Sistema de Capacitación de gestión, proceso y resultado, aseguramiento de la calidad de la formación. ➤ Recursos humanos, físicos y financieros involucrados. ➤ Elementos utilizados en el diagnóstico de la etapa 1. <p><input type="checkbox"/> El Informe con el Diseño del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación a nivel de cada Servicio de Salud deberá incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento técnico con las áreas y/o subsistemas vinculadas al Sistema de Capacitación señalando en cada una de ellas al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo estratégico. ▪ Meta o estándar mínimo de cumplimiento. ▪ Antecedentes que entregan el marco regulatorio del sistema. ▪ Etapas de desarrollo. ▪ Tipificación de objetivos de gestión y medios de verificación de cada etapa. ▪ Flexibilidades por características particulares de los establecimientos. ▪ Programa de implementación: plazos, responsables, hitos o actividades. ➤ Descripción del Procedimiento de formulación, evaluación y verificación de los compromisos del Sistema de Capacitación establecidos por los Servicios de Salud con el Ministerio de Salud, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de actividades del proceso de formulación de los compromisos, definiendo actividades, instituciones involucradas y plazos. ▪ Definición del instrumento de formalización de los compromisos (convenio) entre el Ministerio y los Servicios de Salud. ▪ Programa de actividades del proceso de evaluación de los compromisos, definiendo actividades, instituciones involucradas y plazos. ▪ Programa de actividades del proceso de verificación de los compromisos, definiendo actividades, instituciones involucradas y plazos. ▪ Definición de medidas a adoptar para los Servicios de Salud que no formulen compromisos.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición del instrumento de formalización del cumplimiento de los compromisos entre el Ministerio y los Servicios de Salud. ➤ Descripción de los Mecanismos de incentivo al cumplimiento de los compromisos del Sistema de Capacitación establecidos por los Servicios de Salud con el Ministerio de Salud, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterización de incentivos que se han establecido por nivel de cumplimiento de compromisos. ▪ Actividades de formación y capacitación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
 SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud implementa el Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación en los Servicios de Salud, lo que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Difusión y capacitación a los establecimientos con respecto a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenidos del Sistema de Capacitación ▪ Proceso de formulación del Sistema de Capacitación ▪ Formulación de compromisos por parte de los Servicios de Salud con el Ministerio de Salud. 	<p><input type="checkbox"/> El Informe de Formulación del Sistema de Capacitación deberá contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Principales acciones de difusión y actividades de capacitación realizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Servicios de Salud. ➤ Compromisos de Mejoramiento del Sistema de Capacitación suscritos por los Servicios de Salud con el Ministerio de Salud, que deben considerar al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiciones establecidas en el documento técnico señalado en la etapa II ▪ Objetivos de gestión comprometidos, sus prioridades y ponderaciones. ▪ Medios de verificación. ▪ Instrumento de formulación presentado por los Servicios de Salud al Ministerio de Salud

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: CAPACITACIÓN

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud cumple con los siguientes requisitos :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboración y presentación de un Informe de Monitoreo y Evaluación del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación. ○ Elaboración de un Programa de Seguimiento a las Recomendaciones derivadas del Informe de Evaluación del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación. ○ Realizar seguimiento a la implementación del Sistema de Capacitación en los servicios de salud <p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud formula, perfecciona y aplica una política de capacitación enmarcada en la “política de recursos humanos” y la presenta a la Dirección Nacional del Servicio Civil para su revisión y validación.</p> <p>La Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> El informe de Monitoreo deberá señalar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados del Monitoreo la Evaluación de Proceso de Formulación de Sistema de Capacitación, que debe considerar al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de aspectos positivos y negativos ▪ Descripción de recomendaciones y medidas a adoptar para procesos siguientes ➤ Programa de Seguimiento a las Recomendaciones derivadas del Informe de Evaluación del Proceso de Formulación del Sistema de Capacitación, que considera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendaciones derivadas de la formulación del Sistema de Capacitación. ▪ Compromisos asociados a las recomendaciones ▪ Plazos y responsables para cumplir los compromisos e implementar las recomendaciones <p><input type="checkbox"/> El Informe de Evaluación que deberá contar con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El nivel de cumplimiento de compromisos de los Servicios de Salud. Ejecución presupuestaria del periodo Medidas de apoyo a los servicios de salud que cuentan con bajo nivel de cumplimiento de compromisos y de ejecución presupuestaria. ➤ Análisis global de las diferencias entre las actividades de capacitación efectivamente realizadas y las programadas, así como el gasto de capacitación ejecutado y programado. ➤ Análisis global de las diferencias entre el número de participantes en actividades de capacitación efectivo respecto de lo programado. ➤ Análisis global de los participantes de actividades de capacitación en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis global del porcentaje de actividades de capacitación realizadas con evaluación de aprendizaje ➤ Análisis global del gasto realizado en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis global del cumplimiento de las metas de los indicadores definidos. ➤ Evaluación global de los resultados de las capacitaciones realizadas considerando, al menos los siguientes aspectos: (a) grado de satisfacción (reacción) de los/as funcionarios/as capacitados/as en actividades de capacitación de 12 o más horas de duración; (b) nivel de aprendizaje logrado por los/as funcionarios/as que participaron en actividades que involucraron, al menos, el 60% del presupuesto de la glosa de capacitación; y (c) grado de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 5% de los/as participantes del periodo evaluado. ➤ Evaluación de las competencias adquiridas por los/as funcionarios/as a través de las actividades de capacitación realizadas. ➤ Conclusiones que incorporan las observaciones y recomendaciones que se desprenden de los resultados de las actividades de capacitación implementadas en el periodo.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p data-bbox="810 218 1385 380">La descripción y justificación de las principales diferencias entre los resultados efectivos de las actividades de capacitación, los mecanismos de selección de oferentes y beneficiarios, los mecanismos de difusión y la programación efectuada por el Servicio en su Plan Anual y Programa de Trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="764 384 1385 436">➤ Definición de medidas a adoptar para los Servicios de Salud que no cumplan los compromisos suscritos. <p data-bbox="716 493 1385 600">☐ La Subsecretaría de Redes Asistenciales formula una Política de Capacitación y la presenta a la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC) para su revisión y validación. La política diseñada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="764 632 1385 709">➤ Estar enmarcada en una “política de recursos humanos” de la Subsecretaría y en las definiciones estratégicas del Servicio y de acuerdo a las orientaciones de la DNSC. <li data-bbox="764 714 1385 764">➤ Ser considerada como marco de acción estratégica de la gestión de capacitación institucional.

7.4 Sistema Higiene, Seguridad Y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo Subsecretaría de Redes Asistenciales

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismo Técnico Validador: Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)
<p>Etapa I</p> <p>El informe deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Plan de Emergencia en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Informe de estado de avance del plan de emergencia y del procedimiento de actualización frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo<input type="checkbox"/> Copia de la comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Plan Anual y el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado a los funcionarios
<p>Etapa II</p> <p>El informe deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Plan de Emergencia en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Informe de estado de avance del plan de emergencia y del procedimiento de actualización frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo<input type="checkbox"/> Copia de la comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Plan Anual y el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado a los funcionarios<input type="checkbox"/> Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual y Situaciones Extraordinarias para el 50% de los hospitales base<input type="checkbox"/> Copia de la comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Informe de Seguimiento del Plan y Situaciones Extraordinarias a los funcionarios.
<p>Etapa III</p> <p>El informe deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo<input type="checkbox"/> Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Plan de Emergencia en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Pautas para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en los Hospitales Base<input type="checkbox"/> Informe de estado de avance del plan de emergencia y del procedimiento de actualización frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo<input type="checkbox"/> Copia de la comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Plan Anual y el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado a los funcionarios<input type="checkbox"/> Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan y Situaciones Extraordinarias para el 100% de los hospitales base<input type="checkbox"/> Copia de la Comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Informe de Seguimiento del Plan y Situaciones Extraordinarias a los funcionarios.
<p>Etapa IV</p>

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

El informe deberá incluir los siguientes aspectos:

- Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo
- Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo
- Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado
- Pautas para la elaboración de un Plan de Emergencia en los Hospitales Base
- Pautas para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en los Hospitales Base
- Informe de estado de avance del plan de emergencia y del procedimiento de actualización frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo
- Copia de la Comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Plan Anual y el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual aprobado a los funcionarios
- Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan y Situaciones Extraordinarias para el 50 y 100% de los hospitales base
- Copia de la Comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Informe de Seguimiento del Plan Anual y las Situaciones Extraordinarias a los funcionarios.
- Informe de Evaluación de Resultados de la programación y ejecución del Plan Anual
- Copia de la Comunicación mediante la cual los Directores de los Hospitales Base comunican el Informe de Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual a los funcionarios.
- Programa de Seguimiento a las Recomendaciones derivadas del Informe de Evaluación de Resultados

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a partir de la información emitida por expertos en prevención y/o profesionales⁵⁷ de Salud Ocupacional, elabora un Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo para los hospitales base de los Servicios de Salud.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría elabora un diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo, a partir de la opinión emitida por expertos⁵⁹ en materia de prevención de riesgos y/o profesionales de Salud Ocupacional, para los hospitales base de los Servicios de Salud, que deberá incluir, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. ➤ Descripción general de los hospitales base, considerando las funciones que realizan, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales. ➤ Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente. ➤ Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo.
<p>2. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora el Plan Anual del Sistema de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo del PMG para los hospitales base.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo para los hospitales base, el que deberá considerar los siguientes contenidos⁶⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo. ➤ Áreas claves de mejoramiento de higiene y seguridad y de ambientes de trabajo. ➤ Mecanismos de selección de proyectos específicos de mejoramiento de ambientes a implementar. ➤ Definición de los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediciones de la Tasa de Accidentabilidad y del Grado de Satisfacción de los beneficiarios. ▪ Los indicadores deben ser incorporados en el SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión. ▪ Establecer las metas de los indicadores definidos. ➤ Definición de la metodología para detectar el grado de satisfacción de los funcionarios. ➤ Definición de los mecanismos de difusión interna para informar a los funcionarios las acciones de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo.
<p>3. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión del Plan Anual del</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión del Plan Anual a los funcionarios de los hospitales base.</p>

57 La Ley 16.744 y el DS N° 40 se refiere a expertos en prevención de riesgos, por otra parte, los asesores del organismo administrador también son expertos.

59 Del Organismo administrador del Seguro Ley 16.744 y/o contratado por el servicio y/o bomberos, entre otros.

60 El Subsecretario de Redes Asistenciales dará a conocer a los Directores de los Servicios de Salud el Plan Anual aprobado, durante la semana siguiente a su aprobación. El Plan Anual se dará a conocer a los funcionarios por los Directores de los hospitales base, durante la semana siguiente a su recepción desde el respectivo Servicio de Salud.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>Sistema de Higiene - Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo del PMG.</p> <p>4. La Subsecretaría de Redes Asistenciales establece las pautas que los hospitales base deberán utilizar para la elaboración de un Plan de Emergencia Interno⁵⁸ para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a ellas.</p> <p>5. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión de las pautas que los hospitales base deberán utilizar para la elaboración de un Plan de Emergencia Interno</p> <p>6. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora el Programa de Trabajo de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual del Sistema de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo del PMG, para los hospitales base de los Servicios de Salud.</p> <p>7. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión del Programa de Trabajo.</p> <p>8. La Subsecretaría de Redes Asistenciales establece las pautas que los hospitales</p>	<p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba las pautas que se utilizarán para la elaboración del Plan de Emergencia en los hospitales base, las que deberán considerar directrices para efectuar el diagnóstico de situación para enfrentar las emergencias, capacitación al respecto para todo el personal, la conformación de equipos y preparación del personal para dirigir las acciones y controlar las situaciones que se presenten, establecer los implementos necesarios para hacer frente a una emergencia y los medios de comunicación necesarios, la definición de zonas de seguridad, entre otros.</p> <p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión hacia los hospitales base de las pautas que éstos utilizarán para la elaboración del Plan de Emergencia.</p> <p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba el Programa de Trabajo⁶¹ para la ejecución del Plan Anual para los hospitales base que deberá contener lo siguiente⁶²:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los ajustes o modificaciones aprobados al Plan⁶³. ➤ Cronograma de trabajo o la secuencia temporal en que se ejecutan las actividades. ➤ Principales hitos o actividades del Programa de Trabajo a ejecutar. ➤ Responsables en los hospitales base de cada una de las actividades. ➤ El N° de funcionarios que se beneficiará de cada acción a realizar, desagregados por hospital base. ➤ Definición de indicadores de desempeño relevantes y sus metas para evaluar la ejecución del Programa de Trabajo que se implementará en los hospitales base, los cuales deben ser incorporados en el SIG del sistema de Planificación/Control de Gestión del PMG de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. ➤ Monto del gasto presupuestado para cada actividad programada. <p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión del Programa de Trabajo a los funcionarios de los hospitales base.</p> <p><input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba las pautas que se</p>

58 Plan de Emergencia deberá ser elaborado con la asistencia técnica de expertos en materia de prevención de riesgos (Organismos administradores del Seguro Ley 16.744 y/o experto en prevención de riesgos y/o bomberos).

61 Programa de Trabajo: corresponde al conjunto de actividades, cronológicamente ordenadas, que se planificaron en función de lo establecido en el Plan. El Programa debe establecer qué se hará, cuándo, cuánto costará, quién es responsable y a quién beneficiará.

62 El Subsecretario de Redes Asistenciales dará a conocer a los Directores de los Servicios de Salud este Programa de Trabajo, durante la semana siguiente a su elaboración. El Programa de Trabajo se dará a conocer a los funcionarios de los hospitales base por sus Directores, durante la semana siguiente a la recepción desde el respectivo Servicio de Salud.

63 Los ajustes o modificaciones necesarias de introducir al Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio al 31 de diciembre del año anterior, deberán estar aprobados a más tardar el 31 de marzo del año en curso.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>base deberán utilizar para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <p>9. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión de las pautas que los hospitales base deberán utilizar para la elaboración de un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <p>10. La Subsecretaría de Redes Asistenciales supervisa la elaboración, mantención y difusión en los hospitales base de los Servicios de Salud de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Emergencia Interno y - Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. 	<p>utilizarán para la elaboración del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en los hospitales base, las que deberán abordar aspectos que permitan que los funcionarios sepan qué hacer en caso de ocurrir un accidente, a quién deben recurrir en el Servicio, en qué plazos, los medios de comunicación a utilizar dependiendo de la hora en que ocurra el accidente, dónde dirigirse para la atención médica y qué documentación deben presentar, quién debe realizar la denuncia (DIAT) ante el organismo administrador, en qué plazo debe hacerse esta denuncia, quién calificará el origen del accidente, a quién se puede recurrir para efectuar reclamos, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión hacia los hospitales base de las pautas que éstos utilizarán para la elaboración del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. <input type="checkbox"/> El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba el informe del estado de avance del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo en cada hospital base, el que deberá contener lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de avance de la implementación o actualización del Plan de Emergencia. ➤ Estado de avance de la elaboración del procedimiento de Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. Registro de la difusión del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo a los funcionarios.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>11. La Subsecretaría de Redes Asistenciales supervisa la ejecución del Plan Anual del Sistema de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo del PMG en el 50% de los hospitales base, según lo establecido en el Programa de Trabajo.⁶⁴</p> <p>12. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora con fecha de cierre al 30 de Junio y de emisión al 31 de Julio un Informe de Seguimiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las acciones definidas en el Plan Anual aprobado, en ejecución en el 50% de los hospitales base. ➤ Los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales que se han producido en el periodo en el 50% de los hospitales base. <p>13. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión del Informe de Seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba el Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan y Situaciones Extraordinarias para el 50% de los hospitales, el que deberá considerar lo siguiente⁶⁵: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado parcial de las acciones programadas realizadas en materia de Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo para el 50% de los hospitales base. ➤ N° de funcionarios beneficiados con las iniciativas (beneficiados directa e indirectamente) ➤ Descripción de la totalidad de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el periodo y de sus causas, señalando las medidas correctivas determinadas y/o implementadas. ➤ Monto de gasto ejecutado. ➤ Descripción y justificación de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas en ejecución y la programación efectuada para los hospitales base en el Programa de Trabajo. ➤ Principales acciones extraordinarias realizadas en el período. ➤ Observaciones y recomendaciones realizadas por los Comités Paritarios y los funcionarios de los hospitales base sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad. ➤ Mecanismos de difusión interna utilizados para informar a los funcionarios las iniciativas implementadas.

⁶⁴ La aplicación del Plan Anual considera el cumplimiento de los requisitos señalados en la etapa de diseño y se ajusta al Programa de Trabajo definido para su implementación.

⁶⁵ El Subsecretario de Redes Asistenciales dará a conocer a los Directores de los Servicios de Salud este Informe, durante la semana siguiente a su elaboración. El Informe de Seguimiento se dará a conocer a los funcionarios de los hospitales base por sus Directores, durante la semana siguiente a la recepción desde el respectivo Servicio de Salud

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>14. La Subsecretaría de Redes Asistenciales supervisa la ejecución del Plan Anual del Sistema de Higiene y Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo del PMG en el 100% de los hospitales base, según lo establecido en el Programa de Trabajo.⁶⁶</p> <p>15. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora, para el desarrollo del Sistema, un informe de seguimiento al 30 de septiembre de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las acciones definidas en el Plan Anual aprobado, en ejecución en el 100% de los hospitales base. ➤ Los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales que se han producido en el periodo en el 100% de los hospitales base. <p>16. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión del Informe de Seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Subsecretario de Redes Asistenciales aprueba el Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan y Situaciones Extraordinarias para el 100% de los hospitales, el que deberá considerar lo siguiente⁶⁷: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado parcial de las acciones programadas realizadas en materia de Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo para el 100% de los hospitales base. ➤ N° de funcionarios beneficiados con las iniciativas (beneficiados directa e indirectamente). ➤ Descripción de la totalidad de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el periodo y de sus causas, señalando las medidas correctivas determinadas y/o implementadas. ➤ Monto de gasto ejecutado para cada actividad. ➤ Descripción y justificación de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada para los hospitales base en el Programa de Trabajo. ➤ Principales acciones extraordinarias realizadas en el periodo. ➤ Observaciones y recomendaciones realizadas por los Comités Paritarios y los funcionarios de los hospitales base sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad. ➤ Mecanismos de difusión interna utilizados para informar a los funcionarios las iniciativas implementadas. ❑ La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión del Informe de Seguimiento a los funcionarios de los hospitales base.

⁶⁶ La aplicación del Plan Anual considera el cumplimiento de los requisitos señalados en la etapa de diseño y se ajusta al Programa de Trabajo definido para su implementación.

⁶⁷ El Subsecretario de Redes Asistenciales dará a conocer a los Directores de los Servicios de Salud este Informe, durante la semana siguiente a su elaboración. El Informe de Seguimiento se dará a conocer a los funcionarios de los hospitales base por sus Directores, durante la semana siguiente a la recepción desde el respectivo Servicio de Salud.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>17. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza evaluación de la ejecución del plan anual de mejoramiento, aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales:</p> <p>Informe de Evaluación de Resultados de la programación y ejecución del Plan Anual para los hospitales base, realizado el anterior periodo.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales evalúa los Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo en los hospitales base, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las causas de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada por la institución en el Programa de Trabajo, incluyendo las actividades del Plan de Emergencia. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan Anual. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Programa de Trabajo. ➤ Cumplimiento del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Recomendaciones derivadas de la implementación de las actividades de mejoramiento de ambientes de trabajo y de higiene y seguridad. ➤ Recomendaciones derivadas de las situaciones extraordinarias ocurridas.
<p>18. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones que incluya los compromisos de mejoramiento derivados de las recomendaciones de la evaluación realizada.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones⁶⁸, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de los compromisos asociados a las recomendaciones, plazos de los compromisos y responsables. ➤ Incorporación de los compromisos en el siguiente Plan Anual y su respectivo Programa de Trabajo, cuando corresponda.
<p>19. La Subsecretaría de Redes Asistenciales realiza seguimiento a los Servicios de Salud y a los demás establecimientos acerca de la difusión del Informe de Evaluación de Resultados.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales controla la difusión de los resultados de la evaluación de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, a los funcionarios de los hospitales base.</p> <p>Lo que deberá informar precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad.</p>
<p>20. La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Manual⁶⁹ de Procedimientos para la Mantenición del grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, el que incluye al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo ➤ Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios. ➤ Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios. ➤ Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios. ➤ Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas. ➤ Informe de Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual, según el Programa de Trabajo y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones.

68 Los compromisos que surjan de las recomendaciones deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del Plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

69 Este requisito se aplica a las instituciones que están eximida de ingresar al Programa Marco Avanzado y repiten la etapa 4.

7.5 Sistema Evaluación del Desempeño

ÁREA: RECURSOS HUMANOS

SISTEMA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

Organismo Técnico Validador: Dirección Nacional del Servicio Civil

Etapa I

Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Decreto Supremo con toma de razón, que establece fecha y número de la publicación del Reglamento Especial de Calificaciones, visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil⁷⁰.
- Definición de la Política de Evaluación del Desempeño, en el marco de la Política de Recursos Humanos del Servicio, la que considera la definición del Programa de Inducción del servicio y la definición de un procedimiento de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a.

Etapa II

Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Decreto Supremo con toma de razón, que establece fecha y número de la publicación del Reglamento Especial de Calificaciones, visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Definición de la política de Evaluación del Desempeño, en el marco de la Política de Recursos Humanos del Servicio, la que considera la definición del Programa de Inducción del servicio y la definición de un procedimiento de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a.
- Informe de Gestión de Evaluación del Desempeño que incluya a lo menos los criterios de evaluación y principales elementos del nuevo sistema de evaluación y que considere la Política de Evaluación del Desempeño e indicando la realización de la jornada de capacitación a evaluadores/as y preevaluadores/as⁷¹.

Además, el organismo técnico validador considerará:

- El Programa de Inducción del Servicio⁷².
- Certificado Digital⁷³ que acredita el registro del Programa de Capacitación anual de evaluadores/as y preevaluadores/as en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado que acredita que se realizó la capacitación exigida en el artículo 4º, inciso cuarto del D.S. N° 1.825, de 1998, del Ministerio del Interior, previo al inicio del proceso calificadorio respectivo. Ingreso en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Carta de la Asociación de Funcionarios/as o Asociaciones de Funcionarios/as, y en el caso que no las hubiere, carta de cada uno de los representantes por estamento, elegidos para la Junta Calificadora, certificando la difusión de los criterios de evaluación y los principales elementos del sistema de evaluación del desempeño.

Etapa III

Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Decreto Supremo con toma de razón, que establece fecha y número de la publicación del Reglamento Especial de Calificaciones, visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil
- Definición de la política de Evaluación del Desempeño, en el marco de la Política de Recursos Humanos del Servicio, la que considera la definición del Programa de Inducción del servicio y la definición de un procedimiento de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a.
- Informe de Gestión de Evaluación del Desempeño que incluya los criterios de evaluación y principales elementos del nuevo sistema de evaluación y que considere la Política de Evaluación del Desempeño e indicando la realización de la jornada de capacitación a evaluadores/as y preevaluadores/as; de la aplicación del sistema de evaluación del desempeño con los resultados del proceso y los resultados de la implementación de la Política de Evaluación del Desempeño con el programa de seguimiento de las recomendaciones surgidas en este período.

Además, el organismo técnico validador considerará:

- El Programa de Inducción del Servicio.
- Certificado Digital que acredita el registro del Programa de Capacitación anual de evaluadores/as y preevaluadores/as en

70 En el caso que se realicen modificaciones al Reglamento, estas deberán ser visadas nuevamente por la Dirección Nacional del Servicio Civil.

71 El reglamento general de Calificaciones DS 185/1998 (Interior) señala en el artículo 4 inciso 4, respecto a los procedimientos del sistema de calificaciones, plazos establecidos para el mismo, y respecto a criterios y políticas de la institución en materia de calificaciones.

72 Enmarcada en la directriz 1 del Código de Buenas Prácticas Laborales, referida al Proceso de Reclutamiento y Selección, en el elemento h de Inducción.

73 Estos Certificados no serán solicitados al servicio, dado que se encuentran registrados en el sistema SED PMG de la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC).

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.

- Certificado que acredita que se realizó la capacitación exigida en el artículo 4º, inciso cuarto del D.S. N° 1.825, de 1998, del Ministerio del Interior, previo al inicio del proceso calificadorio respectivo. Ingreso en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado Digital que acredita el registro del informe cuantitativo de la evaluación en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado que acredita que se cumplió con los plazos de notificación de los Informes de Desempeño⁷⁴. Registro en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil, hasta el último día hábil del mes en que debe elaborarse el informe respectivo⁷⁵, del total de informes recibidos por la unidad de personal, debidamente notificados a los/as funcionarios/as.
- Carta de la Asociación de Funcionarios/as o Asociaciones de Funcionarios/as, y en el caso que no las hubiere, carta de cada uno de los representantes por estamento, elegidos para la Junta Calificadora, certificando la difusión de los criterios de evaluación y los principales elementos del sistema de evaluación del desempeño, certificando que el proceso de evaluación del desempeño se efectuó de acuerdo a los criterios establecidos en la Etapa 2.

Etapa IV

Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado a la Dirección Nacional del Servicio Civil, que deberá contener lo siguiente:

- Decreto Supremo con toma de razón, que establece fecha y número de la publicación del Reglamento Especial de Calificaciones, visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Definición de la política de Evaluación del Desempeño, en el marco de la política de Recursos Humanos del Servicio, la que considera la definición del Programa de Inducción del servicio y la definición de un procedimiento de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a.
- Informe de Gestión de Evaluación del Desempeño que incluya los criterios de evaluación y principales elementos del nuevo sistema de evaluación y que considere la política de Evaluación del Desempeño e indicando la realización de la jornada de capacitación a evaluadores/as y preevaluadores/as; de la aplicación del sistema de evaluación del desempeño con los resultados del proceso de evaluación del desempeño y el resultado del programa de seguimiento de las recomendaciones establecidas en el período anterior; el programa de seguimiento de las recomendaciones surgidas en este período y Política de Evaluación del Desempeño diseñada.

Además, el organismo técnico validador considerará:

- El Programa de Inducción del Servicio.
- Certificado Digital que acredita el registro del Programa de Capacitación anual de evaluadores/as y preevaluadores/as en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado que acredita que se realizó la capacitación exigida en el artículo 4º, inciso cuarto del D.S. N° 1.825, de 1998, del Ministerio del Interior, previo al inicio del proceso calificadorio respectivo. Ingreso en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado Digital que acredita el registro del informe cuantitativo de la evaluación en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Certificado que acredita que se cumplió con los plazos de notificación de los Informes de Desempeño. Registro en el sitio Web de la Dirección Nacional del Servicio Civil, hasta el último día hábil del mes en que debe elaborarse el informe respectivo, del total de informes recibidos por la unidad de personal, debidamente notificados a los/as funcionarios/as.
- Carta de la Asociación de Funcionarios/as o de un representante por estamento, certificando la difusión de los criterios de evaluación y los principales elementos del sistema de evaluación del desempeño, certificando que el proceso de evaluación del desempeño se efectuó de acuerdo a los criterios establecidos en la Etapa 2 y que el proceso de evaluación del desempeño, que incluye la implementación de las recomendaciones, se efectuó de acuerdo a los criterios establecidos en el Programa de Seguimiento.
- La evaluación del Sistema y los efectos introducidos en él, describiendo los cambios generados en la institución.

74 Para aprobar la etapa debe cumplir con el 75% del total de informes tramitados correctamente.

75 Excepto para aquellos servicios que según reglamento especial establezcan un plazo superior a los 10 días para notificar los informes de desempeño a sus funcionarios/as, estos servicios deberán confirmar el plazo con la Dirección Nacional del Servicio Civil.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
SISTEMA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución dicta el Reglamento Especial de Evaluación del Desempeño, a través de Decreto Supremo.</p> <p>2. La institución formula, perfecciona una política de Evaluación del Desempeño enmarcada en la “Política de Recursos Humanos”.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio dicta el Reglamento Especial de Calificaciones a través de Decreto Supremo⁷⁶, considerando al menos los siguientes aspectos⁷⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las normas establecidas en el reglamento general de calificaciones. ➤ El listado de materias que deben ser incluidas en el reglamento y se encuentran señaladas en la guía metodológica Reglamentos Especiales de Calificaciones. ➤ La exigencia de efectuar capacitación a los actores involucrados en el proceso como requisito del proceso de calificaciones. ➤ La exigencia de incluir la hoja de observaciones del/la funcionario/a. ➤ La descripción del proceso de retroalimentación ➤ El Reglamento Especial de Calificaciones podrá incorporar las disposiciones consideradas en el Estatuto Administrativo en su Artículo 35 inciso séptimo que señala “Los reglamentos especiales propios de cada institución podrán establecer normas distintas respecto de la existencia y número de juntas calificadoras, teniendo en consideración el número de funcionarios a calificar y/o su distribución geográfica.” y artículo 38 inciso segundo que indica; “Con todo, los reglamentos especiales propios de cada institución podrán establecer otras fechas de inicio y término del período anual de desempeño a calificar”. (modificaciones incorporadas por la Ley N° 19.882). <p><input type="checkbox"/> El Servicio formula y/o perfecciona, considerando⁷⁸ los resultados de la aplicación del sistema de Evaluación de Desempeño, una Política de Evaluación del Desempeño que debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar enmarcada en la “Política de Recursos Humanos” del Servicio de acuerdo a las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil. ➤ Ser considerada como marco de acción estratégico de la gestión del desempeño individual de los/as funcionarios/as del Servicio, reflejándose en los planes de acción que realicen. ➤ Considerar la definición del Programa de Inducción del Servicio. ➤ Considerar la definición de un procedimiento de retroalimentación⁷⁹ de precalificador/a a precalificado/a, que deberá incorporar al menos, los perfiles⁸⁰ del cargo en

76 Decreto Supremo con toma de razón, que establece fecha y número de la publicación del Reglamento Especial de Calificaciones, visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil. En el caso que se realicen modificaciones al Reglamento, estas deberán ser visadas nuevamente por la Dirección Nacional del Servicio Civil. Para aquellas instituciones que aun no han dictado el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento Especial de Calificaciones que regirá para el período calificadorio 2009-2010 y para aquellas que efectuaron modificaciones al Reglamento Especial, se informa que el plazo máximo de dicho decreto Tomado Razón y publicado en el Diario Oficial, es antes del inicio del proceso calificadorio respectivo.

77 El Reglamento Especial de Calificaciones deberá exceptuar las materias que no deben ser incluidas en el reglamento según se señala en la guía metodológica Reglamentos Especiales de Calificaciones.

78 Se solicita consultar las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC) y el Documento “Orientaciones para el Diseño de Políticas de Capacitación y Evaluación del Desempeño” actualizadas de la DNSC, así como, las sugerencias específicas en la materia que esta Dirección entregue a los Servicios.

79 Mecanismo de diálogo formalmente establecido, que se efectúa en la etapa previa de notificación de la precalificación e informes de desempeño, que permite al/la precalificador/a entregar retroalimentación al/la funcionario/a con el fin de potenciar sus fortalezas y superar sus debilidades.

80 La definición de perfiles no deberá contener requerimientos que no estén asociados a las funciones, tales como sexo, domicilio,

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	base a competencias laborales definidos por el Servicio, los desafíos de la unidad a la que pertenece el funcionario/a evaluado/a y las necesidades de capacitación detectadas en este proceso.

aparición física, edad u otro. (Directriz del Instructivo Presidencial N°002 sobre buenas Prácticas Laborales, difundido a los Servicios Públicos el 15 de julio de 2007, Directriz del Instructivo Id. Página 2).

Las definiciones de perfiles de cargo en base a competencias laborales, deben ser informados a la DNSC considerando que aquellos servicios nuevos sólo deben definir hasta el IV nivel funcional y el resto de los servicios deberán definir los perfiles de cargo de todo el servicio en el plazo establecido por éste, presentando a la DNSC el plan de levantamiento de los perfiles de cargo para el cumplimiento de este requisito, de acuerdo a las Competencias establecidas en el Sistema de Capacitación.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
 SISTEMA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>3. La institución define los criterios de evaluación del desempeño.</p> <p>4. La institución aplica una política de Evaluación del Desempeño enmarcada en la “Política de Recursos Humanos”.</p> <p>5. La institución difunde a los (las) funcionarios(as) los principales elementos del sistema de evaluación del desempeño.</p> <p>6. La institución capacita a evaluadores y preevaluadores, previo al primer proceso de evaluación.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio define los criterios de evaluación, los que deberán cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar referidos a la aplicación del proceso de evaluación. ➤ Garantizar un proceso de evaluación objetivo. ➤ Garantizar un proceso aplicado con total transparencia. ➤ Garantizar criterios comunes para todos los/as funcionarios/as. ➤ Garantizar un proceso plenamente informado. <p><input type="checkbox"/> El Servicio aplica la política de Evaluación de Desempeño enmarcada en la Política de Recursos Humanos y considera en ella al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programa de Inducción ➤ Etapas del proceso de Evaluación de Desempeño <p><input type="checkbox"/> El Servicio realiza al menos una reunión con la(s) asociación(es) de funcionarios/as con representación nacional y con las de nivel regional cuando éstas no tengan expresión nacional, para informar del nuevo sistema de evaluación de desempeño.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio informa a más tardar el 31 de Marzo el (los) programa(s) de capacitación anual de evaluadores/as y preevaluadores/as, el (los) que deberá(n) contar con la aprobación de la Dirección Nacional del Servicio Civil, para lo cual deberá registrarlo en la página Web del mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio realiza la(s) actividad (es) de capacitación anual de evaluadores/as y preevaluadores/as, que deberá(n) realizarse previo al primer proceso de evaluación correspondiente al nuevo período calificadorio⁸¹. El (los) programa(s) de dicha(s) capacitación(es) deberá(n) contemplar, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fecha y lugar de la capacitación. ➤ Relevancia del sistema de evaluación del desempeño. ➤ Proceso de evaluación del desempeño y su vinculación con perfiles de cargo basado en competencias en la etapa de planificación y seguimiento del desempeño. ➤ Procedimientos de retroalimentación formalmente definidos por el Servicio. ➤ Procesos de Inducción de la Institución ➤ Criterios de evaluación. ➤ Procedimientos administrativos y plazos para efectuar el proceso de evaluación. ➤ Registro en el SISPUBLI exclusivamente por medio de la Web, de las acciones de capacitación realizadas en materias de evaluación del desempeño.

⁸¹ Esta actividad de capacitación debe estar incorporada en el Plan Anual de Capacitación del Servicio.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
 SISTEMA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>7. La institución aplica el sistema de evaluación del desempeño, en base a los criterios y procedimientos establecidos.</p> <p>8. La institución evalúa los resultados de la aplicación de la política de Evaluación del Desempeño enmarcada en la "Política de Recursos Humanos".</p> <p>9. La institución efectúa un análisis del proceso de evaluación del desempeño aplicado y los resultados de las calificaciones obtenidas.</p> <p>10. La institución elabora un Programa de Seguimiento basado en los resultados del análisis del proceso de evaluación del desempeño y de las calificaciones obtenidas, que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio aplica el sistema de evaluación del desempeño, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento de plazos del proceso por parte de cada una de las jefaturas directas y de la Oficina encargada del personal o la que haga sus veces. ➤ Notificación de los informes de desempeño, de las precalificaciones, de la calificación, de la apelación y de la ubicación en el Escalafón de Mérito, mediante firma por parte de cada uno de los/as funcionarios/as. ➤ Uso de hojas de observaciones del/la funcionario/a, tanto en los informes de desempeño como en la precalificación. ➤ Diseño y aprobación por resolución de los modelos de Hoja de Vida, Hoja de Calificaciones, Hoja de Precalificaciones, de Informes de desempeño, de Observaciones y de otros instrumentos auxiliares de calificación. ➤ Aplicación de los procedimientos de retroalimentación de precalificador/a a precalificado/a, de acuerdo a lo establecido en la etapa I y a las orientaciones de políticas de Recursos Humanos de la Dirección Nacional del Servicio Civil. El resultado de la aplicación del proceso antes señalado, debe ser comunicado a la Unidad de Recursos Humanos del Servicio. <p><input type="checkbox"/> El Servicio evalúa los resultados de la aplicación de la Política de Evaluación de Desempeño enmarcada en la Política de Recursos Humanos y considera en el análisis al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los valores que sustentan la gestión en este ámbito de acción declarado en la política de evaluación de desempeño. ➤ Nivel de cumplimiento de las acciones realizadas para lograr los objetivos de evaluación del desempeño. ➤ Aplicabilidad de la política de evaluación de desempeño según etapas del proceso de Evaluación de Desempeño. ➤ Obtaculizadores y Facilitadores para la aplicación ➤ Cambios generados en el marco normativo, principios y declaraciones, y estrategia de la política de evaluación de desempeño. <p><input type="checkbox"/> El Servicio analiza los resultados del proceso de evaluación de desempeño, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados cuantitativos; según estamento y calidad jurídica (planta y/o contrata); número de funcionarios/as según puntaje máximo; número de funcionarios/as que hicieron observaciones a sus informes de desempeño y/o precalificación; número de funcionarios/as que apelaron ante el/la Jefe/a Superior del Servicio. ➤ Resultados cualitativos; problemas detectados mediante fuente de información primaria, como entrevistas, encuestas, reuniones grupales interactivas de análisis y relevamiento de información u otras, causas que los generan y recomendaciones que sean pertinentes para su perfeccionamiento. <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora un Programa de Seguimiento de las recomendaciones, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ estableciendo compromisos, ➤ fechas, responsables y

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="760 216 1377 268">➤ justificando las recomendaciones no consideradas en el Programa de Seguimiento. <li data-bbox="760 268 1377 352">➤ Para lo anterior, debe considerar el análisis de los resultados de la implementación de la política de evaluación del desempeño en el Servicio.

ÁREA: RECURSOS HUMANOS
 SISTEMA: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>11. La institución ejecuta el Programa de Seguimiento elaborado en la etapa anterior⁸².</p> <p>12. La institución evalúa los resultados del proceso de Evaluación del Desempeño modificado y mejorado, basado en el Programa de Seguimiento aplicado.</p> <p>13. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas⁸³.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio ejecuta el Programa de Seguimiento de las Recomendaciones⁸⁴, considerando, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumple los diferentes plazos considerados en el sistema de calificaciones. ➤ Cumple los compromisos acordados. <p><input type="checkbox"/> El Servicio evalúa los resultados de la aplicación del sistema de evaluación del desempeño modificado y mejorado⁸⁵, según el Programa de Recomendaciones, y de Seguimiento de los cambios generados al sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento de los diferentes plazos considerados en el sistema de calificaciones por parte de las jefaturas directas (precalificadores, Junta Calificadora). ➤ Cumplimiento de los compromisos acordados en el programa de seguimiento. ➤ Cumplimiento en la aplicación de los criterios de evaluación definidos. ➤ Comparación⁸⁶ de la aplicación de las modificaciones al Reglamento Especial de Calificaciones efectuadas en este período con el Reglamento anterior, en los siguientes aspectos: Cumplimientos de plazos, existencias de firmas, existencia de hojas de observaciones, otros aspectos relevantes relacionados con los procesos de planificación, seguimiento y evaluación del desempeño. <p><input type="checkbox"/> El Servicio evalúa el sistema y los efectos introducidos en él y señala los cambios generados en la institución.</p>

82 Los compromisos deben ser incorporados en el ciclo del proceso de Evaluación del Desempeño, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

83 A los servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

84 Si de las recomendaciones formuladas, producto del “Informe de Resultados de las Calificaciones”, de la etapa anterior, ameritan, según opinión de la institución, modificar el Reglamento Especial de Calificaciones, se deberá cumplir el siguiente procedimiento:

- El proyecto de Decreto Supremo modificatorio debe ser visado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.
- Para aquellas instituciones que aun no han dictado el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento Especial de Calificaciones que regirá para el período calificadorio 2009-2010 y para aquellas que efectuaron modificaciones al Reglamento Especial, se informa que el plazo máximo de dicho decreto Tomado Razón y publicado en el Diario Oficial, es antes del inicio del período calificadorio respectivo.

85 Este informe aplica sólo en el evento de tener modificaciones del Reglamento Especial de Calificaciones.

86 Sólo rige este requisito para aquellos servicios que aplicaron un nuevo Reglamento por primera vez o introdujeron modificaciones en el período 2008-2009. Los servicios que no han efectuado modificaciones no deben cumplir este requisito.

7.6 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
<p>Organismos Técnicos Validadores: Secretaría General de Gobierno (SEGEGOB) - Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES)</p>
<p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.
<p>Etapa II</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.
<p>Etapa III</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.<input type="checkbox"/> Diseño/Actualización del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana actualizado<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual ejecutado durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes de los indicadores de desempeño del SIAC medidos durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes del Sistema de Información para la Gestión (SIG).
<p>Etapa IV</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.<input type="checkbox"/> Diseño/Actualización del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana actualizado<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual ejecutado durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes de los indicadores de desempeño del SIAC medidos durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes del Sistema de Información para la Gestión (SIG).<input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Programa de Seguimiento del SIAC para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Seguimiento del SIAC aplicado durante el año 2010.<input type="checkbox"/> Análisis de acciones realizadas en el año asociadas a la mantención del grado de desarrollo del sistema.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de todos los espacios de atención institucionales (OIRS, Centros de documentación, Buzones Ciudadanos, portales Web, Teléfonos, Oficinas Móviles, Call Center, Oficina de Partes, etc.) vinculando todos los espacios de atención a las definiciones estratégicas institucionales en materia de atención y entrega de información pública a la ciudadanía.</p> <p>2. La institución identifica y analiza en el diagnóstico: procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo de todos sus espacios de atención ciudadana para la recepción, seguimiento y respuesta a solicitudes ciudadanas⁸⁷.</p> <p>3. La institución identifica en el diagnóstico, aquella información pública que actualmente dispone bajo el mecanismo de Transparencia Activa⁸⁸, los procedimientos y herramientas utilizados para su publicidad y actualización, y la periodicidad con que es actualizada.</p> <p>4. La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas con el modelo de Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno⁸⁹.</p>	<p>1. La institución realiza un Diagnóstico del estado actual de todos los espacios de atención, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, identificando y analizando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definiciones Estratégicas⁹⁰ de la institución, considerando su Misión, Objetivos Estratégicos, Productos Estratégicos y Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s: <ul style="list-style-type: none"> ○ Señalando las funciones y atribuciones del servicio en materias de atención ciudadana, y cómo estas son parte de la Misión y Objetivos Estratégicos de la institución; ○ Determinando qué productos estratégicos, subproductos y productos específicos se entregan a través de los espacios de atención; ○ Determinando si la entrega de información institucional y/o la gestión de reclamos/denuncias de los ciudadanos es un producto estratégico o a qué producto estratégico se vincula. ○ Verificando la pertinencia de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas de la institución; y ○ Determinando para cuales de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas no se han definido puntos de contacto en los espacios de atención. ➤ Catastro de cada uno de los espacios de atención existentes, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ○ Distribución y cobertura territorial; ○ Especificación de los productos y/o servicios que entrega; ○ Tipificación de sus usuario(a)s; ○ Ubicación en la estructura organizacional de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstos y otros centros de responsabilidad del servicio; y ○ Nivel de equipamiento e infraestructura disponible para la atención ciudadana, identificando herramientas tecnológicas, conexión a redes, facilidad de acceso para los ciudadanos/as y la visibilidad de los espacios de atención. ➤ Personal de los espacios de atención. Identificación de los funcionarios de los espacios de atención y del personal involucrado en transparencia activa, diagnóstico de sus competencias⁹¹ y comparación con el perfil de cargos correspondiente, de acuerdo a los requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia de la función pública y de acceso a la información de la administración del estado, identificando al menos la calificación, manejo de las herramientas del Sistema y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención

87 En adelante, cada vez que se mencione “solicitudes ciudadanas” se entenderá que se hace referencia a consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones en el marco de la Ley N° 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, y a solicitudes de acceso a la información pública, de acuerdo a lo establecido en el Título IV de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado.

88 De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (Título III de la Ley).

89 Este modelo es descrito en la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC) y es elaborado por el Departamento de Información Ciudadana, de la División de Organizaciones Sociales (Ministerio Secretaría General de Gobierno) y publicado en el sitio Web <http://www.pmsgiac.gov.cl>. Esta Guía incorporará las definiciones establecidas por el Consejo para la Transparencia y la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES) en lo relativo a transparencia y acceso a información pública.

90 Las Definiciones Estratégicas deberán ser consistentes con las presentadas en la Ley de Presupuestos 2010 (Ficha A1).

91 El diagnóstico corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la institución en el marco del sistema de capacitación del PMG.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>ciudadana.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de los siguientes procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la gestión de solicitudes de acceso a información pública, y aspectos relacionados con el proceso de Transparencia Activa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos para el proceso de atención ciudadana considerando cada de las siguientes etapas: recepción⁹², tipificación⁹³, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, y su grado de adecuación a los plazos legales⁹⁴. ○ Procedimientos e instrumentos para un Sistema de Gestión y de Registro de solicitudes ciudadanas, considerando la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana⁹⁵. ○ Procedimientos actualmente operativos para dar cumplimiento de cada uno de los antecedentes que la institución debe mantener a través de su sitio electrónico obligatoriamente o que estén a disposición permanente del público relacionados con el proceso de Transparencia Activa (Artículos 6° y 7° de la Ley 20.285 y Reglamento Ley 20.285). Incluyendo: la disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar permanentemente; y ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio. ○ Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa, destinadas a retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana, identificando: <ul style="list-style-type: none"> • La disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa; y

92 La Ley 19.880 dispone que se debe registrar los siguientes datos del interesado y su solicitud: Nombre y apellidos; Lugar de notificación; Hechos, razones y peticiones en qué consiste la solicitud; Lugar y fecha; Firma del solicitante; Órgano administrativo al que dirige la solicitud; Se deberá establecer formularios de las solicitudes y ponerlos a disposición de los usuarios/as en los espacios de atención, cuando se trate de solicitudes que impliquen una serie de procedimientos. Por su parte la Ley N°20.285 en su artículo 12 dispone que la solicitud debe contener nombre, apellidos y dirección del solicitante y de su apoderado en su caso, identificación clara de lo que se requiere, firma del solicitante y órgano administrativo al que se dirige.

93 Considerando los parámetros por los cuales se identifica al usuario/a (datos de perfil, localización-contacto) y clasificación de la solicitud (tipología: solicitudes de acceso a la información pública, reclamo-queja, consulta, opinión, sugerencia, felicitación u otra) u otros descriptores propios de la Institución.

94 Los plazos que dispone la Ley 19.880, aplicables a las OIRS son: 24 horas para derivar a otra oficina cuando corresponda; 48 horas para emitir providencias de mero trámite; 10 días para emitir informes, dictámenes y otros similares; Si el interesado consulta y se le certifica que su solicitud está en situación de resolverse, desde ese momento, hay 20 días de plazo para dictar la decisión definitiva; Estos plazos se establecen en días hábiles y van desde la recepción de la solicitud. La Ley 20.285 establece que la autoridad o jefatura o jefe superior del servicio requerido sobre una solicitud de información, deberá pronunciarse, sea entregando la información solicitada o negándose a ello, en un plazo máximo de veinte días hábiles, contado desde la recepción de la solicitud que cumpla con los requisitos del artículo 12 (artículo 14, inc. 1°). Este plazo podrá ser prorrogado excepcionalmente por otros diez días hábiles, cuando existan circunstancias que hagan difícil reunir la información solicitada, caso en que el órgano requerido deberá comunicar al solicitante, antes del vencimiento del plazo, la prórroga y sus fundamentos (artículo 14, inc. 2°). Igualmente deberá considerar los plazos establecidos en los artículos 24 y siguientes de la Ley N°20.285.

95 En el caso que exista la aplicación de tecnologías de información y/o uso de Bases de Datos, se debe señalar su coherencia con los requisitos establecidos en el Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instancias de generación de información, con datos tales como estadísticas de las atenciones, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y niveles de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e • Instancias de análisis de información, mediante informes y/o reuniones del equipo directivo. <ul style="list-style-type: none"> ○ Metodologías de atención⁹⁶ y su respeto por los derechos de las personas⁹⁷. ○ Metodología existente para la aplicación de instrumentos para medir los niveles de satisfacción ciudadana. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planes anuales de difusión y diseño de instrumentos para la información y difusión de los productos y servicios institucionales, de acuerdo al perfil de la ciudadanía atendida en los espacios de atención. ➤ Evaluación de la Carta de Derechos Ciudadanos, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Su difusión en los espacios de atención catastrados; ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; a los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos Ciudadanos atinentes a la Atención y el acceso a la información pública, e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicio para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Identificación de indicadores de desempeño que midan la calidad de servicio proporcionada por la institución, la satisfacción ciudadana con el servicio proporcionada por la institución y por los espacios de atención y el logro en los procesos de atención del SIAC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Describiendo los instrumentos de registro y recolección de datos para su medición, y ○ Señalado al menos la existencia de los siguientes tipos de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); • Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en

96 Tiene relación con la aplicación de varios aspectos relacionados la atención directa con la ciudadanía, como la forma de recepcionar al usuario(a), el proceso de escucha, la correcta tipificación de la solicitud, la forma de responder la solicitud al usuario(a), el formato de despedida e invitación al usuario(a) una vez entregado el servicio y/o producto, y el correcto registro y derivación de la solicitud internamente. Estos aspectos también pueden ser denominado como "Protocolos de Atención".

97 Los derechos de las personas que estipula la Ley 19.880 son: Conocer en cualquier momento el estado de tramitación de su solicitud y obtener copia de los documentos asociados y/o devolución de los originales; Identificar autoridades y personal bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos ligados a su solicitud; Eximirse de presentar documentos que no correspondan o que estén en poder de la Administración; Acceder a los actos administrativos y sus documentos; Ser tratados con respeto y deferencia por autoridades y funcionarios/as, quienes deben facilitarles el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones; Formular alegaciones y aportar documentos antes de las resoluciones; Exigir la responsabilidad de la Administración Pública y del personal a su servicio; Obtener información sobre requisitos jurídicos y técnicos de sus solicitudes; Cualquiera otros derechos constitucionales y legales.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de solicitudes ciudadanas que operan a través de los distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, u otros); y • Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades⁹⁸. <p>□ La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas de funcionamiento entre el estado actual de todos los espacios de atención institucionales y el modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno y presentado en la Guía Metodológica 2010, analizando al menos las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vinculación entre Definiciones Estratégicas de la institución, sus funciones y atribuciones en materias de atención ciudadana y los espacios de atención. ➤ Perfil de los espacios de atención catastrados. ➤ Estructura organizacional para atención ciudadana (incluido el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa). ➤ Procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la gestión de solicitudes de acceso a información pública y aspectos relacionados con el proceso de Transparencia Activa. ➤ Carta de derechos ciudadanos. ➤ Competencias y capacitación del personal de los espacios de atención. ➤ Planes anuales de difusión y sus instrumentos. ➤ Indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.

98 Un modo de medir este concepto es a través de encuestas periódicas que recogen información de percepción de los usuarios/clientes/beneficiarios, cuyo diseño, aplicación y evaluación pueden estar a cargo de otros centros de responsabilidad de la institución y que son medidos por entidades externas. Otros métodos para conocer la calidad de servicio es el resultado de procesar la información recibida a través de reclamos/denuncias o de otros sistemas de información de la institución que recojan datos objetivos, así como de la implementación de buzones de sugerencias, de estudios de panel y de otras metodologías como la de cliente incógnito. Ejemplos más concretos de medir calidad de servicio son evaluar: el conocimiento de los usuarios/clientes/beneficiarios de sus derechos ciudadanos y sus mecanismos de ejercicio; la información que los usuarios/clientes/beneficiarios conocen sobre programas y beneficios de la institución, así como la claridad de cómo es entregada por la institución; cortesía, oportunidad, responsabilidad, accesibilidad, precisión, efectividad y/o continuidad en la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la institución (otros conceptos a emplear puede ser también: atención rápida, inmediata, sin listas de espera, entrega inmediata, utilización inmediata del servicio desde el momento en que se solicita; atención personalizada, confianza, etc); ajuste/desajuste entre las perspectivas, necesidades y/o prioridades los usuarios/clientes/beneficiarios respecto de los bienes y/o servicios proporcionada por la institución y el servicio/producto efectivamente recibido; y/u otros.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>5. La institución diseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC), adaptado a su realidad institucional, de acuerdo a los resultados del diagnóstico, que coordine todos los espacios de atención institucional, y permita y promueva el ejercicio de los derechos ciudadanos y el conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos, definiendo para las solicitudes ciudadanas: metodologías de atención; procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta; un sistema de gestión; y un sistema de registro.</p> <p>6. La institución define indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.</p> <p>7. La institución incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) indicador(es) de desempeño relevantes de aquellos definidos para el SIAC, en cuanto midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC.</p> <p>8. La institución elabora un Plan General de Implementación del SIAC diseñado, para el año en curso y siguientes, especificando: su objetivo general y específicos; los espacios de atención que se integrarán al SIAC cada año; la implementación de infraestructura para la atención; la capacitación funcionaria en materias que se vinculen al Sistema; y la difusión de los derechos ciudadanos y los</p>	<p>2. La institución diseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana aplicable a todos sus espacios de atención, a partir de los resultados del diagnóstico, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, que incluya al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar su contribución a las definiciones estratégicas del Servicio y sus funciones en materia de atención ciudadana. ➤ Objetivos generales y específicos del Sistema. ➤ Ubicación de los espacios de atención en la estructura organizacional, identificando los flujos comunicacionales entre estos y otras secciones del Servicio. ➤ Diseño del proceso de atención ciudadana, que garantice el ejercicio de los derechos de las personas de acuerdo con la Ley N°19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado y la Ley N°20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (en lo referido a solicitudes de acceso a la información pública), a través de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, que respeten los plazos legales, y basados en flujogramas; ○ Un Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas, que considere la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana; y ○ Metodologías a utilizar para la atención a ciudadanos/as⁹⁹, que asegure el respeto de los derechos de las personas. ➤ Diseño de un procedimiento para la operación del proceso de Transparencia Activa, que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público¹⁰⁰. ➤ Descripción de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana, señalando, cuando sea aplicable: el equipamiento tecnológico, la conexión a redes, la facilidad de acceso, visibilidad y otros aspectos de este tipo que la institución considere relevantes. ➤ Definición de una metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y la periodicidad de la medición. ➤ Definición de una metodología para la elaboración de la Carta de derechos ciudadanos que asegure: <ul style="list-style-type: none"> ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos Ciudadanos atingentes a la atención y el acceso a la información pública, e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y

99 Las Metodologías de Atención también pueden ser denominadas como “Protocolos de Atención”.

100 Este procedimiento debe también asegurar la aplicación de las instrucciones para el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa, señaladas en el Reglamento de la Ley N°20.285, así como en el ORD. (GABMIN) N°413 del 13 de abril de 2009 del Ministro de Hacienda y Ministro Secretario General de la Presidencia, dirigido a todos los jefes de Servicio y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>

<p>compromisos institucionales en materias de atención ciudadana.</p> <p>9. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, señalando al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicios para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Perfil de competencias del personal de los espacios de atención, al menos en relación la calificación, manejo de las herramientas del sistema, y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana. ➤ Procedimientos e instrumentos a través del cual se asegure la coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC, que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ La elaboración de informe(s) con estadísticas de las solicitudes ciudadanas recibidas, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y nivel de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e ○ Instancias periódicas de análisis del equipo directivo, que permitan retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana. <p>☐ La institución define los indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC, de acuerdo a los resultados del Diagnóstico y el Modelo Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando el nombre de cada indicador de desempeño; ➤ Señalando la meta anual de cada indicador de desempeño, cuando exista información que permita su establecimiento; ➤ Señalando los supuestos¹⁰¹ establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación; ➤ Señalando correctamente la fórmula o algoritmo de cálculo (Unidad de medida, periodicidad o frecuencia); ➤ Señalando el o los medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos¹⁰²; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio; y ➤ Asegurando que consignen información relevante al menos de las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> ○ Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); ○ Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros); ○ Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de solicitudes que operan a través de los distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, y/u otros); y
---	--

101 Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

102 Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades. <p>☐ La institución incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes de aquellos definidos para el SIAC, en cuanto a midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleccionando los indicadores de desempeño definidos, que midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC; ➤ Identificando el centro de responsabilidad a cargo de los indicadores de desempeño seleccionados¹⁰³; ➤ Incorporando los indicadores de desempeño seleccionados en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de la Institución; y ➤ Asegurando que los indicadores de desempeño sean parte de los reportes del SIG, con el respectivo análisis de sus resultados, identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del (o los) indicadores en análisis. <p>☐ La institución elabora, de acuerdo con el Modelo SIAC diseñado, un Plan General de Implementación del SIAC, para el año en curso y siguientes, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, el cual deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y específicos del Plan; ➤ Espacios de atención a implementar cada año, bajo el Modelo SIAC diseñado, con su respectivo alcance geográfico cuando corresponda; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos, según las definiciones establecidas en el Modelo SIAC diseñado. ➤ Plan de difusión que incorpore: <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión de la carta de derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materias de atención ciudadana; ○ Instrumentos para la difusión y entrega de información sobre los productos y servicios institucionales, considerando todos los espacios de atención; ○ La promoción y conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos; y ○ El alcance que cada año tendrá la implementación del Plan de difusión. ➤ Acciones de capacitación para los funcionarios y funcionarias, según perfiles y competencias analizados en el diagnóstico, para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de
--	--

¹⁰³ Basado en la estructura organizacional del Servicio y definidos en el Sistema de Planificación y Control de Gestión.

	<p>Información y Atención Ciudadana y la aplicación de la metodología de atención¹⁰⁴, y el alcance que cada año tendrá su ejecución.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, el cual deberá incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos de la implementación del Sistema para el siguiente periodo; y ➤ Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.
--	--

104 La institución debe capacitar a sus funcionarios especialmente para asegurar el nivel de conocimiento y destrezas en la entrega de respuestas a solicitudes de información pública y para el desempeño de las funciones del SIAC, según lo dispuesto en el párrafo II, Título II de la ley N° 18.834.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>10. La institución implementa el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, con base al Programa de Trabajo Anual elaborado en la etapa anterior, poniendo en operación las metodologías de atención, los procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta, el sistema de gestión de solicitudes ciudadana, y el sistema de registro de solicitudes ciudadana.</p> <p>11. La institución mide los indicadores de desempeño, elaborados e identificados a ser medidos durante el año, definidos en la etapa anterior y analiza sus resultados.</p> <p>12. La institución controla el funcionamiento del SIAC e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<p>13. La Institución implementa el SIAC de acuerdo al programa de trabajo definido en la etapa anterior¹⁰⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementando el proceso de atención ciudadana, a través de la operación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; ○ Aplicación de las metodologías de atención; ○ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución; y ○ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de derechos ciudadanos. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del proceso de transparencia activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público. ➤ Ejecutando el plan de difusión, considerando la carta de derechos ciudadanos y la promoción del conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos. ➤ Ejecutando las acciones de capacitación a los funcionarios/as para asegurar el desempeño adecuado del SIAC y la aplicación de las metodologías de atención. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC. ➤ Identificando los aspectos del Sistema que no permiten su pleno funcionamiento y realizando las modificaciones necesarias, que permitan el mejoramiento del desempeño del Sistema, las que deben estar justificadas. <p>☐ La institución mide los indicadores de desempeño para monitorear el logro en los procesos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, para lo cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados en la etapa anterior (nuevos y existentes) a ser medidos en el año. ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de recolección de información, necesaria para poblar los datos, a través de la aplicación de encuestas, creación de bases de datos, otros. ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información, a través de la elaboración de informes consolidados, reportes a las autoridades de la Institución, registros con datos agregados, otros. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana. ➤ Elabora, modifica y/o mejora los reportes a las autoridades del Servicio, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones. ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores

105 Para apoyar el proceso de implementación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://www.pmgciac.gov.cl>

	<p>identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe a cargo de los espacios de atención.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Resumen Ejecutivo del Reporte con un análisis de los resultados relevantes de los indicadores de desempeño evaluados y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación.
--	--

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>13. La institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana de acuerdo a lo establecido en Programa de Trabajo Anual y analiza el funcionamiento de todos los espacios de atención institucional, el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño, el perfil de los usuario/as que estos atienden, las brechas entre los resultados efectivos y las metas comprometidas, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período.</p> <p>14. La institución diseña un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas, e identificando los plazos de ejecución y responsables.</p> <p>15. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior¹⁰⁶.</p> <p>16. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹⁰⁷.</p>	<p>17. La Institución evalúa los resultados de la implementación del SIAC, considerando, al menos, los siguientes aspectos¹⁰⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del funcionamiento de los todos los espacios de atención institucional y el perfil de los ciudadanos(as) que éstos atienden. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de atención ciudadana para todos los espacios de atención, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; y ○ Las metodologías de atención. ➤ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y análisis de sus resultados. ➤ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de derechos ciudadanos. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de Transparencia Activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público. ➤ Análisis de la ejecución del Plan de difusión. ➤ Análisis de los resultados de la capacitación a los funcionarios para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana y los procesos de acceso a la información pública y de transparencia activa, conforme a la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, y la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado. ➤ Análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional SIAC. ➤ Identificación y análisis de las brechas entre los logros alcanzados y el Modelo SIAC diseñado, y las causas que los originaron. ➤ Formulación de recomendaciones de mejoramiento, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, que permitan superar las brechas detectadas y el mejoramiento continuo del sistema. <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento que deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las Recomendaciones formuladas en la evaluación de resultados de la implementación del SIAC; ➤ Los compromisos derivados de las recomendaciones de mejoramiento formuladas que permitan superar las brechas y sus

¹⁰⁶ Este objetivo no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la etapa 4 del SIAC.

¹⁰⁷ A los Servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

¹⁰⁸ Para apoyar el proceso de evaluación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://www.pmgsiac.gov.cl>

	<p>causas y que aseguren la realización de acciones tendientes a la mejora del modelo SIAC de la institución,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificando para cada compromiso las actividades, los plazos de ejecución, responsables e indicadores para medir su cumplimiento. <p>❑ La institución implementa el Programa de Seguimiento para el Sistema Integral de Atención Ciudadana, definido en el año anterior, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El grado de cumplimiento de cada uno de los compromisos; ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento; y ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos. <p>❑ La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, asegurando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La actualización y difusión permanente de los procedimientos de registro, recepción, derivación y respuesta de las solicitudes ciudadanas. ➤ La actualización y difusión permanente de la Carta de Derechos Ciudadanos de acuerdo al plan anual de difusión. ➤ La capacitación continua del personal del SIAC, con el fin de optimizar el desempeño de los espacios de atención, y de actualizar conocimientos y orientar el quehacer funcionario, de acuerdo a los nuevos requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia. ➤ La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del SIAC, relativos a la optimización de los procesos de atención, tiempos de respuesta a las solicitudes, la calidad de la atención y el acceso a la información pública de la institución, y el cumplimiento regular de las metas comprometidas para cada uno de ellos. ➤ La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional, con información estadística respecto al tipo de solicitudes y perfil de los usuarios/as, que facilite la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de atención ciudadana y acceso a la información pública.
--	--

7.7 Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana Subsecretaría de Redes Asistenciales

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA
Subsecretaría de Redes Asistenciales

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismos Técnicos Validadores: Secretaría General de Gobierno (SEGEGOB) - Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES)
<p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.de los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales)
<p>Etapa II</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.de los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales)<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación Aplicación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana para los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales).<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.
<p>Etapa III</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.de los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales)<input type="checkbox"/> Diseño/Actualización del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana para los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales) actualizado.<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual ejecutado durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes de los indicadores de desempeño del SIAC medidos durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes del Sistema de Información para la Gestión (SIG).
<p>Etapa IV</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.de los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales)<input type="checkbox"/> Diseño/Actualización del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana para los establecimientos de la Red Asistencial de Salud (Atención Primaria y Hospitales) actualizado.<input type="checkbox"/> Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.<input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual ejecutado durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes de los indicadores de desempeño del SIAC medidos durante el 2010.<input type="checkbox"/> Reportes del Sistema de Información para la Gestión (SIG).<input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación de la Aplicación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.<input type="checkbox"/> Programa de Seguimiento del SIAC para el 2011.<input type="checkbox"/> Resultados de la implementación del Programa de Seguimiento del SIAC aplicado durante el año 2010.<input type="checkbox"/> Análisis de acciones realizadas en el año asociadas a la mantención del grado de desarrollo del sistema.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba el diagnóstico del estado actual de todos los espacios de atención institucionales (OIRS, Centros de documentación, Buzones Ciudadanos, portales Web, Teléfonos, Oficinas Móviles, Call Center, Oficina de Partes, etc.) vinculando todos los espacios de atención a las definiciones estratégicas institucionales en materia de atención y entrega de información pública a la ciudadanía, en el 100% de los establecimientos de Atención Primaria y el 90% de los hospitales, y presenta informes a la Secretaría General de Gobierno (SEGEOB).</p> <p>2. El diagnóstico debe identificar y analizar procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo de del 100% de los establecimientos de Atención Primaria y el 90% de los hospitales de espacios de atención ciudadana para la recepción, seguimiento y respuesta a solicitudes ciudadanas¹⁰⁹.</p> <p>3. El diagnóstico debe identificar aquella información pública que actualmente disponen el 100% de los establecimientos de Atención Primaria y el 90% de los hospitales bajo el mecanismo de Transparencia Activa¹¹⁰, los procedimientos y herramientas utilizados para su publicidad y actualización, y la periodicidad con que es actualizada.</p> <p>4. La Subsecretaría de Redes Asistenciales compara los resultados del diagnóstico y establece brechas con el modelo de Sistema Integral de</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba el Diagnóstico del estado actual de todos los espacios de atención de los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, identificando y analizando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definiciones Estratégicas¹¹² de la institución, considerando su Misión, Objetivos Estratégicos, Productos Estratégicos y Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s: <ul style="list-style-type: none"> ○ Señalando las funciones y atribuciones del servicio en materias de atención ciudadana, y cómo estas son parte de la Misión y Objetivos Estratégicos de la institución; ○ Determinando qué productos estratégicos, subproductos y productos específicos se entregan a través de los espacios de atención; ○ Determinando si la entrega de información institucional y/o la gestión de reclamos/denuncias de los ciudadanos es un producto estratégico o a qué producto estratégico se vincula. ○ Verificando la pertinencia de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas de la institución; y ○ Determinando para cuales de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas no se han definido puntos de contacto en los espacios de atención. ➤ Catastro de los espacios de atención de los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ○ Distribución y cobertura territorial; ○ Especificación de los productos y/o servicios que entrega; ○ Tipificación de sus usuario(a)s; ○ Ubicación en la estructura organizacional de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstos y otros centros de responsabilidad del servicio; y ○ Nivel de equipamiento e infraestructura disponible para la atención ciudadana, identificando herramientas tecnológicas, conexión a redes, facilidad de acceso para los ciudadanos/as y la visibilidad de los espacios de atención. ➤ Personal de los espacios de atención. Identificación de los funcionarios de los espacios de atención y del personal involucrado en transparencia activa, diagnóstico de sus competencias¹¹³ y comparación con el perfil de cargos correspondiente, de acuerdo a los requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia de la función pública y de acceso a la información de la administración del estado, identificando al menos la calificación, manejo de las herramientas del Sistema y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana. ➤ Descripción de los siguientes procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la

¹⁰⁹ En adelante, cada vez que se mencione “solicitudes ciudadanas” se entenderá que se hace referencia a consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones en el marco de la Ley N° 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, y a solicitudes de acceso a la información pública, de acuerdo a lo establecido en el Título IV de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado.

¹¹⁰ De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (Título III de la Ley).

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno¹¹¹.</p>	<p>gestión de solicitudes de acceso a información pública, y aspectos relacionados con el Proceso de Transparencia Activa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos para el proceso de atención ciudadana considerando cada de las siguientes etapas: recepción¹¹⁴, tipificación¹¹⁵, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, y su grado de adecuación a los plazos legales¹¹⁶. ○ Procedimientos e instrumentos para un Sistema de Gestión y de Registro de solicitudes ciudadanas, considerando la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana¹¹⁷. ○ Procedimientos actualmente operativos para dar cumplimiento de cada uno de los antecedentes que la institución debe mantener a través de su sitio electrónico obligatoriamente o que estén a disposición permanente del público relacionados con el Proceso de Transparencia Activa (Artículos 6° y 7° de la Ley 20.285 y Reglamento Ley 20.285). Incluyendo: la disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar permanentemente; y ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio.

¹¹² Las Definiciones Estratégicas deberán ser consistentes con las presentadas en la Ley de Presupuestos 2010 (Ficha A1).

¹¹³ El diagnóstico corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la institución en el marco del sistema de capacitación del PMG.

¹¹¹ Este modelo es descrito en la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC) y es elaborado por el Departamento de Información Ciudadana, de la División de Organizaciones Sociales (Ministerio Secretaría General de Gobierno) y publicado en el sitio Web <http://www.pmsgiac.gov.cl>. Esta Guía incorporará las definiciones establecidas por el Consejo para la Transparencia y la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES) en lo relativo a transparencia y acceso a información pública.

¹¹⁴ La Ley 19.880 dispone que se debe registrar los siguientes datos del interesado y su solicitud: Nombre y apellidos; Lugar de notificación; Hechos, razones y peticiones en qué consiste la solicitud; Lugar y fecha; Firma del solicitante; Órgano administrativo al que dirige la solicitud; Se deberá establecer formularios de las solicitudes y ponerlos a disposición de los usuarios/as en los espacios de atención, cuando se trate de solicitudes que impliquen una serie de procedimientos. Por su parte la Ley N°20.285 en su artículo 12 dispone que la solicitud debe contener nombre, apellidos y dirección del solicitante y de su apoderado en su caso, identificación clara de lo que se requiere, firma del solicitante y órgano administrativo al que se dirige.

¹¹⁵ Considerando los parámetros por los cuales se identifica al usuario/a (datos de perfil, localización-contacto) y clasificación de la solicitud (tipología: solicitudes de acceso a la información pública, reclamo-queja, consulta, opinión, sugerencia, felicitación u otra) u otros descriptores propios de la Institución.

¹¹⁶ Los plazos que dispone la Ley 19.880, aplicables a las OIRS son: 24 horas para derivar a otra oficina cuando corresponda; 48 horas para emitir providencias de mero trámite; 10 días para emitir informes, dictámenes y otros similares; Si el interesado consulta y se le certifica que su solicitud está en situación de resolverse, desde ese momento, hay 20 días de plazo para dictar la decisión definitiva; Estos plazos se establecen en días hábiles y van desde la recepción de la solicitud. La Ley 20.285 establece que la autoridad o jefatura o jefe superior del servicio requerido sobre una solicitud de información, deberá pronunciarse, sea entregando la información solicitada o negándose a ello, en un plazo máximo de veinte días hábiles, contado desde la recepción de la solicitud que cumpla con los requisitos del artículo 12 (artículo 14, inc. 1°). Este plazo podrá ser prorrogado excepcionalmente por otros diez días hábiles, cuando existan circunstancias que hagan difícil reunir la información solicitada, caso en que el órgano requerido deberá comunicar al solicitante, antes del vencimiento del plazo, la prórroga y sus fundamentos (artículo 14, inc. 2°). Igualmente deberá considerar los plazos establecidos en los artículos 24 y siguientes de la Ley N°20.285.

¹¹⁷ En el caso que exista la aplicación de tecnologías de información y/o uso de Bases de Datos, se debe señalar su coherencia con los requisitos establecidos en el Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa, destinadas a retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana, identificando: <ul style="list-style-type: none"> • La disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa; y ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio. • Instancias de generación de información, con datos tales como estadísticas de las atenciones, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y niveles de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e • Instancias de análisis de información, mediante informes y/o reuniones del equipo directivo. ○ Metodologías de atención¹¹⁸ y su respeto por los derechos de las personas¹¹⁹. ○ Metodología existente para la aplicación de instrumentos para medir los niveles de satisfacción ciudadana. ➤ Planes anuales de difusión y diseño de instrumentos para la información y difusión de los productos y servicios institucionales, de acuerdo al perfil de la ciudadanía atendida en los espacios de atención. ➤ Evaluación de la Carta de Derechos Ciudadanos, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Su difusión en los espacios de atención catastrados; ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; a los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos Ciudadanos atinentes a la Atención y el acceso a la información pública, e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicio para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Identificación de indicadores de desempeño que midan la calidad de servicio proporcionada por la institución, la satisfacción ciudadana con el servicio proporcionada por la institución y por los espacios de atención y el logro en los procesos de atención del SIAC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Describiendo los instrumentos de registro y recolección de datos para su medición, y

¹¹⁸ Tiene relación con la aplicación de varios aspectos relacionados la atención directa con la ciudadanía, como la forma de recepcionar al usuario(a), el proceso de escucha, la correcta tipificación de la solicitud, la forma de responder la solicitud al usuario(a), el formato de despedida e invitación al usuario(a) una vez entregado el servicio y/o producto, y el correcto registro y derivación de la solicitud internamente. Estos aspectos también pueden ser denominado como “Protocolos de Atención”.

¹¹⁹ Los derechos de las personas que estipula la Ley 19.880 son: Conocer en cualquier momento el estado de tramitación de su solicitud y obtener copia de los documentos asociados y/o devolución de los originales; Identificar autoridades y personal bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos ligados a su solicitud; Eximirse de presentar documentos que no correspondan o que estén en poder de la Administración; Acceder a los actos administrativos y sus documentos; Ser tratados con respeto y deferencia por autoridades y funcionarios/as, quienes deben facilitarles el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones; Formular alegaciones y aportar documentos antes de las resoluciones; Exigir la responsabilidad de la Administración Pública y del personal a su servicio; Obtener información sobre requisitos jurídicos y técnicos de sus solicitudes; Cualquiera otros derechos constitucionales y legales.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Señalado al menos la existencia de los siguientes tipos de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); • Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros); • Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de solicitudes ciudadanas que operan a través de los distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, u otros); y • Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades¹²⁰. □ La Subsecretaría de Redes Asistenciales compara los resultados del diagnóstico y establece brechas de funcionamiento entre el estado actual de todos los espacios de atención de los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), y el modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno y presentado en la Guía Metodológica 2010, analizando al menos las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Vinculación entre Definiciones Estratégicas de la institución, sus funciones y atribuciones en materias de atención ciudadana y los espacios de atención. ➢ Perfil de los espacios de atención catastrados. ➢ Estructura organizacional para atención ciudadana (incluido el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa). ➢ Procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la gestión de solicitudes de acceso a información pública y aspectos relacionados con el Proceso de Transparencia Activa. ➢ Carta de Derechos Ciudadanos. ➢ Competencias y capacitación del personal de los espacios de atención. ➢ Planes anuales de difusión y sus instrumentos.

¹²⁰ Un modo de medir este concepto es a través de encuestas periódicas que recogen información de percepción de los usuarios/clientes/beneficiarios, cuyo diseño, aplicación y evaluación pueden estar a cargo de otros centros de responsabilidad de la institución y que son medidos por entidades externas. Otros métodos para conocer la calidad de servicio es el resultado de procesar la información recibida a través de reclamos/denuncias o de otros sistemas de información de la institución que recojan datos objetivos, así como de la implementación de buzones de sugerencias, de estudios de panel y de otras metodologías como la de cliente incógnito. Ejemplos más concretos de medir calidad de servicio son evaluar: el conocimiento de los usuarios/clientes/beneficiarios de sus derechos ciudadanos y sus mecanismos de ejercicio; la información que los usuarios/clientes/beneficiarios conocen sobre programas y beneficios de la institución, así como la claridad de cómo es entregada por la institución; cortesía, oportunidad, responsabilidad, accesibilidad, precisión, efectividad y/o continuidad en la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la institución (otros conceptos a emplear puede ser también: atención rápida, inmediata, sin listas de espera, entrega inmediata, utilización inmediata del servicio desde el momento en que se solicita; atención personalizada, confianza, etc.); ajuste/desajuste entre las perspectivas, necesidades y/o prioridades los usuarios/clientes/beneficiarios respecto de los bienes y/o servicios proporcionada por la institución y el servicio/producto efectivamente recibido; y/u otros.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	➤ Indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>5. La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba diseño de un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC), para los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), de acuerdo a los resultados del diagnóstico, que coordine todos los espacios de atención institucional, y permita y promueva el ejercicio de los derechos ciudadanos y el conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de los establecimientos de la red asistencial de salud por mecanismos expeditos y oportunos, definiendo para las solicitudes ciudadanas: metodologías de atención; procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta; un sistema de gestión; y un sistema de registro.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba el diseño de un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana aplicable a los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), a partir de los resultados del diagnóstico, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, que incluya al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar su contribución a las definiciones estratégicas del Servicio y sus funciones en materia de atención ciudadana. ➤ Objetivos generales y específicos del Sistema. ➤ Número de establecimientos de salud en que se aplicará el Modelo, indicando el cronograma de operación. ➤ Diseño del proceso de atención ciudadana, que garantice el ejercicio de los derechos de las personas de acuerdo con la Ley N°19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado y la Ley N°20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (en lo referido a solicitudes de acceso a la información pública), a través de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, que respeten los plazos legales, y basados en flujogramas; ○ Un Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas, que considere la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana; y ○ Metodologías a utilizar para la atención a ciudadanos/as¹²¹, que asegure el respeto de los derechos de las personas. ➤ Diseño de un procedimiento para la operación del Proceso de Transparencia Activa, que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público¹²². ➤ Descripción de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana, señalando, cuando sea aplicable: el equipamiento tecnológico, la conexión a redes, la facilidad de acceso, visibilidad y otros aspectos de este tipo que la institución considere relevantes. ➤ Definición de una metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y la periodicidad de la medición. ➤ Definición de una metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos que asegure: <ul style="list-style-type: none"> ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos Ciudadanos atinentes a la atención y el acceso a la información pública, e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario

¹²¹ Las Metodologías de Atención también pueden ser denominadas como "Protocolos de Atención".

¹²² Este procedimiento debe también asegurar la aplicación de las instrucciones para el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa, señaladas en el Reglamento de la Ley N°20.285, así como en el ORD. (GABMIN) N°413 del 13 de abril de 2009 del Ministro de Hacienda y Ministro Secretario General de la Presidencia, dirigido a todos los jefes de Servicio y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>

<p>6. La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora diagnóstico del uso de indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.</p> <p>7. La Subsecretaría de Redes Asistenciales define indicadores de desempeño midan aspectos importantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales).</p>	<p>de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicios para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Perfil de competencias del personal de los espacios de atención, al menos en relación la calificación, manejo de las herramientas del sistema, y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana. ➤ Procedimientos e instrumentos a través del cual se asegure la coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC, que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ La elaboración de informe(s) con estadísticas de las solicitudes ciudadanas recibidas, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y nivel de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e ○ Instancias periódicas de análisis del equipo directivo, que permitan retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana. <p>□ La Subsecretaría de Redes Asistenciales define indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC, de acuerdo a los resultados del Diagnóstico y el Modelo Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando el nombre de cada indicador de desempeño; ➤ Señalando la meta anual de cada indicador de desempeño, cuando exista información que permita su establecimiento; ➤ Señalando los supuestos¹²³ establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación; ➤ Señalando correctamente la fórmula o algoritmo de cálculo (Unidad de medida, periodicidad o frecuencia); ➤ Señalando el o los medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos¹²⁴; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio; y ➤ Asegurando que consignen información relevante al menos de las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> ○ Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); ○ Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros); ○ Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de solicitudes que operan a través de los
---	--

¹²³ Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

¹²⁴ Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

<p>8. Asistenciales aprueba Plan General de Implementación del SIAC en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), para el año en curso y siguientes, especificando, el cual debe contener: su objetivo general y específicos; los espacios de atención que se integrarán al SIAC cada año; la implementación de infraestructura para la atención; la capacitación funcionaria en materias que se vinculen al Sistema; y la difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materias de atención ciudadana.</p>	<p>distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, y/u otros); y</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades. <p>□ La Subsecretaría de Redes Asistenciales incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes de aquellos definidos para el SIAC, en cuanto a midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleccionando los indicadores de desempeño definidos, que midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC; ➤ Identificando el centro de responsabilidad a cargo de los indicadores de desempeño seleccionados¹²⁵; ➤ Incorporando los indicadores de desempeño seleccionados en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de la Institución; y ➤ Asegurando que los indicadores de desempeño sean parte de los reportes del SIG, con el respectivo análisis de sus resultados, identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del (o los) indicadores en análisis. <p>□ La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora, de acuerdo con el Modelo SIAC diseñado, un Plan General de Implementación del SIAC, para el año en curso y siguientes, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, el cual deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y específicos del Plan; ➤ Espacios de atención a implementar cada año, bajo el Modelo SIAC diseñado, con su respectivo alcance geográfico cuando corresponda; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos, según las definiciones establecidas en el Modelo SIAC diseñado. ➤ Plan de difusión que incorpore: <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión de la Carta de Derechos Ciudadanos y los compromisos institucionales en materias de atención ciudadana; ○ Instrumentos para la difusión y entrega de información sobre los productos y servicios institucionales, considerando todos los espacios de atención; ○ La promoción y conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos; y ○ El alcance que cada año tendrá la implementación del Plan de difusión. ➤ Acciones de capacitación para los funcionarios y funcionarias,
--	---

¹²⁵ Basado en la estructura organizacional del Servicio y definidos en el Sistema de Planificación y Control de Gestión.

<p>9. La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), el cual debe contener al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p>según perfiles y competencias analizados en el diagnóstico, para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana y la aplicación de la metodología de atención¹²⁶, y el alcance que cada año tendrá su ejecución.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La Subsecretaría de Redes Asistenciales elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, el cual deberá incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos de la implementación del Sistema para el siguiente periodo; y ➤ Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.
---	---

¹²⁶ La institución debe capacitar a sus funcionarios especialmente para asegurar el nivel de conocimiento y destrezas en la entrega de respuestas a solicitudes de información pública y para el desempeño de las funciones del SIAC, según lo dispuesto en el párrafo II, Título II de la ley N° 18.834.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>10. La Subsecretaría de Redes Asistenciales apoya la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), con base al Programa de Trabajo Anual aprobado en la etapa anterior, poniendo en operación las metodologías de atención, los procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta, el sistema de gestión de solicitudes ciudadana, y el sistema de registro de solicitudes ciudadana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Subsecretaría de Redes Asistenciales apoya la implementación del SIAC de acuerdo al programa de trabajo definido en la etapa anterior¹²⁷: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementando el proceso de atención ciudadana, a través de la operación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; ○ Aplicación de las metodologías de atención; ○ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución; y ○ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del Proceso de Transparencia Activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público. ➤ Ejecutando el plan de difusión, considerando la Carta de Derechos Ciudadanos y la promoción del conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos. ➤ Ejecutando las acciones de capacitación a los funcionarios/as para asegurar el desempeño adecuado del SIAC y la aplicación de las metodologías de atención. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC. ➤ Identificando los aspectos del Sistema que no permiten su pleno funcionamiento y realizando las modificaciones necesarias, que permitan el mejoramiento del desempeño del Sistema, las que deben estar justificadas.
<p>11. La Subsecretaría de Redes Asistenciales mide los indicadores de desempeño, elaborados e identificados a ser medidos durante el año, definidos en la etapa anterior y analiza sus resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Subsecretaría de Redes Asistenciales mide los indicadores de desempeño para monitorear el logro en los procesos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados en la etapa anterior (nuevos y existentes) a ser medidos en el año. ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de recolección de información, necesaria para poblar los datos, a través de la aplicación de encuestas, creación de bases de datos, otros.
<p>12. La Subsecretaría de Redes Asistenciales apoya el funcionamiento del SIAC en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales) e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información, a través de la elaboración de informes consolidados, reportes a las autoridades de la Institución, registros con datos agregados, otros. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana. ➤ Elabora, modifica y/o mejora los reportes a las autoridades del Servicio, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones. ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores

¹²⁷ Para apoyar el proceso de implementación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://www.pmgsiac.gov.cl>

	<p>identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe a cargo de los espacios de atención.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Resumen Ejecutivo del Reporte con un análisis de los resultados relevantes de los indicadores de desempeño evaluados y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación.
--	--

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>13. La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba informe con los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana SIAC en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales) de acuerdo a lo establecido en Programa de Trabajo Anual y analiza el funcionamiento de todos los espacios de atención institucional, el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño, el perfil de los usuario/as que estos atienden, las brechas entre los resultados efectivos y las metas comprometidas, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales evalúa los resultados de la implementación del SIAC, considerando, al menos, los siguientes aspectos¹³⁰: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del funcionamiento de los todos los espacios de atención institucional y el perfil de los ciudadanos(as) que éstos atienden. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de atención ciudadana para todos los espacios de atención, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; y ○ Las metodologías de atención. ➤ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y análisis de sus resultados. ➤ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del Proceso de Transparencia Activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público.
<p>14. La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana de los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas, e identificando los plazos de ejecución y responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de la ejecución del Plan de Difusión. ➤ Análisis de los resultados de la capacitación a los funcionarios para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana y los procesos de acceso a la información pública y de transparencia activa, conforme a la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, y la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado. ➤ Análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional SIAC.
<p>15. La Subsecretaría de Redes Asistenciales apoya la implementación de los compromisos en los establecimientos de la red asistencial de salud (Atención Primaria y Hospitales), establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior¹²⁸.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y análisis de las brechas entre los logros alcanzados y el Modelo SIAC diseñado, y las causas que los originaron. ➤ Formulación de recomendaciones de mejoramiento, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, que permitan superar las brechas detectadas y el mejoramiento continuo del sistema.
<p>16. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹²⁹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Subsecretaría de Redes Asistenciales aprueba un Programa de Seguimiento que deberá incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las Recomendaciones formuladas en la evaluación de resultados de la implementación del SIAC; ➤ Los compromisos derivados de las recomendaciones de

¹²⁸ Este objetivo no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la etapa 4 del SIAC.

¹²⁹ A los Servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

	<p>mejoramiento formuladas que permitan superar las brechas y sus causas y que aseguren la realización de acciones tendientes a la mejora del modelo SIAC de la institución,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificando para cada compromiso las actividades, los plazos de ejecución, responsables e indicadores para medir su cumplimiento. <p>❑ La Subsecretaría de Redes Asistenciales apoya la implementación del Programa de Seguimiento para el Sistema Integral de Atención Ciudadana, definido en el año anterior, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El grado de cumplimiento de cada uno de los compromisos; ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento; y ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos. <p>❑ La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, asegurando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La actualización y difusión permanente de los procedimientos de registro, recepción, derivación y respuesta de las solicitudes ciudadanas. ➤ La actualización y difusión permanente de la Carta de Derechos Ciudadanos de acuerdo al plan anual de difusión. ➤ La capacitación continua del personal del SIAC, con el fin de optimizar el desempeño de los espacios de atención, y de actualizar conocimientos y orientar el quehacer funcionario, de acuerdo a los nuevos requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia. ➤ La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del SIAC, relativos a la optimización de los procesos de atención, tiempos de respuesta a las solicitudes, la calidad de la atención y el acceso a la información pública de la institución, y el cumplimiento regular de las metas comprometidas para cada uno de ellos. ➤ La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional, con información estadística respecto al tipo de solicitudes y perfil de los usuarios/as, que facilite la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de atención ciudadana y acceso a la información pública.
--	--

¹³⁰ Para apoyar el proceso de evaluación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://www.pmgciac.gov.cl>

7.8 Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Red de Expertos: Subsecretaría de Economía a través de la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital – Dirección de Presupuestos, a través de la División de Tecnologías de Información.

Etapa I

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.

Etapa II

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.

Etapa III

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.
- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.

Etapa IV

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.
- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión, con propuestas de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos.
- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Etapa V

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.
- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión, con propuestas de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos.
- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores.
- Diagnóstico de interoperabilidad de uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones y en los que genera información requerida por otras instituciones.
- Plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Trabajo para la implementación del Plan de Interoperabilidad.
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo del Plan de Interoperabilidad.

Etapa VI

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.
- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión, con propuestas de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos.
- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores.
- Diagnóstico de interoperabilidad de uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones y en los que genera información requerida por otras instituciones.
- Plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Trabajo para la implementación del Plan de Interoperabilidad.
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo del Plan de Interoperabilidad.
- Implementación realizada del plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/ usuarios/ beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento en la provisión de sus productos estratégicos y transversales de su institución para los cuales requiere interoperar con otras

MEDIO DE VERIFICACIÓN

instituciones y los beneficios asociados.

Etapa VII

Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios; de sus procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.
- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.
- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión, con propuestas de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos.
- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores.
- Diagnóstico de interoperabilidad de uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones y en los que genera información requerida por otras instituciones.
- Plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC.
- Programa de Trabajo para la implementación del Plan de Interoperabilidad.
- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo del Plan de Interoperabilidad.
- Implementación realizada del plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.
- Difusión realizada a los clientes/ usuarios/ beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento en la provisión de sus productos estratégicos y transversales de su institución para los cuales requiere interoperar con otras instituciones y los beneficios asociados.
- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de interoperabilidad.
- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión de la implementación del plan de interoperabilidad, con propuesta de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos
- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución realiza un Diagnóstico del uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios¹³¹, en sus procesos transversales y en los registros¹³² de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico¹³³. Como resultado de este diagnóstico, la institución identifica los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales de su institución que requieren mejoramiento y uso de TIC y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>2. La institución prioriza, en base a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, los proyectos de mejoramiento y uso de las TIC¹³⁴, propone a la Red de Expertos dicha priorización de los proyectos para su aprobación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p>□ La institución realiza un diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, los procesos transversales y los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, considerando el cumplimiento de normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico desde la perspectiva de su mejoramiento mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) y lo presenta en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos¹³⁵, cumpliendo con señalar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de los procesos de provisión de los productos estratégicos, de los procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, señalando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de los procesos asociados al producto estratégico analizado y de los procesos transversales de la institución. ○ Procesos en los que corresponda incorporar mejoras utilizando TIC (incluyendo aquellos que registran algún avance). ○ Procesos en los que no corresponda incorporar mejoras utilizando TIC. ○ Identificación y descripción de todos los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, especificando su formato (base de datos digital, archivo papel, microfichas, otros). ○ Registros que requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ○ Registros que no requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ➤ La selección de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), de los procesos transversales y registros de información susceptibles de mejorar usando TIC y su justificación, considerando la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ➤ La identificación, descripción y análisis de los problemas u oportunidades de mejora asociados a los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), a los procesos transversales y a los registros de información

131 La definición de productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios debe corresponder a la definición realizada por la institución en el sistema de Planificación / Control de Gestión y señalada en la Ficha A-1 "Definiciones Estratégicas", presentada en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010, actualizada según corresponda.

132 Colección de unidades de información (conjunto de datos relacionados entre sí). Dependiendo de su naturaleza, un registro de información puede ser una base de datos (digital) o un archivo (físico).

133 La normativa a considerar se refiere a las comunicaciones electrónicas, interoperabilidad de documentos electrónicos y su seguridad – confidencialidad (DS. 77, 81 y 83, respectivamente) y nuevas normativas definidas por el Comité de Normas para el Documento Electrónico. Además, se deben considerar las siguientes leyes; Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y datos personales, Ley N° 19.799 sobre documentos electrónicos y firma electrónica, y Ley N° 19.880 sobre bases de procedimientos administrativos.

134 Ejemplos de proyectos que deben ser priorizados: Cambios a la Arquitectura Tecnológica de la Institución (modelo de datos, modelo de software, modelo de hardware, modelo de comunicaciones); Rediseño de procesos de negocio y automatización de éstos o parte de éstos; Rediseño de procesos transversales y automatización de éstos o parte de éstos; entre otros.

135 Se sugiere considerar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>seleccionados, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinación de la línea base existente y brechas a cubrir cumpliendo con la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. <p>➤ La identificación, descripción y análisis de las modificaciones y/o mejoras a los procesos de provisión de los productos estratégicos, a los procesos transversales y a los registros de la institución seleccionados que utilizarán TIC, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativas tecnológicas existentes en el mercado ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Beneficios que incorporan las modificaciones u oportunidades de mejora. ○ Costos estimados asociados a las iniciativas de mejora. ○ Viabilidad de las iniciativas de mejora señaladas. <p>➤ La identificación y justificación de los proyectos de mejoramiento y uso de TIC, asociándolos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Modificaciones y/o mejoras a procesos de provisión de los productos estratégicos de la institución. ○ Modificaciones y/o mejoras a procesos transversales de su institución. ○ Modificaciones y/o mejoras en los registros de información de la institución <p>☐ La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento y uso de TIC (Cartera de Proyectos Institucional), de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto ciudadano y apoyo a las áreas estratégicas de la institución. ➤ La relevancia del/los producto/s y/o servicio/s estratégico/s que se proveen a través del proceso que se quiere mejorar con el uso de TIC. ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de TIC. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar con el uso de TIC, cuando corresponda.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>3. La institución elabora el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el jefe de servicio, para la ejecución y evaluación de los proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico aprobado por la Red de Expertos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>4. La institución elabora un Programa de Trabajo anual institucional, aprobado por el jefe de servicio, para la ejecución de los proyectos priorizados según Plan de Mejoramiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el jefe de servicio, definiendo al menos hitos, plazos, presupuesto asignado y responsables para cada uno de ellos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>5. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la operación de los proyectos priorizados según Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) e incorporados en el Programa de Trabajo, aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>6. La institución diseña un Programa de Monitoreo que incluya hitos, plazos y responsables, para controlar la ejecución del programa de trabajo de cada proyecto y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan de Mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para la ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento con uso de TIC comprometidos en la provisión de sus productos estratégicos, procesos transversales¹³⁶ e incorporación o mejoramiento de sus registros de información o bases de datos, presentándolo en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costeadada. ➤ Objetivo general de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC que integran la Cartera de Proyectos. ➤ Objetivos específicos de cada proyecto (en términos de impacto). ➤ Áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto. ➤ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Plan de Mejoramiento y uso de TIC, un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente considerando la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos y las áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación secuencial de tareas, que considere al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales (considera la ruta crítica) ○ Cronograma de trabajo con plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ➤ El Plan de mitigación de riesgo (define los riesgos asociados al proyecto y sus acciones para resolverlos). ➤ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC definido en el Programa de Trabajo Anual, que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mecanismos de control. ➤ Frecuencia de control. ➤ Hitos de control. ➤ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). ➤ Fecha de implementación planificada.

136 Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>7. La institución implementa el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan definido en la etapa anterior, incorporando los hitos identificados en el Programa de Monitoreo.</p> <p>8. La institución registra los resultados de la implementación de los proyectos priorizados en el programa de trabajo anual en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p> <p>9. La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de los proyectos priorizados según el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual¹³⁷. Esta implementación se presenta a la Red de Expertos para su aprobación y deberá considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas. ➤ El análisis de las actividades realizadas, en términos del tiempo y recursos utilizados. <p><input type="checkbox"/> La Institución registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación de los proyectos incluidos en el Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El programa de monitoreo y control establecido en la etapa anterior de cada proyecto comprometido. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios, sobre el mejoramiento desarrollado en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), sus procesos transversales y registros de información con uso de TIC, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión.

137 Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>10. La institución evalúa los resultados de la operación¹³⁸ de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>11. La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación¹³⁹, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>12. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos¹⁴⁰, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación de los proyectos ejecutados y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>13. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹⁴¹.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC, registrando sus resultados al menos de manera trimestral, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de cada uno de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ Fundamentación y análisis de los resultados de los indicadores y el cumplimiento de las metas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 95% a 105%, cumplida ○ Menor a 95%, no cumplida ○ Mayor a 105%, sobre cumplida ➤ Informe ejecutivo que detalle resultados de mejora para cada una de las áreas o procesos (estratégicos, transversales y registros de información) a los cuales se les incorporó TIC, en términos de eficiencia, eficacia, impacto y sustentabilidad. ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado. <p><input type="checkbox"/> La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto y elabora un reporte ejecutivo considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento de los resultados de la operación y de los procesos vinculados a la gestión y/o administración de cada proyecto, en el cual deberá considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación. ➤ Las recomendaciones derivadas de la administración y/o gestión de cada proyecto realizado. ➤ Los compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables. <p><input type="checkbox"/> La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando Seguimiento y Control de la Gestión de los proyectos a través de la implementación de un procedimiento de control de proyectos, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior.

138 Los resultados de la operación de cada proyecto se evalúan con el proyecto ya operando y respecto de las metas de los indicadores establecidos en el programa de trabajo, a través de los cuales se verifica que los aspectos que se esperaba mejorar con la incorporación de TIC, se cumplan. Estos resultados deberían también evidenciar los aspectos de la operación no considerados en el proyecto implementado y que requieren modificación.

139 Se refiere a la evaluación de los procesos vinculados a la administración y gestión de cada proyecto, que considera, en general, si la implementación realizada se hizo de acuerdo a lo establecido en el programa de trabajo, en términos de plazos, presupuesto ejecutado, implementación de medidas correctivas, entre otros aspectos.

140 Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico plan o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema donde sus etapas son acumulativas.

141 A los servicios que repiten la etapa 4 debido a que no hacen interoperabilidad y a que no ingresan al Programa Marco Avanzado, se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA V - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>14. La institución realiza un diagnóstico de interoperabilidad con uso de TIC en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y en sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones, considerando al menos la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>15. La institución realiza un diagnóstico de interoperabilidad con uso de TIC en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y en sus procesos transversales, para los cuales genera información requerida por otras instituciones, considerando al menos la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>16. La institución prioriza, en base a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, los proyectos de interoperabilidad¹⁴² con uso de las TIC, y propone a la Red de Expertos dicha priorización de los proyectos para su aprobación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>17. La institución elabora el Plan de interoperabilidad con uso de TIC, aprobado por el jefe de servicio, para la ejecución y evaluación de los proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico, y aprobados por la Red de Expertos, presenta los convenios de trabajo acordados con los servicios públicos que participan en los diferentes proyectos de interoperabilidad declarados y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por</p>	<p>☐ La Institución realiza un Diagnóstico de Interoperabilidad y uso de TIC en sus registros de información o bases de datos, en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones. El Diagnóstico de Interoperabilidad deberá considerar, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación y análisis de una selección justificada de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y sus procesos transversales que requieren información de otras instituciones. Para cada proceso se debe especificar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Caracterización de la información requerida en el proceso (canal, formato). ○ Frecuencia y volumen de demanda. ○ El medio o soporte a través del cual la información requerida es incorporada al(los) proceso(s) de provisión de productos estratégicos que alimenta. ○ Identificación de los documentos intercambiados con otras instituciones en el proceso. ➤ La identificación de las modificaciones y/o mejoras mediante la utilización de TIC a los procesos de provisión de productos estratégicos y sus procesos transversales que requieren información de otras instituciones, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Alternativas tecnológicas de implementación de las modificaciones propuestas, considerando canal y formato de intercambio de información. ○ Análisis de los beneficios y los costos asociados a las alternativas tecnológicas consideradas, para la implementación de las modificaciones. ➤ La identificación y justificación de los proyectos de interoperabilidad, asociados a las mejoras en términos de interoperabilidad de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) y de sus procesos transversales, para los cuales se requiere información de otras instituciones. <p>☐ La Institución realiza un Diagnóstico de Interoperabilidad y uso de TIC en sus registros de información o bases de datos, en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y sus procesos transversales, para los cuales genera información requerida por otras instituciones. El Diagnóstico de Interoperabilidad deberá considerar, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y análisis de todos los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y de sus procesos transversales que generan información requerida por otras instituciones. Para cada proceso, se debe considerar, al

142 Ejemplos de proyectos que deben ser priorizados: Rediseño del modelo de negocio y comunicaciones para el intercambio de información con otra institución pública, que permita mejorar la calidad de los productos que recibe un usuario, y/u optimizar la calidad de la información que registra la institución en sus bases de datos; etc.

ETAPA V - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>la Red de Expertos.</p> <p>18. La institución elabora un Programa de Trabajo anual institucional, aprobado por el jefe de servicio, para los proyectos priorizados según Plan de interoperabilidad con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el jefe de servicio, definiendo al menos hitos, plazos, presupuesto asignado y responsables para cada uno de ellos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>19. La institución define Indicadores de Desempeño para evaluar los resultados de la operación de cada proyecto de interoperabilidad priorizado y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>20. La institución diseña un Programa de Monitoreo, que incluya hitos, plazos y responsables, para controlar la ejecución de cada proyecto de interoperabilidad que integra el Programa de Trabajo anual institucional, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p>menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los documentos generados en el proceso. ○ Caracterización de los mecanismos (canal, formato) en que se genera(n) actualmente el(los) documento(s), considerando frecuencia y volumen de entrega. <p>➤ Identificación de las modificaciones y/o mejoras mediante la utilización de TIC a los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y los procesos transversales que generan información requerida por otras instituciones, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Alternativas tecnológicas de implementación de las modificaciones propuestas, considerando canal y formato de intercambio de información. ○ Análisis de los beneficios y costos asociados a las alternativas tecnológicas consideradas, para la implementación de las modificaciones. <p>➤ Identificación y justificación los proyectos de interoperabilidad, asociados a las mejoras en términos de interoperabilidad de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) y sus procesos transversales, para los cuales genera información a otras instituciones.</p> <p>☐ La institución identifica y prioriza todos los proyectos de interoperabilidad (Cartera de Proyectos Institucional), de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto ciudadano, interacción con otras Instituciones y apoyo a las áreas estratégicas de la institución. ➤ La identificación de las instituciones con las que se establecerán convenios de trabajo para la interoperabilidad. ➤ La relevancia del/los producto/s y/o servicio/s estratégico/s que se proveen a través del proceso que se quiere mejorar con interoperabilidad ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con interoperabilidad. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar con interoperabilidad, cuando corresponda. <p>☐ La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico realizado, el Plan de Interoperabilidad con uso de TIC para la ejecución y evaluación de los proyectos de interoperabilidad comprometidos¹⁴³ y lo presenta en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Cartera de Proyectos de Interoperabilidad, debidamente priorizada y costead. ➤ Que todo documento XML requerido para el proyecto de interoperabilidad comprometido, debe tener su esquema inscrito y aprobado por el Administrador de Esquemas y Metadatos (AEM).

143 Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía.

ETAPA V - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El objetivo general de cada proyecto de interoperabilidad comprometido. ➤ Los objetivos específicos para cada proyecto de interoperabilidad comprometido (en términos de impacto). ➤ Áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto de interoperabilidad. ➤ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. <p>☐ La institución elabora, de acuerdo al Plan de Interoperabilidad, el Programa de Trabajo Anual para cada uno de los proyectos de interoperabilidad seleccionados para el año siguiente considerando la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos, que incluya al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación secuencial de tareas que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales (identificación de la ruta crítica), incluyendo inscripción en el AEM. ○ Cronograma de trabajo que incluya plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ○ Plan de mitigación de riesgo. ○ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación. <p>☐ La institución diseña un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de interoperabilidad comprometido, que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mecanismos de control. ➤ Frecuencia de control. ➤ Hitos de control. ➤ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). ➤ Fecha de implementación planificada.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA VI - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>21. La institución implementa el Programa de Trabajo para la ejecución del plan de interoperabilidad comprometido, incorporando los hitos identificados en el Programa de Monitoreo.</p> <p>22. La institución registra los resultados de la implementación de cada proyecto de interoperabilidad priorizado en el programa de trabajo anual, en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p> <p>23. La institución difunde a los clientes/ usuarios/ beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de los proyectos priorizados según Plan de interoperabilidad con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual. Esta implementación se presenta a la Red de Expertos para su aprobación y deberá considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas. ➤ El análisis de las actividades realizadas en términos del tiempo y los recursos utilizados. <p><input type="checkbox"/> La Institución registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El programa de monitoreo y control establecido en la etapa anterior para la implementación de cada proyecto de interoperabilidad comprometido. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente de acuerdo a los resultados obtenidos. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento desarrollado con los proyectos de interoperabilidad implementados, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos de interoperabilidad implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas en la difusión.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: GOBIERNO ELECTRÓNICO - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ETAPA VII - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>24. La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p> <p>25. La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad con uso de TIC durante su implementación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>26. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación de los proyectos de interoperabilidad ejecutados, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>27. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹⁴⁴.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de interoperabilidad registrando sus resultados, al menos de manera trimestral en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El resultado de cada uno de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ Fundamentación y análisis de los resultados de los indicadores y el cumplimiento de las metas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 95% a 105%, cumplida ○ Menor a 95%, no cumplida ○ Mayor a 105%, sobre cumplida ➤ Informe ejecutivo que detalle resultados de mejora para cada una de las áreas o procesos (estratégicos, transversales y registros de información) a los cuales se les incorporó TIC, en términos de eficiencia, eficacia, impacto y sustentabilidad ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto de interoperabilidad implementado. <p><input type="checkbox"/> La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad con uso de TIC implementado y elabora un reporte Ejecutivo, considerando para el análisis al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus los plazos planificados. <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un programa de seguimiento de los resultados de la evaluación de la operación y de los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad, en la cual deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación ➤ Recomendaciones derivadas de los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto realizado. ➤ Compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables. <p><input type="checkbox"/> La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando el seguimiento y control de la gestión de los proyectos a través de la implementación de un procedimiento de control de proyectos, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior.

¹⁴⁴ A los servicios que repiten la etapa 7 se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

7.9 Sistema de Acceso a la Información Pública

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS

SISTEMA: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

Organismo Técnico Validador: Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES)

Etapa I

Informe aprobado por Jefe/a de Servicio, enviado a la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES), que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico.

Etapa II

Informe aprobado por Jefe/a de Servicio, enviado a la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES), que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico.
- Plan General de Implementación del Sistema para el año en curso y siguientes.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema del año siguiente.

Etapa III

Informe aprobado por Jefe/a de Servicio, enviado a la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES), que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico.
- Plan General de Implementación del Sistema para el año en curso y siguientes.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema del año siguiente.
- Ejecución del Programa de Trabajo Anual.
- Reportes de los indicadores de desempeño que monitorean los procesos del Sistema.

Etapa IV

Informe aprobado por Jefe/a de Servicio, enviado a la Secretaría General de la Presidencia de la República (SEGPRES), que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico.
- Plan General de Implementación del Sistema para el año en curso y siguientes.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema del año siguiente.
- Ejecución del Programa de Trabajo Anual.
- Reportes de los indicadores de desempeño que monitorean los procesos del Sistema.
- Resultados de la evaluación de la implementación del Sistema.
- Programa de Seguimiento de Recomendaciones formuladas a partir de los resultados de la evaluación de la implementación del Sistema.
- Resultados del Programa de Seguimiento de Recomendaciones comprometido.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de sus procedimientos y sistemas de administración de información y archivo, destinado a preparar el cumplimiento de las normas de transparencia activa y de solicitudes de acceso a la información pública, establecidas en la Ley N° 20.285.</p> <p>2. La institución identifica en el diagnóstico los sistemas y procedimientos para la solicitud y entrega de información pública¹⁴⁵, y los procesos de gestión documental y de archivo asociados.</p> <p>3. La institución identifica en el diagnóstico, aquella información pública que actualmente dispone bajo el mecanismo de Transparencia Activa¹⁴⁶, los procedimientos utilizados para su publicidad y actualización, y la periodicidad con que es difundida.</p> <p>4. La institución identifica en el diagnóstico todos los espacios de atención existentes y los instrumentos de trabajo asociados a ellos¹⁴⁷, con el fin de potenciar los actuales mecanismos de contacto con la ciudadanía disponibles.</p> <p>5. La institución compara los resultados del diagnóstico con lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado y establece brechas para ser incorporados en el diseño del Sistema de Acceso a la Información Pública.</p>	<p>☐ La institución realiza un diagnóstico, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, en el que identifica, describe y analiza los procedimientos en materias de catastro, conservación, transferencia y expurgación de documentos, de acuerdo a las disposiciones vigentes en esta materia¹⁴⁸, con el fin de facilitar el cumplimiento de las normas sobre solicitudes de acceso a la información pública¹⁴⁹ que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catastro de documentos de la institución, susceptibles de ser solicitados por la ciudadanía, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación física de los documentos. ○ Su organización documental (soporte, tamaño, fecha y sistemas de clasificación y ordenación de los documentos). ○ La conservación documental, determinando la localización física de los documentos y las condiciones de protección en los que se encuentran. ➤ Análisis de la(s) unidad(es) de archivos, que contemple archivo local, y/o de oficina y/o archivo administrativo central del Servicio, si existe(n), identificando funciones, lugar en la estructura administrativa, número y competencias del personal involucrado (diagnóstico de competencias y perfil de cargos)¹⁵⁰ y descripción de la interacción entre las distintas unidades relacionadas con la gestión de archivos al interior de la institución. ➤ Existencia de procedimientos de uso y archivo de los documentos, identificando y describiendo las siguientes funciones asociadas, cuando corresponda: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos de acceso y uso de los documentos (identificando los derechos y medios de acceso disponibles en la unidad generadora de documentos como por otras unidades de la institución para encontrar, usar o recuperar los documentos). ○ Proceso de traspaso de documentos desde la unidad generadora de documentos a la(s) unidad(es) de archivos (archivo local y/o archivo(s) de oficina y/o archivo central del Servicio), si existen. ○ Procedimientos de organización, descripción, almacenamiento e identificación de documentos. ○ Procedimientos de instalación física de los documentos. ○ Procedimiento para documentos expurgados¹⁵¹. ○ Procedimiento de envío de documentos al Archivo Nacional¹⁵² de acuerdo con el Decreto con Fuerza de

145 De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la información de la Administración del Estado (Título IV de la Ley).

146 De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la información de la Administración del Estado (Título III de la Ley).

147 Link de contactos en páginas Web, Oficina de Partes, dirección postal, otros.

148 Se recomienda revisar Circular N° 51 del 09 febrero de 2009, del Director de Bibliotecas, Archivos y Museos, sobre disposiciones y recomendaciones referentes a conservación transferencia y eliminación de documentos, y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>.

149 Para apoyar el proceso de diagnóstico la Institución puede también revisar los materiales de apoyo "Manual de Procedimiento Plan General de Trabajo de Archivos Públicos" y "Guía para la elaboración de un Manual de Procedimientos de Gestión de Archivos", elaborados por la Comisión de Probidad y Transparencia del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y publicados en el sitio Web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>.

150 De acuerdo a metodología de diagnóstico por competencias definido en el marco del sistema de capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

151 El expurgo o descarte de documentos es el procedimiento mediante el cual se determina y ejecuta la eliminación responsable de documentación de un archivo en base a la Circular N° 28.704, de 1981, de la Contraloría General de la República.

152 Se recomienda revisar Circular N° 51 del 09 febrero de 2009, del Director de Bibliotecas, Archivos y Museos, sobre disposiciones y

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>Ley N° 5.200.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimiento para la consulta de documentos en la(s) unidad(es) de archivos (archivo local y/o de oficina y/o archivo administrativo central del Servicio), si existe(n), incluyendo definición de derechos de acceso, registro de consulta y/o préstamo de documentos. <p>□ La institución identifica, describe y analiza en el diagnóstico, los siguientes aspectos relacionados con el proceso de solicitudes de acceso a la información pública establecido en la Ley N° 20.285 y su Reglamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimientos actuales para gestionar solicitudes de acceso a la información pública, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estructura organizacional, es decir, disposición de responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones). ○ Sistema de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a solicitudes de acceso a la información pública (a través de medios escritos y electrónicos, y a través de espacios de atención como sitios Web, buzón de solicitudes, oficina de partes, otros), incluyendo la forma de enlace al Sistema de Gestión de Solicitudes del banner de Gobierno Transparente. ○ Competencias del personal involucrado en la coordinación del proceso de solicitudes de acceso a la información pública (diagnóstico de competencias y perfil de cargos)¹⁵³. ○ Estadísticas de atención, tipificación de solicitantes de información pública y grado de satisfacción. ➤ Descripción de estrategias e instrumentos de sensibilización a los funcionarios de la institución respecto de la gestión de solicitudes de acceso a la información pública. ➤ Procedimiento de cobro por los costos directos de reproducción de información pública, especialmente la forma en cómo éste cobro es difundido a la ciudadanía. <p>□ La institución identifica, describe y analiza en el diagnóstico, los siguientes aspectos relacionados con el proceso de Transparencia Activa establecido en los Artículos 6° y 7° de la Ley N° 20.285 y su Reglamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimientos actualmente operativos para dar cumplimiento de cada uno de los antecedentes que la institución debe mantener a través de su sitio electrónico obligatoriamente o que estén a disposición permanente del público. ➤ Estructura organizacional para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia activa, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposición de roles y responsabilidades para generación, revisión, publicación y actualización de la

recomendaciones referentes a conservación, transferencia y eliminación de documentos, y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>.

153 De acuerdo a metodología de diagnóstico por competencias definido en el marco del Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>información a publicar permanentemente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Competencias del personal involucrado (que incluya diagnóstico de competencias y perfil de cargos)¹⁵⁴. <ul style="list-style-type: none"> □ La institución identifica, describe y analiza en el diagnóstico, sus espacios de atención ciudadana y su relación con el cumplimiento de las normas de transparencia activa y solicitudes de acceso a la información pública, atendiendo los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definiciones Estratégicas¹⁵⁵ de la institución, considerando su Misión, Objetivos Estratégicos, Productos Estratégicos y Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s. ➤ Funciones y atribuciones del servicio en materias de atención ciudadana, detallando aquellos casos en que éstos sean ciudadano(a), y su vinculación con las Definiciones Estratégicas de la institución. ➤ Catastro de los espacios de atención del servicio (por ejemplo teléfonos de contacto institucional, call center, sitios Web, correo electrónico institucional, buzón de solicitudes, oficina de partes, oficinas móviles, centros de documentación, OIRS u otros), que incluya su ubicación en la estructura del servicio, dotación de personal, infraestructura (equipamiento tecnológico y accesibilidad), descripción de funciones y distribución territorial, cuando corresponda. ➤ Procedimiento en los espacios de atención para entregar orientación sobre tramitación de solicitudes de acceso a la información pública. ➤ Existencia de instrumentos de difusión propios del servicio y descripción de aquéllos que den a conocer el derecho de acceso a la información pública y los mecanismos para su ejercicio en la institución. ➤ Diagnóstico de las competencias del personal de los espacios de atención respecto de conocimientos de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado y su Reglamento¹⁵⁶. □ La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas de funcionamiento entre el estado actual de la institución y lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado y su Reglamento¹⁵⁷, analizando al menos las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vinculación entre las Definiciones Estratégicas de la institución y sus funciones y atribuciones del servicio en materias de atención ciudadana. ➤ Relación entre los espacios de atención ciudadana de la institución y el cumplimiento de las normas de transparencia activa y de solicitudes de acceso a la información pública. ➤ Estructura organizacional y forma de cumplimiento de las obligaciones de transparencia activa y solicitudes de acceso a la información pública. ➤ Procedimientos para gestionar solicitudes de acceso a la información pública y estrategias e instrumentos de

154 De acuerdo a metodología de diagnóstico por competencias definido en el marco del Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

155 Las Definiciones Estratégicas deberán ser consistentes con las establecidas junto con la Ley de Presupuestos 2010 (Formulario A1).

156 De acuerdo a metodología de diagnóstico por competencias definido en el marco del Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

157 Se incluye en la definición de brechas aspectos relacionados con sistemas de administración de información y archivo porque su mejor organización facilita la respuesta oportuna a las solicitudes de acceso a la información pública.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	sensibilización asociados. ➤ Procedimientos en materias de catastro, conservación, transferencia y eliminación de documentos. ➤ Unidad(es) de archivos (archivo local o de oficina o archivo administrativo central del Servicio), cuando corresponda.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

ETAPA II- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>6. La institución elabora un Plan General de Implementación del Sistema para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y brechas detectadas, que comprenda: la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas; la metodología para publicar la información pública que se debe disponer según mecanismo de Transparencia Activa; la metodología para entregar información bajo el mecanismo de solicitudes de acceso a la información pública, a través de la descripción de los procesos e instrumentos de solicitud, derivación, registro, seguimiento, entrega y archivo.</p> <p>7. La institución define los indicadores de desempeño para medir el logro de los procesos del sistema, en lo concerniente a Transparencia Activa y solicitudes de acceso a la información pública, y determina el valor de la meta anual de cada uno e incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes definidos, que midan el acceso a la información pública de la institución.</p> <p>8. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema, señalando al menos los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables.</p>	<p>☐ La institución elabora, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y brechas detectadas, un Plan General de Implementación del SAIP, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio. Este Plan corresponde al diseño del SAIP, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos centrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos generales y específicos del Plan, contemplando coherencia con las Definiciones Estratégicas de la institución, las funciones del servicio en materia de atención ciudadana y las brechas detectadas en el diagnóstico. ➤ Diseño de un procedimiento para la operación del proceso de Transparencia Activa, que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes que se deben mantener a disposición permanente del público¹⁵⁸. ➤ Diseño de un Sistema de Gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública, que considere procedimientos de recepción, de registro, de procesamiento, de derivación, de control de plazos y de respuesta a las solicitudes de acceso a la información pública¹⁵⁹, y la disposición de responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones). ➤ Diseño de un Sistema de Gestión de Archivos orientado a responder oportunamente a las solicitudes de acceso a la información pública¹⁶⁰. ➤ Perfil de funciones y de competencias del personal involucrado en la coordinación general del Sistema y de la gestión del proceso de Transparencia Activa, del Sistema de Gestión de Solicitudes de Información Pública y del Sistema de Gestión de Archivos. ➤ Acciones de capacitación según brechas detectadas en etapa anterior para los funcionarios que se desempeñan en funciones relacionados con Transparencia Activa, solicitudes de acceso a la información pública y gestión de archivos¹⁶¹. ➤ Un Plan de difusión anual sobre el derecho de acceso a la información pública y los mecanismos para su ejercicio, dirigido a la ciudadanía y funcionarios de la institución. ➤ Procedimiento a través del cual se asegure la coordinación integrada de los tres ejes del SAIP (proceso de Transparencia Activa, proceso de solicitudes de acceso a la información pública y Sistema de Gestión de Archivos), y el control y seguimiento institucional de cada uno de los aspectos considerados en el Plan General de Implementación del SAIP, que considere la elaboración de informe(s) con estadísticas de las solicitudes de información recibidas,

158 Este procedimiento debe también asegurar la aplicación de las instrucciones para el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa impartidas a través de ORD. (GABMIN) N°413 del 13 de abril de 2009 del Ministro de Hacienda y Ministro Secretario General de la Presidencia, dirigido a todos los jefes de Servicio y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>

159 Se recomienda revisar ORD. (GABMIN) N°357 del 26 de marzo de 2009 del Ministro del Interior(S) y Ministro Secretario General de la Presidencia, dirigido a todos los jefes de Servicio, sobre instalación y uso de sistema informático de seguimiento y reporte de solicitudes de acceso a información y desarrollo de conector HML para aquellos instituciones que cuentan con un sistema propio, cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>

160 Se recomienda revisar los materiales de apoyo “Manual de Procedimiento Plan General de Trabajo de Archivos Públicos” y “Guía para la elaboración de un Manual de Procedimientos de Gestión de Archivos”, elaborados por la Comisión de Probidad y Transparencia del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y publicados en el sitio Web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>.

161 Estas acciones deberán formar parte del Plan Anual de Capacitación de la institución en el marco del sistema de capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

ETAPA II- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y nivel de satisfacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución define los indicadores de desempeño que permitan medir el logro en los procesos del sistema, en lo concerniente a Transparencia Activa y solicitudes de acceso a la información pública, en el Plan General de Implementación del SAIP, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando el nombre de cada indicador de desempeño y su meta anual. ➤ Señalando los supuestos¹⁶² establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación. ➤ Señalando correctamente la fórmula o algoritmo de cálculo (unidad de medida, periodicidad o frecuencia). ➤ Señalando el o los medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos¹⁶³. ➤ Señalando los procesos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados. ➤ Señalando los procesos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio. ➤ Asegurando que consignen información relevante al menos de las siguientes variables: satisfacción con las respuestas recibidas; oportunidad en el cumplimiento de plazos legales establecidos en la Ley de Transparencia y su Reglamento; y capacitación funcionaria en temas que se vinculen directamente con el funcionamiento y mejora continua del Sistema, y con la entrega de Información Pública. ➤ Incorporando en su Sistema de Información para la Gestión (SIG)¹⁶⁴ los indicadores de desempeño que midan aspectos relevantes del Sistema de Acceso a la Información Pública de la institución. ❑ La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del SAIP, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, el cual deberá incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos de la implementación del Plan General de Implementación del SAIP para el año siguiente. ➤ Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

162 Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

163 Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

164 Sistema establecido en el marco del sistema de Planificación y Control de Gestión del Programa Marco Básico del PMG 2010.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
 SISTEMA: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

ETAPA III- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>9. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior.</p> <p>10. La institución controla y registra los resultados de la implementación del Programa de Trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, asegurando la realización de al menos las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación de procedimientos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Operación del proceso de Transparencia Activa. ○ Operación del sistema de gestión de solicitudes de acceso a la información pública. ○ Operación del sistema de gestión de archivos y documentos. ○ Operación del control y seguimiento institucional del SAIP y la coordinación integrada de los tres ejes del SAIP (proceso de Transparencia Activa, proceso de solicitudes de acceso a la información pública y Sistema de Gestión de Archivos). ➤ Ejecución de los planes de difusión. ➤ Ejecución de las acciones de capacitación a los funcionarios que se desempeñan en funciones relacionadas con Transparencia Activa, solicitudes de acceso a la información pública y Gestión de Archivos¹⁶⁵. ❑ La institución mide los indicadores de desempeño¹⁶⁶ para monitorear el logro en los procesos del SAIP, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados en la etapa anterior (nuevos y pre-existentes). ➤ Operan los procesos e instrumentos de recolección de información (fichas, encuestas, bases de datos, otros). ➤ Operan los procesos e instrumentos de sistematización de información a través de informes consolidados, reportes, documentos, registros con datos agregados, otros. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos en el Plan General de Implementación del SAIP. ➤ Elabora, modifica y/o mejora los reportes a las autoridades del Servicio, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones. ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe a cargo del Sistema. ○ Resumen Ejecutivo del Reporte con un análisis de los resultados relevantes de los indicadores de desempeño evaluados sobre procesos del Sistema, y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación.

¹⁶⁵ De acuerdo con el Plan Anual de Capacitación de la institución del Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

¹⁶⁶ Utilizando como base los procedimientos, metodologías y procesos definidos en el marco del Sistema de Planificación y Control de Gestión del Programa Marco Básico del PMG 2010.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
 SISTEMA: ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

ETAPA IV- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>11. La institución evalúa los resultados de la ejecución del Plan General de implementación del Sistema: analizando su funcionamiento; identificado las brechas entre los resultados efectivos y lo establecido en la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado; el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que miden el logro de los procesos asociados a Transparencia Activa, solicitudes de acceso a la información pública y Gestión de Archivos, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período que surgen del análisis.</p> <p>12. La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan de Implementación del Sistema, señalando al menos los compromisos que permitan superar las causas que originaron el resultado obtenido, e identificando las actividades y, los plazos de ejecución y responsables.</p> <p>13. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido¹⁶⁷.</p> <p>14. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹⁶⁸.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema de Acceso a la Información Pública (SAIP), aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, lo cual deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del funcionamiento de todos los espacios de atención institucional y del perfil de los ciudadanos(as) que hacen uso de información pública de la institución. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de Transparencia Activa. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de solicitudes de acceso a la información pública, evaluando el sistema de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta de solicitudes de acceso a la información pública. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de gestión de archivos. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del control y seguimiento institucional del SAIP y la coordinación integrada de los tres ejes del SAIP (proceso de Transparencia Activa, proceso de solicitudes de acceso a la información pública y sistema de gestión de archivos). ➤ Análisis de la ejecución de los planes de difusión. ➤ Análisis de los resultados de las acciones de capacitación a los funcionarios del SAIP¹⁶⁹. ➤ Análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que miden el logro en los procesos del SAIP. ➤ Identificación y análisis de brechas entre los resultados efectivos, lo establecido en la Ley N° 20.285 y su Reglamento, y los objetivos y metas planteadas en el Plan General de implementación del SAIP, y las causas que los originaron. ➤ Formulación de recomendaciones de mejoramiento para el siguiente período, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del SAIP, que permitan superar las brechas detectadas y el mejoramiento del sistema. <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Implementación del SAIP, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, que deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compromisos derivados de las recomendaciones de mejoramiento formuladas, que permitan superar las brechas y sus causas, identificando las actividades, los plazos de ejecución, responsables e indicadores para medir su cumplimiento. <p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Seguimiento de las Recomendaciones, definido en la etapa anterior, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento. ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos.

¹⁶⁷ Este objetivo no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la etapa 4 del SAIP.

¹⁶⁸ A los servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

¹⁶⁹ En el marco de la evaluación de las acciones de capacitación definido por el Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG 2010.

ETAPA IV- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 247 1396 300">❑ La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, asegurando al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="760 300 1396 405">➤ La actualización y difusión permanente de los procedimientos de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta de solicitudes de acceso a la información pública. <li data-bbox="760 405 1396 510">➤ Control y seguimiento institucional del SAIP y coordinación integrada de los tres ejes del SAIP (proceso de Transparencia Activa, proceso de solicitudes de acceso a la información pública y Sistema de Gestión de Archivos) permanente. <li data-bbox="760 510 1396 594">➤ La capacitación continua del personal del SAIP, con el fin de optimizar el desempeño del Sistema, y de actualizar conocimientos en las materias que le competen¹⁷⁰. <li data-bbox="760 594 1396 762">➤ La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del SAIP¹⁷¹, relativos a la optimización en la operación de los procesos de Transparencia Activa, de Gestión de Archivos y de solicitudes de acceso a la información pública, y el cumplimiento regular de las metas comprometidas para cada uno de ellos. <li data-bbox="760 762 1396 926">➤ La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional, con información estadística respecto al tipo de solicitudes y perfil de los solicitantes, que facilite la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de solicitudes de acceso a la información pública.

170 Vinculado con el Plan Anual de Capacitación de la institución del Sistema de Capacitación del Programa Marco Básico del PMG.

171 Vinculado con el Sistema de Información para la Gestión (SIG) del Sistema de Planificación y Control de Gestión del Programa Marco Básico del PMG.

7.10 Sistema Seguridad de la Información

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Red de Expertos: Subsecretaría del Interior del Ministerio del Interior y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda

Etapa I

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

- Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83
- Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83.

Etapa II

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

- Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83.
- Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83.
- Plan General de Seguridad de la Información que considere el análisis de brechas realizado, donde se expliciten claramente todas las brechas detectadas, el resumen de actividades/proyectos a realizar priorizados de acuerdo a los criterios de gestión de riesgos de la institución, el plan de sensibilización y capacitación a ejecutar, la estrategia de coordinación entre las unidades involucradas y los métodos/estrategias para consolidar el cumplimiento del DS83-Nivel Avanzado.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información, indicándose claramente el porcentaje de cumplimiento meta del DS83 en el año para cada uno de los dominios indicados: Políticas de 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, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional. Los porcentajes de cumplimiento deben estar claramente apoyados por indicadores "ad hoc".

Etapa III

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

- Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83, Nivel Avanzado.
- Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83.
- Plan General de seguridad de la Información que considere el análisis de brechas realizado, donde se expliciten claramente todas las brechas detectadas, el resumen de actividades/proyectos a realizar priorizados de acuerdo a los criterios de gestión de riesgos de la institución, el plan de sensibilización y capacitación a ejecutar, la estrategia de coordinación entre las unidades involucradas y los métodos/estrategias para consolidar el cumplimiento del DS83.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información, indicándose claramente el porcentaje de cumplimiento meta del DS83 en el año para cada uno de los dominios indicados : Políticas de 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, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional. Los porcentajes de cumplimiento deben estar claramente apoyados por indicadores "ad hoc".
- Memoria de Ejecución del Programa de Trabajo Anual, donde se considere adicionalmente informe sobre problemas de ejecución detectados, propuestas de solución, medición de los indicadores.
- Resolución que nombra al Encargado de Seguridad de la Información y a integrantes del (de los) Comité(s) de Seguridad.
- Cartera de proyectos/actividades de implementación de controles de seguridad de la información.
- Memoria de Ejecución del programa de sensibilización y capacitación a Funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios cuando corresponda) en materias de seguridad de la información.

Etapa IV

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

- Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83.
- Plan General de seguridad de la Información que considere el análisis de brechas realizado, donde se expliciten claramente todas las brechas detectadas, el resumen de actividades/proyectos a realizar priorizados de acuerdo a los criterios de gestión de riesgos de la institución, el plan de sensibilización y capacitación a ejecutar, la estrategia de coordinación entre las unidades involucradas y los métodos/estrategias para consolidar el cumplimiento del DS83.
- Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información, indicándose claramente el porcentaje de cumplimiento meta del DS83 en el año para cada uno de los dominios indicados : Políticas de 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, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional. Los porcentajes de cumplimiento deben estar claramente apoyados por indicadores “ad hoc”.
- Memoria de Ejecución del Programa de Trabajo Anual, donde se considere adicionalmente informe sobre problemas de ejecución detectados, propuestas de solución, medición de los indicadores.
- Resolución que nombre al Encargado de Seguridad de la Información y a integrantes del (de los) Comité(s) de Seguridad.
- Cartera de proyectos/actividades de implementación de controles de seguridad de la información.
- Memoria de Ejecución del programa de sensibilización y capacitación a Funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios cuando corresponda) en materias de seguridad de la información.
- La evaluación del Plan General de Seguridad de la Información, del Plan de Trabajo, el Plan de Ejecución, Plan de sensibilización y capacitación, considerando las metas de cumplimiento definidas y los respectivos indicadores de cada dominio especificado.
- Diseño del programa de seguimiento y mejora continua del nivel de seguridad alcanzado para evitar que resurjan las vulnerabilidades mitigadas, y detectar nuevas.
- Especificación de recomendaciones para impulsar la disminución de las brechas no cubiertas en el periodo vigente, con la debida categorización y priorización.
- Diseño del ciclo de revisiones anuales de los controles de seguridad implementados.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
 SISTEMA: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional considerando el cumplimiento del Decreto Supremo N° 83 del 12 de enero de 2005 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.</p> <p>2. La institución identifica en el Diagnóstico, todos aquellos aspectos de seguridad de la información que establece el DS 83, estableciendo el nivel en que la institución se encuentra respecto de: su Política 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, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional.</p> <p>3. La institución compara los resultados del Diagnóstico con lo establecido en el DS 83, 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><input type="checkbox"/> La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información en las condiciones y dominios de seguridad¹⁷² exigidos por el Decreto Supremo N° 83. Este análisis deberá contener, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión y verificación del nivel de cumplimiento de todos los requerimientos establecidos en el Decreto Supremo N°83, Artículo Primero, Títulos I a V. ➤ Entrevistas a los responsables de los ámbitos de seguridad cubiertos por cada dominio de seguridad. ➤ Documentos que soporten o entreguen más elementos al análisis, como por ejemplo, políticas, procedimientos, normas, registros, configuraciones de dispositivos, etc. ➤ La identificación de metodologías/normativas de gestión de riesgos, gestión de la calidad u otra metodología de gestión por procesos que se encuentre en uso en la Institución, señalando alcance y ámbito de aplicación. <p><input type="checkbox"/> La Institución, en base al diagnóstico de la situación actual de seguridad de la información, realiza un proceso de análisis de las brechas detectadas, procurando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un registro de todas las brechas de seguridad por dominio detectadas. ➤ Priorizar las brechas de seguridad identificadas, basándose para ello en los criterios de riesgo institucionales. ➤ Establecer, de manera preliminar, la cartera de proyectos que le permitirán abordar las brechas detectadas.

172 Los dominios de seguridad señalados en la normativa son: Política de seguridad; Seguridad organizacional; Clasificación y control de bienes; Seguridad del personal; Seguridad física y del ambiente; Gestión de las operaciones y comunicaciones; Control de acceso; Desarrollo y mantenimiento de sistemas; Gestión de continuidad del negocio; Cumplimiento.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ETAPA II- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>4. La institución 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 señalados y los métodos para implementar los requisitos del DS 83.</p> <p>5. La institución establece el porcentaje de cumplimiento del DS 83 que alcanzará cada año en cada uno de los dominios de seguridad allí establecidos, esto es Política de Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de las Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional.</p> <p>6. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos el porcentaje de cumplimiento del DS 83 que alcanzará para el año en cada uno de los dominios de seguridad, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, y lo difunde al resto de la organización, asegurándose que es conocido y comprendido por todos los funcionarios del servicio.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, en el contexto de lo indicado en el DS 83 y aprobado por la Autoridad Superior del de Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulación de la documentación y las actividades necesarias para establecer en la institución una “Política General de Seguridad de la información”, que considere al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La Declaración Institucional, dando énfasis en el compromiso de la dirección en el cumplimiento de los objetivos de gestión de seguridad de la Información. ○ Los objetivos de la gestión de seguridad de la información dentro de la institución. ○ El alcance o amplitud de la política de seguridad de la información, por cada dominio establecido en el DS-83. ○ La metodología y los estándares de apoyo a utilizar para la implementación del Sistema de Seguridad de la Información. ○ La definición de roles y responsabilidades. ○ El marco general que defina la estructura y el contenido de la política de seguridad de la información para la institución. ➤ Elaboración de la cartera de proyectos para la implementación de controles de seguridad de la información por dominio, priorizada a través de los criterios de gestión de riesgos institucionales, la que debe considerar, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ El conjunto estructurado y priorizado de actividades generadas a partir del diagnóstico inicial y las propuestas de proyectos de segurización por cada dominio de seguridad indicado en la normativa. ○ Objetivo general de cada proyecto seguridad de la Información. ○ Objetivos específicos de cada proyecto. ○ Tiempos de realización de cada proyecto, inicio y término. ○ Indicadores para evaluar el nivel de eficacia en la implementación de las medidas tecnológicas y los controles de seguridad, tendientes a cerrar las brechas de seguridad detectadas. ○ Metas a alcanzar para cada uno de los dominios de seguridad que la Institución comprometa, en acuerdo con la Red de Expertos. ➤ Constitución del Comité de Seguridad de la Información, roles e instancias de aprobación para el desarrollo del programa de implantación del Sistema de Seguridad de la Información. ➤ Definición de una metodología de gestión de riesgos para los activos de información institucionales o adaptar una existente si es que se cuenta con ella. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora un Programa de Trabajo Anual, de acuerdo al Plan aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación secuencial de tareas para cada uno de los proyectos definidos:

ETAPA II- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales con sus respectivos productos, que permitan cuantificar el cierre de la actividad o proyecto. ○ Cronograma de trabajo que incorpore plazos y responsables de la implementación. ➤ Identificación de una ruta crítica que asegure que se complete cada proyecto. ➤ Plan de mitigación de riesgo que defina los riesgos asociados a cada proyecto y sus acciones para resolverlos. ➤ Relación de proyecto versus dominio de seguridad que permita verificar el nivel de cumplimiento o grado de avance por dominio, durante el desarrollo de la fase de implementación. ➤ Plan de capacitación del personal clave¹⁷³ y sensibilización de todos los funcionarios, con el detalle de las actividades a realizar para instalar en las personas la importancia de contar con un sistema de seguridad de la información institucional. ➤ Plan de Difusión del Programa de Trabajo Anual, aprobado por la autoridad superior del servicio. ➤ Plan de Gestión de Riesgos del Sistema de Seguridad de la Información. □ La institución difunde a sus directivos, jefaturas y encargados de proceso, el Programa de Trabajo Anual, así como el efecto esperado en la gestión del servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y específico de las iniciativas y los proyectos a implementar. ➤ Mensaje central que debe ser conocido e internalizado por los funcionarios involucrados. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión.

173 Personal clave corresponde a los Encargados de Proceso, sus Jefaturas de Área y aquellas personas involucradas en comités de seguridad y/o instancias de aprobación para el desarrollo del programa de trabajo del SSI.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
 SISTEMA: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ETAPA III- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>7. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido por el Plan General de Seguridad de la Información y el porcentaje de cumplimiento del DS 83 establecido.</p> <p>8. La institución registra y controla los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando al menos las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual para dar cumplimiento al Plan General de Seguridad de la Información Institucional, el que deberá considerar, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas, analizándolas en términos del tiempo y recursos utilizados. ➤ La implementación del Plan de Mitigación e Riesgos de cada proyecto ➤ El grado de avance en el cierre de las brechas por cada dominio de seguridad comprometido por el Servicio. ➤ Las acciones de capacitación realizadas al personal clave. ➤ Las acciones de sensibilización realizadas a todos los funcionarios. ➤ Las acciones de difusión realizadas a los funcionarios involucrados. ➤ La implementación del Plan de Gestión de Riesgos del Sistema de Seguridad de la Información. <p><input type="checkbox"/> La Institución registra y controla¹⁷⁴ los resultados de la implementación, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El Programa de Trabajo Anual para cada proyecto de seguridad de la información comprometido e implementado. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Las modificaciones a lo programado originalmente de acuerdo a los resultados obtenidos. ➤ La documentación pertinente para efectos de trazabilidad y auditorías de cumplimiento.

174 Se entenderá por registro y control, aquel seguimiento sistemático de las actividades de cada proyecto, para monitorear su rendimiento real y su avance contra lo estimado en el Programa de Trabajo.

ÁREA: CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA: SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ETAPA IV- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>9. La institución evalúa 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 del DS 83 establecido y las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.</p> <p>10. 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 los compromisos, plazos y responsables que permitan superar las causas que originaron las brechas aún existentes y las debilidades detectadas por la evaluación de la implementación del Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p> <p>11. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.</p> <p>12. La institución difunde a sus funcionarios los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información y el Programa de Trabajo Anual.</p> <p>13. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados obtenidos de la medición de los indicadores. ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado. ➤ Nivel de cumplimiento DS 83 alcanzado por dominio de seguridad comprometido por la Institución ➤ Nivel de cumplimiento de la normativa y legislación vigente. ➤ Nivel de efectividad¹⁷⁵ de los controles de seguridad implementados. ➤ Resultados de la gestión de los riesgos identificados en la etapa de diagnóstico. ➤ Nivel de interacción del Sistema Seguridad de la Información con el Plan de Gestión de Riesgos u otras metodologías de gestión que se encuentren en uso en la institución. ➤ Resultados de los planes de difusión y capacitación a los funcionarios. <p><input type="checkbox"/> La Institución evalúa la administración y/o gestión del Plan General de Seguridad de la Información, considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Productos generados para el cumplimiento de los hitos del proyecto. <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación, en la cual deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación y de la gestión de cada proyecto realizado. ➤ Establecer compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables, de la evaluación. ➤ Implementar los compromisos y revisar el grado de cumplimiento de cada uno de ellos. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios involucrados los resultados de la evaluación de la implementación del Plan de Seguridad de la Información y del Programa de Trabajo Anual, considerando al menos, lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión. ➤ Mensaje central que debe ser conocido e internalizado por los funcionarios involucrados. <p><input type="checkbox"/> La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando:</p>

175 Efectividad de los controles: se refiere a la capacidad de mitigación, contención y/o reducción de impacto para un riesgo de seguridad que se ha materializado.

ETAPA IV- OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguimiento y control de la gestión del Plan General de Seguridad de la Información a través de la implementación de un sistema de control y mejora continua, el cual deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estado actual de las recomendaciones formuladas. Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior. ○ Establecer un ciclo de revisión de los controles de seguridad implementados, de manera de verificar su efectividad, al menos 3 veces en el año.

7.11 Sistema Planificación y Control de Gestión

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismo Técnico Validador: Dirección de Presupuestos (DIPRES)
<p>Etapa I Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio.
<p>Etapa II Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema de Información para la Gestión.
<p>Etapa III Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema de Información para la Gestión.<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño del Sistema Información de Gestión (SIG).<input type="checkbox"/> Acta, informe, memo u otro medio en que conste la aprobación del Jefe de Servicio y equipo directivo a las modificaciones del Sistema Información de Gestión SIG
<p>Etapa IV Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema de Información para la Gestión.<input type="checkbox"/> Reportes generados por el SIG.<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño del Sistema Información de Gestión (SIG).
<p>Etapa V Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones Estratégicas del Servicio.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema de Información para la Gestión.<input type="checkbox"/> Reportes generados por el SIG.<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño del Sistema Información de Gestión (SIG).<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año siguiente que miden la gestión relevante de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores.
<p>Etapa VI Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio.<input type="checkbox"/> Diseño del Sistema de Información para la Gestión.<input type="checkbox"/> Reportes generados por el SIG.<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño del Sistema Información de Gestión (SIG).<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año siguiente que miden la gestión relevante de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año anterior incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.<input type="checkbox"/> 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 2010 y el resultado del Programa de Seguimiento aplicado el año 2010, respecto de los indicadores evaluados en el año 2009, en que consta la probación de cada jefe de centro de responsabilidad y del Jefe de Servicio.<input type="checkbox"/> Manual de Procedimientos de Mantenimiento del SIG¹⁷⁶.

¹⁷⁶ A los Servicios que repiten la etapa 6 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, a las prioridades gubernamentales y presupuestarias, a los recursos asignados en la Ley de Presupuestos, a la opinión del equipo directivo y sus funcionarios, y a las percepciones de sus cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio establece las definiciones estratégicas de la institución, que deberá contener, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Misión y objetivos estratégicos. ➤ Clientes/usuarios/beneficiarios, ➤ Productos (bienes o servicios) Estratégicos ➤ Misión y objetivos estratégicos en consistencia con los clientes/usuarios/beneficiarios, con los productos estratégicos, las prioridades gubernamentales, las Prioridades Ministeriales, los Aspectos Relevantes establecidos en la Ley de Presupuestos de cada año¹⁷⁷ y los recursos asignados a través de la Ley de Presupuestos. ➤ La opinión del equipo directivo y los funcionarios del Servicio. ➤ La percepción de los clientes / usuarios / beneficiarios del Servicio.

¹⁷⁷ Considera los aspectos relevantes contenidos en el proyecto de Ley de Presupuestos del año 2010 para el Ministerio a través del cual se presenta el presupuesto de la institución.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<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 específicos¹⁷⁸ 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>□ 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> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El levantamiento y definición de los 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. ➤ Centros de responsabilidad definidos¹⁷⁹, los que deben cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser relevantes según las definiciones estratégicas de la Etapa I, esto es contribuir al logro de uno o más objetivos estratégicos de la institución y deben ser responsables de parte o todo el proceso de provisión de los productos estratégicos o de gestión interna o una combinación de ambos. ○ Disponer de cierto grado de autonomía presupuestaria. ○ Tener un ejecutivo responsable por su gestión. ○ Generar información relevante para la medición de indicadores. ➤ Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes¹⁸⁰ para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios): <ul style="list-style-type: none"> ○ En las dimensiones de eficiencia, eficacia, economía y calidad¹⁸¹. ○ En los ámbitos de control: proceso, producto y resultado. ○ Señalando correctamente la fórmula de cálculo. ○ Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula. ○ Señalando el medio de verificación. ○ Señalando las áreas de gestión incorporadas en el PMG y/u otras áreas de gestión relevantes para la institución. ➤ Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes para medir los compromisos establecidos en el Convenio de Desempeño Colectivo, los que deben formar parte del SIG. ➤ Identificar los indicadores de desempeño relevantes del SIG que podrían ser parte del convenio de Alta Dirección Pública, en los casos que corresponda. ➤ Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño. ➤ Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño, de acuerdo al Medio de Verificación identificado para cada indicador. ➤ Identificar los indicadores de desempeño elaborados que se van a medir, justificando los casos de indicadores elaborados que no tendrán medición en el año t. ➤ Señalar los mecanismos e instrumentos de recolección de la

178 Convenios de desempeño Colectivo, Compromisos de Alta Dirección Pública, Programación Gubernamental, entre otros.

179 Basado en la estructura organizacional, las funciones específicas de cada Centro de Responsabilidad y los procesos relevantes definidos

180 En aquellos productos estratégicos (bienes y/o servicios) de un centro de responsabilidad que no sea posible contar con indicadores de desempeño por las características del bien y/o servicio o razones técnicas justificadas, se deberá presentar las fundamentaciones técnicas de estos casos.

181 Ver Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión 2009 en www.dipres.cl/control de gestión/PMG/sistema gestión/planificación.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>información para poblar los datos de los indicadores diseñados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalar los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio. ➤ Identificar los sistemas de información utilizados en la institución en los que sea factible incorporar los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información de los indicadores diseñados, o identificar si existe la necesidad de contar con un sistema de información nuevo, actual modificado o perfeccionado. ➤ Justificar las modificaciones a las definiciones estratégicas definidas en la etapa anterior, si corresponde. ➤ Identificar indicadores de desempeño que midan los aspectos relevantes¹⁸² de la gestión del Servicio, consistentes con los prioridades aprobadas en la Ley de Presupuestos y centrados en los siguientes focos de medición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Logro de los objetivos estratégicos ○ Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos¹⁸³. ○ Logro de las prioridades gubernamentales. ○ Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos. ○ Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.

182 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 el 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado

183 Considerar, cuando corresponda, a los indicadores surgidos de las evaluaciones realizadas en el período 2000- 2009, por la Dirección de Presupuestos en el marco del Protocolo de Acuerdo establecido con el Congreso Nacional durante la tramitación del Proyecto de Ley de Presupuestos. Las evaluaciones pueden corresponder a las líneas de evaluación de programas gubernamentales, evaluaciones de impacto o comprensivas del gasto.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual: Identifica los aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema de información, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo, si las modificaciones corresponden, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Modificaciones a uno o más aspectos del Sistema de Información diseñado. ○ Incorpora nuevos indicadores de desempeño. ○ Elimina indicadores de desempeño que ya no muestren un proceso de mejoramiento del desempeño, o no son relevantes para monitorear el desempeño institucional. ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados a ser medidos durante el año, definidos en la Etapa II (nuevos y existentes).

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<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.</p> <p>5. La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.</p>	<p>☐ El Servicio tiene en pleno funcionamiento el SIG, para lo cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados a ser medidos en el año en las etapas anteriores (nuevos y existentes). ➤ Operan todos los sistemas de recolección de información (fichas, encuestas, OIRS, bases de datos, otros). ➤ Operan los sistemas de sistematización de información a través de informes consolidados, reportes, documentos, registros con datos agregados, otros. ➤ Identifica los aspectos del sistema corregidos o modificados con la correspondiente justificación de los cambios, debidamente aprobados por el Jefe de Servicio y equipo directivo. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos. ➤ Elabora, modifica y mejora los reportes del SIG utilizados en los procesos de toma de decisión institucional, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones. ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del (o los) indicadores en análisis. ○ Ser elaborado según niveles jerárquicos en los que se utiliza la información de los indicadores de desempeño (Jefe de Servicio, Equipo Directivo, Jefe de Centros de Responsabilidad, otros). ○ Resumen Ejecutivo, en los casos en que se presenta una gran cantidad de información.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA V - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>6. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades Gubernamentales, 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>7. 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 gestión¹⁸⁴, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la ponderación, la meta, los supuestos y medios de verificación.</p>	<p>☐ El Servicio presenta a DIPRES en formato establecido las definiciones estratégicas y los indicadores de desempeño del SIG que miden los aspectos relevantes de la gestión del Servicio para ser presentados en la formulación del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año siguiente y deberá cumplir con señalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los supuestos¹⁸⁵ establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación, información que debe ser consistente con las cifras presupuestarias, valores efectivos y estimados de los indicadores y sus respectivos operandos. ➤ Definiciones estratégicas (Misión, Prioridades Gubernamentales, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios). ➤ La vinculación de los productos estratégicos, cuando corresponda, con programas evaluados y/o vinculación de la institución con la evaluación institucional a través de la línea de evaluación comprehensiva del gasto. ➤ Nombre del indicador de desempeño, por dimensión y ámbito de control y su meta. ➤ Fórmula o algoritmo de cálculo (Unidad de medida, periodicidad o frecuencia). ➤ Los productos estratégicos del Servicio que no cuentan con indicadores de desempeño, como asimismo, aquellos que no cuentan con indicadores en el ámbito del producto o resultado y su justificación o fundamentación. ➤ Los Productos (bienes o servicios) estratégicos al que se vincula cada indicador. ➤ La priorización de los indicadores con sus respectivos ponderadores. ➤ El porcentaje del gasto total ejecutado que está siendo medido por los productos estratégicos que cuentan con indicadores de desempeño. <ul style="list-style-type: none"> ○ Medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos¹⁸⁶.

184 Al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de producto y/o resultado o al menos el 80% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de producto y/o resultado. Deben medir el logro de los objetivos estratégicos y el logro de los aspectos relevantes de la Ley de presupuestos.

185 Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

186 Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

ETAPA VI - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>8. La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año y los cumple en un rango de 90% a 100% (suma de los ponderadores asignados a los indicadores de desempeño cumplidos), fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 95%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%) y cumplidos (logro de la meta entre un 95% y 105%).</p> <p>9. La institución elabora el Programa de Seguimiento de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos recomendaciones, compromisos, plazos y responsables¹⁸⁷.</p> <p>10. La institución que repite la etapa 6, implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.</p> <p>11. La institución que está eximida de ingresar al Programa Marco Avanzado y repiten la etapa 6, elabora un manual de procedimientos de mantención del Sistema de Información para la Gestión SIG, incluyendo al menos base de datos, mecanismo de recolección de datos y tipos de reportes generados por el Sistema de Información.</p> <p>12. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas¹⁸⁸.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio evalúa los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año cumpliendo al menos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumple con el conjunto de metas comprometidas en el presupuesto en un rango de 90% a 100%. Dicho porcentaje se obtiene sumando sólo los ponderadores de los indicadores cumplidos. ➤ Fundamenta y analiza los resultados de los indicadores de desempeño cumplidos (95% a 105%), las causas de los indicadores no cumplidos (menor a 95%), y las causas de los indicadores sobre cumplidos (mayor a 105%). Todo ello validado por los jefes de los centros de responsabilidad. ➤ Elabora un reporte Ejecutivo basado en los resultados de los indicadores de desempeño¹⁸⁹ evaluados (cumplidos, no cumplidos y sobre cumplidos) y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación. <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora el Programa de Seguimiento para el año siguiente de los indicadores evaluados señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las causas que originaron los resultados obtenidos en los indicadores de desempeño evaluados, cumplidos, no cumplidos y/o sobre cumplidos. ➤ Las recomendaciones de mejoramiento que surgen del análisis de los resultados de todos los indicadores no cumplidos, sobre cumplidos, hayan sido o no afectados por causas externas justificadas e indicadores cumplidos a los cuales les sea aplicable alguna acción de mejoramiento. ➤ Los compromisos que permitan superar las causas que originaron el resultado obtenido por cada indicador, derivados de las recomendaciones de mejoramiento formuladas, identificando las actividades, los plazos de ejecución, responsables y medios de verificación. <p><input type="checkbox"/> El Servicio implementa el Programa de Seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior, validado por el jefe de cada centro de Responsabilidad que corresponda y cuenta con los resultados aprobados por el Jefe de Servicio, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento, ➤ Evaluación del resultados de los compromisos implementados en relación a la superación de las causas que habían originado los resultados del año anterior. ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos (no implementados, implementados parcialmente o implementados fuera del plazo establecido). <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora el Manual de Procedimientos de Mantención del SIG¹⁹⁰, el que incluye al menos lo siguiente:</p>

187 Los compromisos deben ser incorporados en las Definiciones Estratégicas, diseño del SIG o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

188 A los Servicios que repiten la etapa 6 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

189 El cumplimiento de los indicadores será verificado a través de los medios de verificación definidos para el sistema en las etapas anteriores, particularmente para los indicadores presentados en la Formulación Presupuestaria de cada año. La ausencia o inconsistencia de los medios de verificación de cada indicador con la información proporcionada por los reportes del sistema o informes, será motivo de no validación del sistema a la vez que será considerado como indicador no cumplido restándole su ponderación al porcentaje global de cumplimiento. Asimismo, la no presentación de los Medios de Verificación auditados en los plazos establecidos será causa de no validación del sistema.

190 A los Servicios que repiten la etapa 6 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

ETAPA VI - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="751 216 1403 296">➤ Bases de datos u otros instrumentos de información utilizados, ubicación institucional y responsable por su mantenimiento. <li data-bbox="751 296 1403 352">➤ Mecanismos de recolección de datos, periodicidad y unidades responsables por la entrega de la información. <li data-bbox="751 352 1403 409">➤ Tipos de reportes generados por el SIG, periodicidad y destinatarios. <li data-bbox="751 409 1403 453">➤ Mecanismos de modificación del SIG, responsables y control de cambios en los documentos.

7.12 Sistema Auditoría Interna

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
SISTEMA: AUDITORÍA INTERNA

MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Organismo Técnico Validador: Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p> <p>Etapa I Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Estatuto de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos<input type="checkbox"/> Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Informe de asistencia a Reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional <p>Etapa II Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Estatuto de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos<input type="checkbox"/> Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Informe asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente (2010).<input type="checkbox"/> Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.<input type="checkbox"/> Respuesta a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno en materias de gestión institucional. <p>Etapa III Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Estatuto de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos<input type="checkbox"/> Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Informe de asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional<input type="checkbox"/> Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente<input type="checkbox"/> Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.<input type="checkbox"/> Respuesta a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno en materias de gestión institucional.<input type="checkbox"/> Programación de cada auditoría.<input type="checkbox"/> Información mensual de la ejecución de las auditorías de acuerdo a lo señalado en el Plan.<input type="checkbox"/> Informe con la ejecución anual del Plan, las limitaciones observadas en el desarrollo de las auditorías y las sugerencias para abordarlas. Además debe incluir un listado con las auditorías realizadas en el año y las medidas adoptadas. <p>Etapa IV Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Estatuto de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos.<input type="checkbox"/> Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.<input type="checkbox"/> Informe de asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional.<input type="checkbox"/> Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente.<input type="checkbox"/> Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Respuesta a todos los requerimientos de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno en materias de gestión institucional.
- Programación de cada auditoría.
- Información mensual de la ejecución de las auditorías de acuerdo a lo señalado en el Plan.
- Informe con la ejecución anual del Plan, las limitaciones observadas en el desarrollo de las auditorías y las sugerencias para abordarlas. Además debe incluir un listado con las auditorías realizadas en el año y las medidas adoptadas.
- Informe con los compromisos derivados de las recomendaciones, Plan de Seguimiento, Resultados del Plan de Seguimiento; Conclusiones y nuevas recomendaciones, si las hubiere.
- Manual de Procedimientos de Mantenimiento del Sistema de Auditoría Interna.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: AUDITORÍA INTERNA

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna, considerando al menos el nombramiento formal del jefe de la unidad, su dependencia directa del jefe de Servicio y sus objetivos son concordantes con las orientaciones estratégicas de la institución.</p> <p>2. La institución formula y/o actualiza el Estatuto de Auditoría interna, aprobado por el Jefe de Servicio.</p> <p>3. La institución informa los antecedentes de funcionamiento de la Unidad de Auditoría, realizando un análisis de fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, identificando las competencias específicas que requieren para el funcionamiento de la Unidad y participación en los Comités de Auditorías Ministeriales y Regionales.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna a través de una resolución exenta¹⁹¹ u otro documento¹⁹², aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, considerando al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de la misión de la Unidad, las incompatibilidades y sus objetivos. ➤ Identificación de las principales funciones de la Unidad de Auditoría, como por ejemplo: prestar asesoría técnica especializada en materias de auditoría y control interno al Jefe Superior del Servicio, cumplir con características de transparencia y objetividad, velando por la reserva de las materias y de la documentación utilizada. ➤ El Jefe de la Unidad de Auditoría Interna, para el ejercicio de sus funciones depende directa y exclusivamente del Jefe de Servicio. ➤ Los auditores internos deben otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgo de la institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. ➤ La metodología de trabajo y la coordinación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno es a través del Auditor Ministerial. ➤ Los auditores internos no deben realizar actividades de línea, representación, sumariales o cualquier otra que afecte su objetividad, independencia y eficiencia. Las actividades de auditoría a realizar siempre deben estar basadas en análisis de riesgos transversales a la organización. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora la resolución exenta u otro documento de la misma jerarquía legal, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio debe¹⁹³ formular y/o actualizar el Estatuto de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría. En este se debe definir detalladamente las actividades que la Unidad de Auditoría Interna debe desempeñar, las que puede realizar con independencia y objetividad y las que no debe realizar en el marco del proceso de gestión de riesgos, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p> <p><input type="checkbox"/> Funcionamiento de la Unidad de Auditoría Interna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Institución debe elaborar¹⁹⁴ un informe con los antecedentes de funcionamiento de la Unidad de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dependencia de la Unidad.

191 Se eximen de presentar la resolución exenta o documento mediante el cual se creó la unidad de auditoría interna o documento que nombra al Jefe de la Unidad de Auditoría o Estatuto de Auditoría, de aquellos Servicios cuyas resoluciones o documentos no presenten modificaciones efectuadas durante el año 2010 y que hayan sido previamente aprobadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, siempre y cuando el Jefe de Servicio, certifique y comunique dicha circunstancia, en el oficio remitido de los antecedentes del cumplimiento de los requisitos técnicos de la Etapa I.

192 Según lo informado en el Documento Técnico "Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010", cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

193 Según lo informado en el Documento Técnico "Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010", cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

194 Según lo informado en el Documento Técnico "Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010", cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad de personal que trabaja en la Unidad, señalando la profesión, año de titulación, institución o entidad que otorgó el título, cursos de capacitación o actualización y experiencia en el área de auditoría o control interno adquiridos en los últimos 5 años y tipo de contrato o calidad jurídica de los funcionarios y del Jefe de la Unidad. ➤ La Institución debe identificar y analizar las fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, y elaborar¹⁹⁵ un informe aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría, en relación con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Organización de la Unidad de Auditoría: ámbito de acción, existencia de manuales actualizados de organización y procedimientos, etc. ○ Personal: Analizar la dotación en cuanto a cantidad, cualificación, supervisión, programas y necesidades de capacitación. □ Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Institución debe identificar las competencias técnicas y específicas que se requieren para el adecuado desempeño de la Unidad de Auditoría, y elaborar¹⁹⁶ un informe aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría. En esta identificación deben considerarse aspectos conceptuales y metodológicos relacionados a la disciplina de Auditoría¹⁹⁷. ➤ La Institución debe elaborar¹⁹⁸ un informe que contenga los antecedentes referentes a la capacitación del personal de la Unidad de Auditoría, aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría. Específicamente, las acciones de capacitación ejecutadas al 31 de diciembre de 2010, relacionadas con las competencias definidas en el punto anterior. □ Asistencia a reuniones de Comité de Auditoría: <p>El Auditor Ministerial debe¹⁹⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar a lo menos 5 (cinco) reuniones en el año. ➤ Elaborar un informe que contenga antecedentes referentes a la asistencia a reuniones del Comité de Auditoría Ministerial. ➤ Elaborar el programa anual de reuniones y enviarlo al Consejo de Auditoría hasta el 31 de marzo de 2010. Citando con la debida antelación a los Auditores Internos de los Servicios dependientes o relacionados con su Cartera. ➤ Elaborar, mantener y remitir las actas. <p>El Jefe o representante de la Unidad de Auditoría debe asistir a lo menos a 3 (tres) de las reuniones realizadas.</p> <p>El Sectorialista del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno deberá ser invitado a lo menos a 3 (tres) de las reuniones de los Comité Ministerial.</p>

195 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”, cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

196 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”, cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

197 Dichas competencias deben ser elaboradas en el marco de la identificación de competencias realizadas en la etapa II del mismo sistema de capacitación del PMG. Las acciones de capacitación deberán formar parte del Plan Anual de capacitación.

198 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

199 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>El Auditor Interno del Gobierno Regional debe²⁰⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar a lo menos 5 (cinco) reuniones en el año, con la participación del Jefe o representante de la Unidad de Auditoría del Servicio en la Región. ➤ Elaborar el programa anual de reuniones y enviarlo al Consejo de Auditoría hasta el 31 de marzo de 2010. Citando con la debida antelación a los Auditores Internos de los Servicios que tengan oficinas regionales (el Jefe o representante de la unidad Interna del Servicio en la Región). ➤ Elaborar, mantener y remitir las actas. <p>El Jefe o representante de la Unidad de Auditoría de los Servicios que tengan oficinas en regiones, deben asistir a lo menos a 3 (tres) de las reuniones realizadas.</p> <p>El Sectorialista del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno deberá ser invitado a lo menos a 3 (tres) de las reuniones de los Comités Regionales.</p>

200 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: AUDITORÍA INTERNA

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>4. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna, elabora un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgos Estratégica, indicando los procesos estratégicos y de soporte, subprocesos y etapas, de manera de priorizar los temas a auditar y fundamentar el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>5. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna elabora un Plan Anual de Auditoría para el año siguiente en base al diagnóstico realizado considerando las tres líneas de auditoría: Institucional, contemplando un número de auditorías congruente con los niveles de criticidad de los riesgos y los recursos humanos disponibles; Ministerial y Gubernamental²⁰¹.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución debe elaborar²⁰² un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Matriz de Riesgos²⁰³ actualizada y aprobada por el Jefe de Servicio, la que debe contener la identificación y análisis de los riesgos de los procesos (estratégicos y de soporte), subprocesos y etapas, construida en el proceso de gestión de riesgos año 2010. ➤ El contenido del diagnóstico debe permitir sustentar el Plan Anual de Auditoría, y debe contener al menos, un ranking de riesgos por proceso, subprocesos y/o etapas y los criterios técnicos definidos por el auditor interno²⁰⁴. ➤ Debe existir consistencia entre el análisis de probabilidades, impactos y eficiencia de los controles realizados en la Matriz de Riesgos en los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado la falta de probidad. ➤ Sobre la base del diagnóstico, el Jefe de la Unidad de Auditoría debe recomendar para su aprobación al Jefe de Servicio, los procesos, subprocesos y etapas a auditar. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora²⁰⁵ el Plan Anual de Auditoría 2011 basado en el diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, que debe contener al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo Gubernamental²⁰⁶. ➤ Objetivo Ministerial²⁰⁷. ➤ Objetivo Institucional²⁰⁸. <ul style="list-style-type: none"> ○ El Plan debe contener al menos cuatro auditorías institucionales a los procesos o subprocesos o etapas, identificadas en la Matriz de Riesgo, con los mayores niveles de criticidad, debiendo justificar para cada uno de ellas el uso eficiente de las horas hombres disponibles. ○ Adicionalmente a las auditorías anteriores, debe considerarse en el Plan de Auditoría el aseguramiento²⁰⁹ al proceso de gestión de riesgos de la institución. ○ El Plan debe contener un cronograma general de las auditorías y actividades. ○ Para cada auditoría se debe fundamentar su incorporación en el Plan Anual. (diagnóstico, solicitud especial de la autoridad, normativa específica, etc.)

201 Las auditorías Gubernamentales son definidas por S.E. la Presidenta de la República y coordinada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

202 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

203 Según criterios considerados en documento técnico N° 41 “Objetivo de Auditoría Gubernamental 2009 y primer trimestre año 2010-N°3” versión marzo de 2009.

204 Según lo considerado en documento técnico N° 33 “Planificación de Auditoría” versión marzo 2008.

205 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

206 El Documento Técnico referido al Objetivo de Auditoría Gubernamental 2010, será parte integrante del Sistema de Auditoría Interna.

207 El Objetivo Ministerial, correspondiente al período 2011, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre de 2010. Definir Objetivos y Alcance y adjuntar su respectivo Programa de Auditoría.

208 Se deben incorporar al Plan Anual de Auditorías 2011 las actividades de seguimiento, las que se encuentran debidamente formuladas en la etapa IV del Sistema de Auditoría Interna; y las actividades para la implementación del Sistema de Auditoría Interna, etapas I a IV del Programa Marco Avanzado, en los casos que el Servicio se encuentre en el PMA.

209 Según lo considerado en Documento Técnico N° 42 “Objetivo Gubernamental de Auditoría 2009/Primer Trimestre año 2010-2, Aseguramiento al Proceso de Gestión de Riesgos” versión marzo de 2009.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales de cada auditoría, deben ser consistentes con los objetivos y riesgos del proceso levantado en la matriz de riesgos. ○ Los objetivos generales de cada auditoría contemplada en el Plan Anual, deben ser consistente con los principios de independencia y objetividad del Auditor Interno. ○ El alcance general de cada auditoría, debe estar descrito en términos que permita cuantificar o medir las actividades que se realizarán. ○ El equipo de trabajo y estimación de horas de auditoría, debe ser consistente con las actividades planificadas. ○ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la ejecución del Plan Anual de Auditoría, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones. ○ Debe existir consistencia entre los procesos, subprocesos y etapas consideradas en la formulación del Plan Anual de Auditoría y el proceso y las situaciones en que se hubiese generado la falta de probidad. <p><input type="checkbox"/> Los Auditores Internos deben, con el conocimiento previo de su Jefe de Servicio, responder a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, vinculadas con las materias de gestión institucional.</p>

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
SISTEMA: AUDITORÍA INTERNA

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>6. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna ejecuta el Plan Anual de Auditoría correspondiente al período, considerando al menos que: i) aplica los mecanismos de auditoría de acuerdo a la metodología establecida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que indica al menos las orientaciones que se deben tener presente para programar, ejecutar e informar la ejecución de los Planes Anuales de Auditoría; ii) realiza las actividades especificadas en el Plan Anual de Auditoría, incluyendo las tres líneas de auditoría (Institucional, Ministerial y Gubernamental).</p> <p>7. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera mensualmente informes de resultado de la ejecución del Plan Anual de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos programas, identificando objetivos generales y específicos, alcance, oportunidad y análisis de los resultados, entre otros aspectos.</p> <p>8. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera anualmente el Informe Final de las auditorías ejecutadas durante el año con el análisis de la ejecución del Plan, la conclusión sobre el resultado del trabajo anual e identificando recomendaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución debe elaborar²¹⁰ los Programas de Auditoría²¹¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para cada auditoría planificada se debe acompañar el programa de auditoría específico utilizado, aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría. El cual debe tener la siguiente estructura mínima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales de cada auditoría, que deben ser los señalados en el Plan Anual de Auditoría. ○ Los objetivos específicos de la auditoría, deben ser consistentes con los objetivos generales señalados en el Plan de auditoría y con los puntos críticos a auditar. Los puntos críticos corresponden a riesgos derivados de la matriz para supervisión y medición del trabajo en cada fase del proceso de auditoría. ○ El alcance de la auditoría, debe ser consistente con lo definido en el Plan Anual de Auditoría y establecido en términos cuantificables. ○ La definición de puntos críticos y los criterios que se utilizaron para escogerlos. ○ La selección de los procedimientos y pruebas de auditoría, deben ser consistentes con la estructura del control que mitiga el riesgo y los objetivos específicos de la auditoría. ○ La actualización de las horas de auditoría, si corresponde. ○ La actualización del equipo de trabajo y responsable, si corresponde. ○ Debe existir consistencia entre la formulación del programa de auditoría, los procesos y las situaciones en que se hubieran detectado faltas de probidad, específicamente, en la identificación de los puntos críticos en el programa de auditoría. ○ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la programación de las auditorías planificadas, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones. <p><input type="checkbox"/> La auditoría de aseguramiento al proceso de gestión de riesgos, debe basarse en las instrucciones del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y en el Documento Técnico N° 24, “Programación Específica de Auditorías”.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución, a través del Auditor Interno elabora²¹² los Informes de Auditoría, aprobados por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, los que deben contener en su estructura a lo menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe Ejecutivo. ➤ Informe Detallado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales y específicos de auditoría, que deben ser los señalados en el programa de auditoría. ○ El alcance de la auditoría debe ser el señalado en el programa de auditoría.

210 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

211 Para el año 2010, la Unidad de Auditoría, debe programar, todas las auditorías de su Plan Anual, utilizando la metodología descrita en el Documento Técnico N° 24 “Programación Específica de Auditoría”.

212 Según lo informado en el Documento Técnico “Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010”. cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ La oportunidad de la auditoría. ○ Análisis de resultados: <ul style="list-style-type: none"> - Los hallazgos de auditoría detectados, deben contener la descripción de los hechos detectados y el análisis de causas. - Los hallazgos deben sustentarse con evidencia de auditoría suficiente y competente dispuesta en los papeles de trabajo. - El efecto real o potencial que generan los hallazgos de auditoría, entendiendo por tal las consecuencias que derivan o puede derivarse de éstos en el ámbito de la auditoría. - Las sugerencias o recomendaciones para mitigar los efectos de los hallazgos de auditoría, que deben considerar las causas de los mismos. ➤ Los informes de auditoría deben contener recomendaciones que permitan a la Dirección tomar medidas correctivas y preventivas en el proceso de gestión de riesgos. ➤ Debe existir consistencia entre los hallazgos y las recomendaciones contenidas en el informe de auditoría y las situaciones en que se hubiesen detectado faltas de probidad de un proceso determinado. ➤ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para los informes de auditoría del Plan Anual, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones. ☐ La institución debe informar las auditorías no planificadas, con su respectivo análisis de resultados. ☐ La institución debe elaborar mensualmente, los informes de auditoría y/o actividades terminadas²¹³ y firmado por el Jefe de Servicio. ☐ El Servicio debe elaborar un informe final de las Auditorías²¹⁴ y/o actividades ejecutadas durante el año, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El total de las auditorías y actividades realizadas en el año. <ul style="list-style-type: none"> ○ El análisis de la ejecución de las auditorías planificadas. ○ El análisis de la ejecución de las auditorías y actividades no planificadas. ○ El análisis sobre el cumplimiento del cronograma de trabajo comprometido. ○ Los resultados y actualizaciones²¹⁵ de las mediciones de los indicadores de desempeño (planificación, programación, informe y seguimiento) y aplicación procedimientos de control y monitoreo (programación, informe y seguimiento), formulados por el Servicio. ○ La Conclusión general del trabajo anual.

213 De no existir informes de auditoría terminados en el mes, se debe informar el detalle de las actividades desarrolladas por la Unidad de Auditoría. El plazo de entrega de éste informe al Consejo de Auditoría vence el último día hábil del mes siguiente de cada mes.

214 Si existieran modificaciones al Plan Anual de Auditoría deben presentarse al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno a más tardar el 30 de Junio del 2010 y estar debidamente justificadas y aprobadas por el Jefe de Servicio. El Servicio no podrá reemplazar auditorías de su Plan Anual por aquellas efectuadas en procesos tales como: PMG, Servicio de Bienestar y Ley N° 19.882. Las auditorías que modifican el Plan Anual original, deben ser respaldadas por un nuevo análisis de riesgo y su respectiva Matriz de Riesgo Estratégica.

215 Para los Servicios en el Sistema de Gestión de la Calidad, los indicadores y procedimientos de control y monitoreo señalados deben estar incorporados en los respectivos procedimiento y/o manuales y reportar las mediciones.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
SISTEMA: AUDITORÍA INTERNA

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>9. La institución, informa al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría, enviando un informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Servicio.</p> <p>10. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, elabora e implementa un Plan de Seguimiento de las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría interna, señalando al menos las materias sobre las que se hará seguimiento, los compromisos, plazos y responsables considerando la auditoría contemplada en el Plan, el hallazgo que originó el compromiso, y el grado de cumplimiento de éste, entre otros aspectos.</p> <p>11. La institución debe cumplir con un porcentaje mínimo de implementación del Plan de Seguimiento con la finalidad de asegurar la disminución del nivel de riesgo existente en la administración de los recursos.</p> <p>12. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas²¹⁶.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución²¹⁷ elabora un informe de los compromisos implementados²¹⁸ durante el mismo período, a los que se les realizó seguimiento por la Unidad de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ➤ El proceso, subproceso o etapa. ➤ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ➤ El hallazgo de auditoría. ➤ La sugerencia o recomendación de auditoría. ➤ El número / fecha, documento repuesta. ➤ El o los compromisos asociados²¹⁹ a los hallazgos de auditoría. ➤ El indicador de logro del compromiso. ➤ La meta. ➤ El plazos/fecha, propuesta para la implementación de las medidas. ➤ La fecha de seguimiento de la auditoría. ➤ El porcentaje de cumplimiento. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2011 aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Objetivo General y Específico ➤ Alcance ➤ Equipo de trabajo ➤ Horas de auditoría ➤ Cronograma ➤ Definición de una metodología, la que debe definir las materias sobre las cuales hacer seguimiento²²⁰, considerando al menos las siguientes alternativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Servicio efectuará el seguimiento a todas las auditorías realizadas (100%) ó, ○ Cuando corresponda, el Servicio priorizará y seleccionará las auditorías a las cuales se les va hacer seguimiento, en base, entre otras, a las siguientes variables relevantes y/o estratégicas: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de Riesgo que presenta el proceso o sistema auditado en la última matriz de riesgos del proceso de gestión de riesgos. - La importancia estratégica que posee el proceso o sistema auditado para la Institución. - Existencia de auditorías y seguimientos realizados con anterioridad sobre el proceso o sistema auditado. - Grado de contribución del compromiso al mejoramiento del proceso de gestión de riesgo.

216 A los servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

217 Según lo informado en el Documento Técnico "Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010". cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

218 En el proceso de validación, el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno tomará muestras de los respaldos del cumplimiento de los compromisos para evaluar este requisito.

219 Los compromisos (medidas preventivas y correctivas) tomadas por las direcciones de las entidades gubernamentales siempre deben ser adecuadas y suficientes para evitar que los riesgos relevantes se materialicen.

220 Se recomienda considerar el Documento Técnico N° 26 "Seguimientos en Auditoría". En el caso de las auditorías programadas, es obligación utilizar el Documento Técnico N° 26, última versión actualizada a marzo de 2008.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición actividades de seguimiento para verificar el monitoreo realizado al Plan de tratamiento del proceso de gestión de riesgos por la administración. ➤ Debe existir consistencia entre el plan de seguimiento de auditoría a los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado las faltas de probidad. ➤ Definición de los procedimientos de control y monitoreo y los indicadores de desempeño utilizados para la ejecución del Plan de Seguimiento e informar los resultados de sus mediciones. ➤ Identificación de los compromisos de seguimiento aprobados por el Jefe de Servicio basados en la priorización descrita en el punto anterior o al 100% de los compromisos no implementados durante el año 2010 y los años anteriores, registrando: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El hallazgo de auditoría. ○ La sugerencia o recomendación de auditoría. ○ El número/ fecha, documento repuesta. ○ El o los compromisos²²¹ asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El indicador de logro del compromiso. ○ La meta. ○ Los plazos/fecha, propuesta para la implementación de las medidas. ○ El responsable de la implementación. ☐ La institución²²² elabora un informe²²³ consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2008 y anteriores, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Evaluación de Resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El número de recomendación. ○ El hallazgo de auditoría. ○ El o los compromisos²²⁴ asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El porcentaje de cumplimiento o avance de las medidas. ○ El impacto de implementación de las medidas. ○ El motivo del no cumplimiento, cuando corresponda. ○ La nueva recomendación, si corresponde. ➤ Conclusiones ➤ El grado de cumplimiento de implementación mínimo requerido respecto de los compromisos de seguimiento se medirá con la siguiente relación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cantidad de compromisos de Seguimiento está entre 1 y 30, entonces el porcentaje mínimo de

221 Los compromisos (medidas preventivas y correctivas) tomadas por las direcciones de las entidades gubernamentales siempre deben ser adecuadas y suficientes para evitar que los riesgos relevantes se materialicen.

222 Según lo informado en el Documento Técnico "Programa de Mejoramiento de la Gestión Sistema de Auditoría Interna 2010", cuya versión estará disponible en marzo de 2010, y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

223 En el proceso de validación, el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno tomará muestras de los respaldos del cumplimiento de los compromisos para evaluar este requisito.

224 Los compromisos (medidas preventivas y correctivas) tomadas por las direcciones de las entidades gubernamentales siempre deben ser adecuadas y suficientes para evitar que los riesgos relevantes se materialicen.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>implementación corresponde a un 90%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento está entre 31 y 70, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 80%. ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento es igual o mayor que 71, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 70%. <p>□ El Servicio elabora el Manual de Procedimientos de Mantención del Sistema de Auditoría Interna, que incluya al menos sus procedimientos²²⁵ estratégicos, es decir, aquellos procesos relacionados con la Planificación, Programación, Ejecución, Informe y Seguimiento del proceso de auditoría.</p>

²²⁵ Se deben considerar los Documentos Técnicos N° 33, 24, 31, 25 y 26 del Proceso de Auditoría.

7.13 Sistema Gestión Territorial

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA

SISTEMA: GESTIÓN TERRITORIAL

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
<p>Organismo Técnico Validador: Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE)</p> <p>Etapa I Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de los productos (bienes y/o servicios) que les corresponde incorporar o mejorar su perspectiva territorial, de los sistemas de información de sus productos y clientes/usuarios/beneficiarios por región, de la información de interés regional que corresponde proveer a los gobiernos regionales y de las facultades necesarias de desconcentrar para entregar los productos con perspectiva territorial. <p>Etapa II Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de los productos (bienes y/o servicios) que les corresponde incorporar o mejorar su perspectiva territorial, de los sistemas de información de sus productos y clientes/usuarios/beneficiarios por región, de la información de interés regional que corresponde proveer a los gobiernos regionales y de las facultades necesarias de desconcentrar para entregar los productos con perspectiva territorial.<input type="checkbox"/> Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos (bienes y/o servicios) seleccionados, para incorporar modificaciones o mejoras a los sistemas de información y para proveer de información de interés regional a los gobiernos regionales<input type="checkbox"/> Programa de trabajo para la implementación del plan para incorporar perspectiva territorial. <p>Etapa III Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de los productos (bienes y/o servicios) que les corresponde incorporar o mejorar su perspectiva territorial, de los sistemas de información de sus productos y clientes/usuarios/beneficiarios por región, de la información de interés regional que corresponde proveer a los gobiernos regionales y de las facultades necesarias de desconcentrar para entregar los productos con perspectiva territorial.<input type="checkbox"/> Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos (bienes y/o servicios) seleccionados, para incorporar modificaciones o mejoras a los sistemas de información y para proveer de información de interés regional a los gobiernos regionales<input type="checkbox"/> Programa de trabajo para la implementación del plan para incorporar perspectiva territorial.<input type="checkbox"/> Registro automático emitido por la plataforma transaccional “Chileindica” (www.chileindica.cl) de la información de gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el Anteproyecto Regional de Inversiones (ARI) 2011, de cada región, a más tardar el 30 de junio de 2010.<input type="checkbox"/> Registro automático emitido por la plataforma transaccional “Chileindica” (www.chileindica.cl) de la información del estado de ejecución del gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el Programa Público de Inversión Regional del año 2010, de cada región, a más tardar el 30 de junio y el 30 de diciembre de 2010.<input type="checkbox"/> Resultado de la implementación del programa de trabajo en la medición de indicadores. <p>Etapa IV Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de los productos (bienes y/o servicios) que les corresponde incorporar o mejorar su perspectiva territorial, de los sistemas de información de sus productos y clientes/usuarios/beneficiarios por región, de la información de interés regional que corresponde proveer a los gobiernos regionales y de las facultades necesarias de desconcentrar para entregar los productos con perspectiva territorial.<input type="checkbox"/> Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos (bienes y/o servicios) seleccionados, para incorporar modificaciones o mejoras a los sistemas de información y para proveer de información de interés regional a los gobiernos regionales<input type="checkbox"/> Programa de trabajo para la implementación del plan para incorporar perspectiva territorial.<input type="checkbox"/> Resultado de la implementación del programa de trabajo en la medición de indicadores.<input type="checkbox"/> Informe con la difusión realizada y los mecanismos utilizados hacia los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios respecto de los resultados obtenidos en la incorporación de la perspectiva territorial.

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010

- Registro automático emitido por la plataforma transaccional “Chileindica” (www.chileindica.cl) de la información de gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el Anteproyecto Regional de Inversiones (ARI) 2011, de cada región, a más tardar el 30 de junio de 2010.
- Registro automático emitido por la plataforma transaccional “Chileindica” (www.chileindica.cl) de la información del estado de ejecución del gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el Programa Público de Inversión Regional del año 2010, de cada región, a más tardar el 30 de junio y el 30 de diciembre de 2010.
- Informe del Servicio con los resultados de la implementación del Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos (bienes y/o servicios) seleccionados, en las mejoras de complementariedad interinstitucional y para incorporar modificaciones o mejoras a los sistemas de información de los productos y clientes/usuarios/beneficiarios por región y para proveer de información de interés regional a los gobiernos regionales; las recomendaciones y compromisos para mejorar la implementación de ambos planes y las medidas y mecanismos para el cumplimiento de los anterior.
- Programa de Seguimiento para cerrar las brechas y debilidades detectadas en la evaluación del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial y del programa de trabajo.
- Aspectos del plan no incluidos en el programa de trabajo elaborado en la etapa anterior y la propuesta de programa de trabajo del año siguiente.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: GESTIÓN TERRITORIAL

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución elabora un diagnóstico de la provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios para incorporar perspectiva territorial y lograr una mayor integración entre los servicios públicos y mayor equidad territorial en la provisión de sus productos, considerando al menos la revisión desde el diseño hasta la entrega de los productos estratégicos, el grado de integración de éstos con el resto de los servicios públicos del territorio y el grado de reconocimiento de la realidad del territorio.</p> <p>2. La institución analiza e identifica el grado de desconcentración utilizado en la provisión de los productos estratégicos en los que corresponde aplicar perspectiva territorial, identificando al menos, las facultades necesarias que no están delegadas o no son ejercidas.</p> <p>3. La institución elabora un diagnóstico de los sistemas de información para el registro por región, de los productos estratégicos en los que corresponde aplicar perspectiva territorial, considerando al menos, la oferta de productos por región, la localización de los clientes / usuarios / beneficiarios y los compromisos de gasto y/o inversión formalizados en convenios o programas de complementariedad territorial.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora el diagnóstico²²⁶ de los productos estratégicos (bienes y o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios desde una perspectiva territorial, que debe incluir al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Productos estratégicos (subproductos y/o productos específicos) de la institución²²⁷, identificando aquellos en los que corresponda incorporar la perspectiva territorial o profundizarla para contribuir al buen gobierno²²⁸ y la satisfacción de sus clientes/usuarios/ beneficiarios en cada región o territorio subnacional, en aspectos tales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Productos estratégicos que registran algún avance o incorporan la perspectiva territorial. ○ Productos estratégicos en los que corresponda incorporar la perspectiva territorial. ○ Productos estratégicos en los que no corresponda incorporar la perspectiva territorial. ○ Características de sus productos, modos de acceso y/o provisión en cada región o territorio subnacional. ○ Complementariedad de sus productos, bienes y servicios con las de otros servicios afines para ofrecer una oferta más integrada en cada región o territorio subnacional. ○ Distribución de los productos, en particular en zonas extremas, de difícil acceso, deprimidas económicamente o de alta vulnerabilidad social, para reducir las inequidades territoriales. ➤ Las medidas necesarias de implementar por el Servicio para incorporar la perspectiva territorial a sus productos, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ En aquellos productos que es factible incorporar la perspectiva territorial. ○ En aquellos productos que corresponde desagregar información por región. ○ En aquellos productos que han incluido la perspectiva territorial con anterioridad y que es posible profundizarla. ○ Las medidas que contribuyan a otorgar una mayor iniciativa a las jefaturas territoriales del Servicio para ofrecer soluciones a las necesidades de cada región o territorio subnacional, especialmente aquellas que establezcan o amplíen las facultades para formular, articular e implementar metas de complementariedad financiera y operacional con otros servicios en el territorio. ➤ Los productos en los cuales no es posible incorporar la perspectiva territorial, señalando las razones. ➤ Las facultades desconcentradas. Identificando las facultades que habilitan a las jefaturas territoriales del servicio, para tener una mayor iniciativa y ofrecer soluciones a las necesidades de cada región o territorio, señalando las facultades delegadas no ejercidas, facultades no delegadas y

226 El diagnóstico consiste en identificar la situación actual del servicio respecto de la perspectiva territorial en la entrega o provisión de productos (bienes y/o servicios) en cada una de las regiones en que el servicio tenga presencia regional.

227 Corresponde a la ficha de identificación Formulario A1 presentada en el proyecto de Ley de Presupuestos del año 2010, actualizada según corresponda.

228 Se entiende por Buen Gobierno a la mayor integración entre los servicios públicos y mayor equidad territorial en la provisión de sus productos, bienes y servicios. La mayor equidad se logra a través de la adecuación de la definición, modos de acceso y provisión de sus productos a la realidad regional y la integración a través de una mayor complementariedad de sus productos, bienes y servicios con las de otros servicios afines, de modo de presentar una oferta integrada de productos y servicios en las regiones.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>necesarias, ambas referidas a cuatro ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ administrar programas en la región, participar en el ciclo presupuestario, gestionar adquisiciones o contratación de personal y servicios externos, o para suscribir compromisos con otros organismos públicos. <p>➤ Los sistemas de información de la institución en los que corresponde incorporar información por región, u otra desagregación territorial pertinente, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La oferta de productos en cada región. ○ La localización y características de los clientes usuarios y beneficiarios cuya atención está programada para el año en curso. ○ Los compromisos anuales de actividades e inversiones del Programa Público de Inversión en la Región del año en curso, y los compromisos planificados en el Anteproyecto Regional de Inversiones para el ejercicio presupuestario del año siguiente, registrados en la plataforma transaccional Chileindica (www.chileindica.cl).²²⁹ ○ La identificación de los compromisos de gasto y/o inversión formalizados en convenios o programas de complementariedad territorial, registrados en la plataforma transaccional Chileindica (www.chileindica.cl). ○ La información que el Servicio proveerá regularmente a cada gobierno regional, considerando al menos la anteriormente enunciada²³⁰.

229 Al incorporar la información de los compromisos de inversión del servicio con la región, el servicio deberá tener en cuenta, al menos, aquellos contenidos en los Programas Públicos de Inversión de cada Región (PROPIR).

230 En este caso el gobierno regional debe ser entendido como el servicio administrativo dependiente del Ejecutivo Regional. En la etapa 1, los servicios identificaron la información pertinente de proveer a los gobiernos regionales. En la etapa 2, corresponde que los servicios formalicen con los gobiernos regionales la entrega regular de la información acordando un procedimiento que considere al menos su formato, contenido y periodicidad. Para el caso de la información de gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el Programa Público de Inversión Regional de cada región y los compromisos anuales de gasto y/o inversiones del planificados en el Anteproyecto Regional de Inversiones de cada región para el ejercicio presupuestario del año siguiente, así como la identificación de los compromisos de gasto y/o inversión formalizados en convenios o programas de complementariedad territorial el procedimiento que detalla el formato, contenido y periodicidad de la información será el establecido en la plataforma transaccional Chileindica (www.chileindica.cl).

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: GESTIÓN TERRITORIAL

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>4. La institución elabora el Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de sus productos, y para incorporar modificaciones o mejoras del sistema de información para el registro de sus productos estratégicos y clientes/ usuarios/beneficiarios por región, en base a los resultados del diagnóstico.</p> <p>5. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado para incorporar la perspectiva territorial.</p> <p>6. La institución elabora el Programa de Trabajo para la implementación del Plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos y del Plan para incorporar modificaciones o mejoras del sistema de información para el registro de sus productos estratégicos y clientes/ usuarios/beneficiarios por región.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora el plan para incorporar la perspectiva territorial en la entrega de sus productos, y el diseño lógico del sistema de información, aprobado por el Jefe de Servicio, considerando los resultados del diagnóstico, que deberá incluir al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de los productos, seleccionados por su mayor valor estratégico o aporte a la complementariedad con otras instituciones, incluyendo productos nuevos si existen, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ El objetivo general de incorporación o profundización de la perspectiva territorial a sus productos en cada región o territorio subnacional. ○ Los objetivos específicos²³¹ vinculados a los Productos Estratégicos, señalando las mejoras en aspectos tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Características de sus productos, modos de acceso y/o provisión en cada región o territorio subnacional. - Complementariedad de sus productos, bienes y servicios con las de otros servicios afines para ofrecer una oferta más integrada en cada región o territorio subnacional. - Distribución de los productos, en particular en zonas extremas, de difícil acceso, deprimidas económicamente o de alta vulnerabilidad social, para reducir las inequidades territoriales. ○ Los compromisos anuales de actividades e inversiones del Programa Público de Inversión en la Región del año en curso, y los compromisos planificados en el Anteproyecto Regional de Inversiones para el ejercicio presupuestario del año siguiente registrados en portal Chileindica (http://www.chileindica.cl/). ○ Las variables externas, si las hubiera, que puedan afectar la aplicación de la perspectiva territorial²³². ○ Las medidas que se aplicarán para implementar la perspectiva territorial, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Las medidas que contribuyan a otorgar una mayor iniciativa a las jefaturas territoriales del Servicio para ofrecer soluciones a las necesidades de cada región o territorio subnacional, especialmente aquellas que establezcan o amplíen las facultades para formular, articular e implementar metas de complementariedad financiera y operacional con otros servicios en el territorio. ➤ Incorporación de información por región a los sistemas de información de la institución, considerando los resultados del diagnóstico. El plan debe contener, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ El objetivo general. ○ Los objetivos específicos considerando la incorporación de la información relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - La oferta de productos en cada región,

231 Los objetivos específicos deben ser claros, verificables y estar vinculados a los productos en los que corresponde aplicar perspectiva territorial.

232 Entre las variables externas que pueden afectar el registro de la información de gasto y/o inversión del ARI, y del estado de ejecución del gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el PROPIR de cada región, se considerará: el funcionamiento regular de la plataforma del sistema de Chileindica, la disponibilidad de claves para cada servicio, y la capacitación en el uso del sistema, que será provista por SUBDERE, entre otras variables externas.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> - La localización y características de los clientes usuarios y beneficiarios cuya atención está programada para el año en curso - El gasto anual programado por el Servicio en cada región, incluyendo las inversiones comprometidas por el Servicio con la región. - La identificación de los compromisos de gasto y/o inversión formalizados en convenios o programas de complementariedad territorial. <ul style="list-style-type: none"> o El procedimiento acordado con cada gobierno regional para proveerlo regularmente de la información definida “de interés regional”, incluyendo en este concepto al menos la anteriormente enunciada. En el caso de la información de planificación y gestión de inversiones regionales el procedimiento será a través de la plataforma transaccional de Chileindica. (www.chileindica.cl)²³³. o En el caso de los gobiernos regionales estos deberán, a su vez, tomar las medidas necesarias para recibir y administrar la información que le provean los servicios.²³⁴ <ul style="list-style-type: none"> □ Diseñar los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado para incorporar la perspectiva territorial y para incorporar modificaciones o mejoras a su sistema de información. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Señalando correctamente el nombre y la fórmula de cálculo. ➢ Señalando el medio de verificación. ➢ Señalar los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados. ➢ Señalar los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información de los indicadores diseñados. □ El Servicio elabora el programa de trabajo para la implementación, en la etapa siguiente, del Plan para incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y para incorporar información por región a los sistemas de información de la institución, el que deberá incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Cronograma con los principales hitos, actividades, plazos y responsables de la implementación en cada región.

233 La información “de interés regional” se refiere a aquella que ha sido acordada proveer de la forma anteriormente indicada, incluyendo en este concepto al menos la indicada. En la etapa 1, los servicios identificaron la información pertinente de proveer a los gobiernos regionales. En la etapa 2, corresponde que los servicios formalicen con los gobiernos regionales la entrega regular de la información acordando un procedimiento que considere al menos su formato, contenido y periodicidad. Para el caso de los compromisos anuales de actividades e inversiones del PROPIR del año en curso, y los compromisos planificados en el ARI para el ejercicio presupuestario del año siguiente, así como la identificación de los compromisos de gasto y/o inversión formalizados en convenios o programas de complementariedad territorial el procedimiento que detalla el formato, contenido y periodicidad de la información será el establecido en el portal [chileindica](http://www.chileindica.cl) (www.chileindica.cl)

Todos los servicios que contengan compromisos de recursos, ya sea de inversión y/o de gasto en el ARI 2011, de cada región, deberán registrar en el sistema “Chileindica” (www.chileindica.cl) la información de gasto y/o inversión que corresponda a cada región, a más tardar el 30 de junio de 2010. Además, todos los servicios que contengan compromisos de recursos, ya sea de inversión y/o de gasto en el PROPIR 2010, de cada región, deberán registrar en el sistema “Chileindica” (www.chileindica.cl) la información de gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con PROPIR del año 2010, de cada región, a más tardar el 30 de junio de 2010.

234 Los gobiernos regionales utilizarán la plataforma transaccional de Chileindica (www.chileindica.cl) para el seguimiento y control de la información de planificación y gestión de inversiones regionales que le provean los servicios, en el marco del cumplimiento del requisito de provisión de información de interés regional a los gobiernos regionales, así como para el registro de la información correspondiente a sus propios recursos.

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: GESTIÓN TERRITORIAL

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>7. La institución implementa el Programa de Trabajo para la incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de los productos y de modificaciones o mejoras del sistema de información para el registro de sus productos estratégicos y clientes/usuarios/beneficiarios por región.</p> <p>8. La institución mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio implementa el Programa de Trabajo y realiza, al menos, las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresa en la plataforma transaccional de “Chileindica” (www.chileindica.cl) la información de gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el ARI 2011, de cada región, a más tardar el 30 de junio de 2010. ➤ Ingresa en la plataforma transaccional de “Chileindica” (www.chileindica.cl) la información del estado de ejecución del gasto y/o inversión que corresponda a los compromisos institucionales del servicio con el PROPIR del año 2010, de cada región, a más tardar el 30 de junio y el 30 de diciembre de 2010.²³⁵ ➤ Análisis de la implementación del Programa de Trabajo de incorporación de la perspectiva territorial a los productos estratégicos seleccionados, en las actividades de incorporación de información por región a los sistemas de información de la institución y en las actividades para proveer información del Servicio a los gobiernos regionales. ➤ Recomendaciones para subsanar las dificultades operativas encontradas en la implementación de las actividades anteriores. ➤ Compromisos asociados a las recomendaciones diseñadas. ➤ Plazos, responsables e indicadores para medir su cumplimiento. ❑ Mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial, considerando al menos, lo siguiente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las mediciones de los indicadores elaborados e identificados a ser medidos en el año en las etapas anteriores. ➤ Los indicadores eliminados y/o corregidos y su fundamentación.

235 Se considerará cumplido el requisito de proveer de información de interés regional a cada gobierno regional, en lo relativo a la información de gasto y/o inversión del servicio con el ARI y PROPIR de cada región al ingresar la información señalada en la plataforma transaccional de Chileindica (www.chileindica.cl).

ÁREA: PLANIFICACIÓN / CONTROL / GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRADA
 SISTEMA: GESTIÓN TERRITORIAL

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>9. La institución evalúa los resultados del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial y la ejecución del Programa de Trabajo Anual, en términos de las acciones realizadas, el gasto ejecutado y los funcionarios, considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p> <p>10. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos²³⁶, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial y del Programa de Trabajo.</p> <p>11. La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los resultados obtenidos de la incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), en cada región.</p> <p>12. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas²³⁷</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio evalúa los resultados del Plan para la incorporación de la perspectiva territorial, la ejecución del Programa de Trabajo Anual y el grado de desarrollo del sistema de información. La evaluación deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe Ejecutivo. ➤ Descripción del desarrollo alcanzado en la incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de los productos estratégicos (considera los productos nuevos que el Servicio ofrezca y que surjan durante el desarrollo de esta etapa y aspectos no incorporados en el programa de la etapa anterior). El grado de avance se debe medir con los indicadores definidos en el plan. ➤ Identificación de inequidades territoriales que persistan al incorporar la perspectiva territorial en la entrega de los productos. ➤ Identificación de las brechas entre el resultado efectivo y el grado de desarrollo comprometido. ➤ Evaluación de las modificaciones incorporadas a los productos respecto de la perspectiva territorial. ➤ Resultados del grado de desarrollo del sistema de información implementado, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación final del grado de avance de la desagregación por región de las estadísticas que produce el Servicio en las distintas etapas: recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información. ○ Identificación de problemas asociados al mejoramiento de las estadísticas desagregadas por región en la institución en las etapas señaladas. ○ Identificación de los problemas asociados a la provisión de información de “interés regional” a los gobiernos regionales²³⁸. <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora un Programa de Seguimiento, que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones para subsanar las dificultades encontradas en la implementación del Programa de Trabajo. ➤ Compromisos asociados a las recomendaciones señalando plazos, responsables e indicadores para medir su cumplimiento. ➤ Compromisos asociados al mejoramiento de las estadísticas desagregadas por región en la institución en las etapas señaladas. ➤ Compromisos asociados a la provisión de información de “interés regional” a los gobiernos regionales. ➤ Definición de cronograma y responsables de nuevos compromisos. <p><input type="checkbox"/> El Servicio difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios de los resultados obtenidos en la incorporación de la perspectiva territorial en la entrega de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), en cada región, considerando, a lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición y aprobación del plan de difusión.

236 .Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, plan o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

237 A los Servicios que repiten la etapa 4, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

238 Incluye identificar los problemas asociados al registro de la información del ARI y PROPPIR en la plataforma transaccional de Chileindica (www.chileindica.cl)

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de lo que se entiende por difusión realizada. ➤ Responsables de su ejecución. ➤ Los canales de difusión utilizados en la difusión a los funcionarios y en la difusión a los clientes/usuarios/beneficiarios. <p>☐ El Servicio identifica los aspectos del plan no incorporados en el programa de trabajo de la etapa anterior, y elabora una propuesta para incorporarlos con el objeto de mantener o mejorar el nivel de desarrollo del sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señala los aspectos relacionados con la provisión de bienes y servicios y los relacionados con el sistema de información. ➤ Propone programa de trabajo del año siguiente, que incluya la programación preliminar de las actividades para mejorar el acceso, distribución y complementariedad en la provisión de los productos y aquellas destinadas a incorporar modificaciones o mejoras a los sistemas de información y proveer de información de interés regional a los gobiernos regionales.

7.14 Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

SISTEMA: COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Dirección de Compras y Contratación Pública (DCCP-ChileCompra)

Etapa I

Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección de Compras y Contratación Pública, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.chilecompra.cl²³⁹, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.

Etapa II

Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección de Compras y Contratación Pública, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.chilecompra.cl²⁴⁰, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.
- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Programa Trabajo Anual de los proyectos priorizados.

Etapa III

Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección de Compras y Contratación Pública, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.chilecompra.cl²⁴¹, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.
- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados.
- Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional.
- Implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público.

Etapa IV

Informe Aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Dirección de Compras y Contratación Pública, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.chilecompra.cl²⁴², Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.

239 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

240 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

241 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

242 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados.
- Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional.
- Análisis de los Indicadores definidos para evaluar el cumplimiento transparente y eficiente de los procesos de compra y contratación realizados a través de www.mercadopublico.cl
- Implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público.
- Resultados de la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Resultados de la evaluación de los Proyectos de mejoramiento de las áreas críticas priorizadas.
- Resultados del programa de seguimiento.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
SISTEMA: COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento²⁴³ que tiene como objetivo optimizar el gasto en bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de su misión institucional.</p> <p>2. La Institución identifica y analiza en el Diagnóstico las competencias de los funcionarios en materia de compras públicas, la normativa interna, los procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y sus recursos financieros, el uso del portal de www.chilecompra.cl, la gestión de contratos, la gestión de los reclamos recibidos a través del portal, la gestión de inventarios, la gestión de proveedores y los mecanismos de compras que usa para realizar los procesos de compras, de acuerdo a las necesidades que el Servicio requiere.</p> <p>3. La institución identifica y prioriza²⁴⁴ áreas críticas para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, en base a los resultados del Diagnóstico.</p>	<p>□ La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento el que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catastro de usuarios que participan en la gestión de abastecimiento de la Institución²⁴⁵. ➤ Diagnóstico de competencias específicas²⁴⁶ en materias de gestión de abastecimiento y utilización de plataformas de Chilecompra para determinar la línea base. Esto es, identificar las competencias²⁴⁷ que permitan alcanzar con un nivel de desarrollo adecuado, para las funciones necesarias para una eficiente gestión de abastecimiento del Sector Público y aquellas que presentan brechas o desviaciones. ➤ Catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.chilecompra.cl²⁴⁸ el año 2010. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presupuesto asignado para compras de bienes y servicios en la Ley de Presupuestos; Fondos provenientes de empréstitos internacionales, otros fondos para compras de bienes y servicios ○ Compras que no fueron transadas en el sitio www.chilecompra.cl²⁴⁹, tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la ejecución por fuera del portal, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31. ○ Compras transadas en el sitio www.chilecompra.cl²⁵⁰, tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31, número de transacciones realizadas en el portal. ○ Compras de productos o servicios que habiendo contrato marco, el servicio las ha realizado por fuera del contrato marco. tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la no utilización del contrato

243 La Gestión de abastecimiento es el proceso que realiza un Organismo Público para conseguir aquellos bienes y servicios que requiere para su operación y que son producidos o prestados por terceros. Este concepto implica incorporar en la definición del proceso todas aquellas actividades que relacionan con la compra o contratación, desde la detección de necesidades hasta la extinción de la vida útil del bien o servicio. Por lo tanto, se debe establecer un flujo básico, que permita realizar exitosamente la planificación de la adquisición, pasando por la definición del requerimientos, selección del mecanismo de compra, llamado y recepción de oferta, evaluación de las ofertas, adjudicación y formalización y ejecución del contrato, esta última debe incorporar las estrategias necesarias que incorporen todo lo relacionado con manejo de inventarios, logística y distribución del bien o servicio.

244 El Servicio debe considerar en la priorización de áreas críticas al menos los siguientes criterios: transparencia, requisitos de acceso, políticas de bienestar, políticas de pago y política de eficiencia energética.

245 Consiste en elaborar un catastro de los funcionarios de la Institución que participen en la gestión de Abastecimiento, cuenten o no con clave en www.mercadopublico.cl. Se incluyen usuarios requirientes, comisiones evaluadoras o cualquier funcionario que utilice la plataforma de compras. Para facilitar la elaboración de este catastro, la Dirección de Compras pondrá a disposición el formulario correspondiente.

246 Las competencias específicas a considerar dependiendo de cada perfil son a lo menos: Realizar procesos de Compras y contratación Pública de forma eficiente y transparente, de acuerdo con normas éticas y normativa de compras públicas, Verificar el cumplimiento de la normativa en los procesos de adquisiciones realizados por la Institución a través del Sistema de Compras Públicas, Velar por la legalidad de los procedimientos de adquisición de bienes y servicios de la Institución. Generar condiciones para que las áreas de la organización realicen los procesos de compra y contratación de acuerdo a la normativa vigente, preservando máxima eficiencia y transparencia. Además podrán agregar aquellas competencias que complementen la función de abastecimiento propia de la Institución.

247 El diagnóstico de este perfil corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la Institución en el marco del sistema de capacitación del PMG.

248 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

249 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

250 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>marco.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Catastro de compras estratégicas²⁵¹. ○ Normativa interna, procedimientos legales, procedimientos de normativa de organismos internacionales, cuando corresponda. ○ Diagnóstico de las necesidades de compra de la institución por centro de responsabilidad²⁵². <p>➤ Catastro de todos los Contratos Vigentes. Para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos los contratos vigentes²⁵³ de la Institución, identificando al menos: Nombre del contrato, fecha suscripción, fecha de vencimiento, antigüedad, monto, bienes y/o servicios prestados, cláusula de renovación automática y/o término anticipado. ○ Comparación del precio o costo del contrato vigente con convenios marcos, si los hay, cotizaciones o precios y valores de mercado. <p>➤ Catastro de los reclamos recibidos en el portal. Para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad de reclamos recibidos los años 2007, 2008, 2009. ○ Temas más reclamados. ○ Metodología utilizada para resolver reclamos recibidos. <p>➤ Catastro de proveedores que operan con la Institución, para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rubros utilizados. ○ Uso de Chileproveedores. ○ Registro de proveedores identificando proveedores habituales, licitaciones, montos, cumplimiento de plazos y calidad de los servicios prestados. ○ La Institución identifica el proceso de inventario considerando al menos: Conservación, Identificación, Instrucción, Formación²⁵⁴. <p>➤ Catastro de los mecanismos de compra utilizados, para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Convenio Marco ○ Licitación Pública ○ Otros mecanismos fuera y dentro del portal. <p>➤ Identificación de a lo menos las siguientes áreas críticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Compras Sustentables: incorporación en sus procesos de compra criterios de eficiencia energética. ○ Acceso: evitar la existencia de barreras de entrada a los proveedores. ○ Sistema de pago²⁵⁵: análisis de cumplimiento²⁵⁶ del pago a 30 días a sus proveedores.

251 Las compras estratégicas corresponden a aquellas compras que por su importancia o magnitud, ya sea financiera o de relevancia para el organismo, son consideradas significativas. Es decir, compras sensibles para la Institución, importancia de monto de la compra, o que la suma de dichas compras representen al menos el 80% del gasto total.

252 Centro de Responsabilidad: Corresponde al concepto utilizado por el Sistema de PMG Planificación y Control de Gestión definido en la etapa II de dicho sistema.

253 Se deben incorporar todos los contratos suscritos por los Servicios de Bienestar que forman parte del servicio según se refiere en Dictamen 10.318 del 7 de Marzo del 2007 de la Contraloría General de la República.

254 Conservación: Distribución y Registro de localización de los productos para que puedan ser fácilmente inventariados.

Identificación: Codificación de los productos e identificación de los componentes, registro de número único para producto o producto commodity asociado. Instrucción: Debe estar bien definida la función de cada actor en el proceso de inventario. Formación: Es necesario formar y recordar a los actores del proceso en el procedimiento óptimo de inventario.

255 Los servicios al momento de realizar el Diagnóstico del proceso de pago a proveedores deberán considerar, entre otros, todos los aspectos que se deriven de la aplicación de la Ley 19.983 de 2004 (Modificada por Ley 20.323 del 29.01.2009) y su reglamento según Decreto de Hacienda 93 de 2005, Oficio Circular de Hacienda N° 23 de 2006, y Circular N° 3 de junio 06 de 2006, de la Dirección de Compras. Asimismo, se deberá informar los resultados de este diagnóstico al área a cargo del sistema financiero contable para su consideración solo en lo que dice relación al procedimiento de Control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores que se solicita en el marco del Sistema Financiero Contable. Por otra parte, las instituciones que se

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Transparencia: La institución realiza sus procesos de compra a través de www.chilecompra.cl²⁵⁷. ○ Servicios de Bienestar: se incorpora a www.chilecompra.cl²⁵⁸. <p>☐ La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización²⁵⁹, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto institucional y apoyo a la gestión de abastecimiento de la institución. ➤ La relevancia del proceso que se quiere mejorar. ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de la Gestión de Abastecimiento. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar, a través de las compras que realiza la institución, cuando corresponda.

encuentren en procesos de implementación de certificación ISO deberán considerar el proceso de pago a proveedores en el diagnóstico definido en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, si corresponde.

256 Para aquellos servicios que no tengan comprometido el Sistema Financiero Contable deben levantar proyectos de mejoramiento en relación a generar un sistema y procedimiento de Control para el seguimiento del Oportuno de pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores.

257 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

258 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

259 La priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, debe ser acordada con la Red de Expertos.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>4. La institución define el Plan Anual de Compras, considerando la normativa interna, y procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y los recursos financieros del Servicio.</p> <p>5. La institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo²⁶⁰ para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, considerando Plan de Capacitación²⁶¹ para reducir las brechas de competencias del personal en gestión de abastecimiento, mecanismos de compras que utilizará el Servicio y su justificación, uso del portal www.chilecompra.cl, Plan Anual de Compras, gestión de contratos, gestión de reclamos, gestión de inventarios, gestión de proveedores y las áreas críticas priorizadas identificadas en el diagnóstico y define proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento.</p> <p>6. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras elaborado con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl y determina el valor de la meta de cada uno de ellos.</p> <p>7. La institución elabora un Programa de Trabajo anual para la ejecución del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p>☐ El Servicio define el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, con base en el Diagnóstico de la etapa anterior. Para ello debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compras Estratégicas definidas para el periodo y el resto de las compras del servicio. ➤ Definición de un procedimiento interno para elaborar el Plan anual de compras de acuerdo a lo establecido en la normativa. ➤ Socialización a toda la Institución de dicho procedimiento. ➤ Elaboración del plan anual de compras institucional²⁶² aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las necesidades de compras de la institución. ○ Los recursos financieros del Servicio. ➤ Identificación de indicadores de compras con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las metas comprometidas por la institución diseñadas según el diagnóstico aplicado. ○ Datos históricos obtenidos en los años anteriores. <p>☐ La Institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento el que debe incluir al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseño del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base a las conclusiones del diagnóstico de competencias aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas. ○ Calendarización de las acciones de capacitación. ○ N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan. ➤ Diseño de un sistema de gestión de los reclamos identificando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Definición del compromiso de la institución para la disminución de reclamos el año 2010. ○ Flujo interno de derivación y evacuación de los reclamos. ➤ Diseño de mecanismos de evaluación periódica de sus contratos considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre del contrato. ○ Fecha de inicio y término. ○ Procedimientos para su gestión. ➤ Diseño de un sistema de evaluación de proveedores considerando los resultados obtenidos en el Diagnóstico. ➤ La Institución define los mecanismos de compra que utilizará

260 El modelo de mejoramiento continuo para la gestión de abastecimiento corresponde a cualquier acción que realice el servicio con el fin de incorporar mejoras a la Gestión de Abastecimiento en uno o más proyectos o actividades definidas según el diagnóstico de áreas críticas. Por ejemplo, la evaluación a proveedores, como una actividad a desarrollar por la institución.

261 Desarrollado en el marco del Diseño del Plan Anual de Capacitación de la Institución del Sistema de Capacitación del PMG.

262 El Plan Anual de Compras Institucional, corresponde a informar los 10 proyectos y/o adquisiciones más relevantes a ejecutar durante el periodo. La Dirección de Compras ha dispuesto como sugerencia para informar dichos proyectos en un formulario, el que se encuentra disponible en www.mercadopublico.cl.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>durante el periodo, para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presupuesto asignado. ○ Tipo de compra. ○ Montos. <p>➤ Diseño de una política de inventarios de acuerdo a sus necesidades. Considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilidad de productos. ○ Planificación de sus compras. ○ Volúmenes. ○ Mecanismos de registro y control. <p>➤ La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan de Mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento para la ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costeadas. ○ Objetivo general de cada proyecto de mejoramiento ○ Objetivos específicos de cada proyecto (en términos de impacto). ○ Áreas críticas priorizadas. ○ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. ○ Indicadores de Desempeño para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación. <p>■ La institución elabora de acuerdo al Plan de Mejoramiento de la gestión de Abastecimiento, un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos ➤ las áreas críticas priorizadas a los cuales se vincula cada proyecto, ➤ Definición de las actividades y/o proyectos para abordar las áreas críticas priorizadas, las que deben incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre de la actividad, ○ área crítica abordada, ○ objetivo, ○ plazo de ejecución, ○ responsables.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
SISTEMA: COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>8. La institución realiza sus procesos²⁶³ de compra y contratación a través del portal www.mercadopublico.cl sobre la base del Plan Anual de compras definido.</p> <p>9. La Institución mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras.</p> <p>10. La Institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y registra los resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio implementa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna ○ Los procedimientos legales de compras ○ Las necesidades de compras de la institución ○ Los recursos financieros del Servicio. ○ Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. ➤ Mide los Indicadores de compras comprometidos en el portal www.mercadopublico.cl y las metas comprometidas por la Institución en el primer trimestre del 2010. ❑ La Institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base diseño aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas. ○ Calendarización de las acciones de capacitación. ○ N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan. ➤ La implementación de un sistema de control de gestión y evacuación interna de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mide el sistema de control de gestión y evacuación de reclamos incorporando estándares y control de calidad de las respuestas enviadas al proveedor. ➤ Las acciones que dan origen a la evaluación periódica y oportuna de los contratos que definió como gestionables de acuerdo al diagnóstico realizado. ➤ La implementación del sistema de evaluación de proveedores, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Herramientas disponibles en www.mercadopublico.cl. ➤ Ejecución de sus compras de acuerdo a los mecanismos de compra establecidos. ➤ La implementación de los mecanismos para comparar los montos ejecutados en el portal www.chilecompra versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Justifica toda compra realizada fuera del portal www.chilecompra. ○ Mide el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio. ○ Ítems presupuestarios transables en el portal. ➤ La implementación de la política de inventarios definida, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alcance ○ Gestión de Bodegas ○ Actores

263 El Servicio debe incluir en sus procesos de compras y contratación los criterios: transparencia, requisitos de acceso, políticas de bienestar, políticas de pago y política de eficiencia energética.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La implementación de los proyectos de mejoramiento de las áreas priorizadas de la gestión de abastecimiento con base en el diagnóstico y el Programa de Trabajo Anual, el que debe incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos generales y específicos, ○ Alcance, ○ Impacto, monto a ejecutar (si corresponde), ○ Cronograma de trabajo señalando actividades, plazo y responsables.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
SISTEMA: COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>11. La Institución evalúa los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y la ejecución del Plan Anual de Compras y los resultados de los indicadores comprometidos con su fundamentación.</p> <p>12. La Institución analiza el cumplimiento de las metas de los indicadores comprometidos y las brechas entre resultados efectivos y metas y formula recomendaciones para el siguiente período.</p> <p>13. La Institución diseña un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas e identificando los plazos de ejecución y responsables.</p> <p>14. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación²⁶⁴.</p> <p>15. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas²⁶⁵.</p>	<p>□ El Servicio evalúa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las compras realizadas por la institución. ○ Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. Para ello toma en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoras en las políticas de adquisiciones de la organización. ▪ Participación del Servicio de Bienestar en sus procesos de abastecimiento. ➤ La Institución evalúa la meta comprometida para los indicadores de desempeño a través del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de cada indicador ○ Realiza un programa de seguimiento a los indicadores de desempeño del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl a través de la medición de su cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el indicador supera en un 5% la meta propuesta por la institución debe justificar su sobrecumplimiento. ▪ Si el indicador está un 5% bajo la meta propuesta por la institución debe justificar su no cumplimiento. <p>□ La Institución evalúa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido y registra los resultados, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de los usuarios capacitados en el marco del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento implementado, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta resultados de la de las actividades identificando al menos, número de funcionarios capacitados, áreas a las que pertenecen estos funcionarios, ○ Aprobación del sistema de acreditación de competencias en gestión de abastecimiento, cumpliéndose la meta anual comprometida con la Dirección de Compras²⁶⁶. ○ Genera un Registro²⁶⁷ interno de los funcionarios acreditados en los perfiles²⁶⁸ 1, 2, 3, 4 y 5, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre y Rut de cada funcionario acreditado. ▪ Unidad de Compra en la que ejerce funciones. ▪ Perfil de usuario. ○ Proponen acciones de mejoramiento para las actividades de capacitación para el próximo periodo. ➤ La Institución evalúa el sistema de gestión de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl. Para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Propone acciones para mejorar los temas más reclamados por parte de los proveedores.

264 Este objetivo no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la etapa 4 del Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público.

265 A los Servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.

266 La meta anual será acordada con la Dirección de Compras.

267 Los usuarios aprueban la prueba de acreditación con nota igual o superior a 65% para el año 2010 y en las condiciones que lo establece la Ley 19.886 y su reglamento.

268 los perfiles 1, 2, 3, 4 y 5 corresponden a: operador, supervisor, auditor, abogado y Jefe de Servicio respectivamente.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compromete acciones concretas de mejora para el año siguiente. ➤ La institución evalúa la gestión implementada en la evaluación periódica y oportuna de los contratos gestionables, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de la gestión implementada. ○ Propone acciones de mejoramiento en el sistema de evaluación de contratos. ➤ La Institución evalúa el sistema de evaluación de proveedores, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de las acciones realizadas durante el periodo. ○ Propone acciones correctivas para el sistema para el siguiente periodo. ➤ La Institución evalúa los mecanismos de compra utilizados, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis de resultados de las acciones realizadas ○ Propone acciones correctivas para el próximo periodo. ➤ Evaluación de los mecanismos implementados para comparar los montos ejecutados en el portal www.chilecompra.cl²⁶⁹ versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza las Justificaciones toda compra realizada fuera del portal www.chilecompra.cl. ○ Evalúa el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio. ○ La Institución evalúa los montos ejecutados en el portal www.mercadopublico.cl respecto a los ítems presupuestarios transables en el portal. Para ello: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone acciones a seguir de mejoramiento permanente en la incorporación de aquellos procesos que debiendo haber sido transados por la plataforma no lo fueron. ➤ La Institución evalúa la política de inventarios elaborada, para ello considera al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exceso de stock ○ Insuficiencia de stock ○ Robo ○ Mermas ○ Obsolescencia ☐ Evaluación de los Proyectos de mejoramiento de las áreas críticas priorizadas basadas en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis del resultado de la implementación de cada actividad y o proyecto, señalando los compromisos cumplidos y no cumplidos en el proceso, su justificación, identificando causas internas y externas ○ Análisis del resultado de los indicadores definidos para cada proyecto o actividad ☐ La institución elabora un programa de seguimiento como resultado de la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, generando recomendaciones de mejora, compromisos y acciones/actividades, con plazos y responsables para ser implementado el año (t+1), considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento de los compromisos que surgen de las recomendaciones, acciones/ actividades, establecidas en el Programa de Seguimiento. ➤ Medidas a adoptar para el cumplimiento de los compromisos no alcanzados.

269 Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programación de Acciones/actividades, con plazos y responsables. ➤ Difusión de los resultados anuales del proceso de mejoramiento a todos los funcionarios de la institución. Esta debe realizarse a través de medios internos, tales como: Circulares, oficios, correo electrónico, publicación intranet, memorias u otros.

7.15 Sistema Administración Financiero-Contable

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

SISTEMA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA-CONTABLE

MEDIO DE VERIFICACIÓN
Organismo Técnico Validador: Dirección de Presupuestos (DIPRES) - Contraloría General de la República
<p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Informe con el equipo de trabajo, principales funciones y el nivel de capacitación en procesos financiero-contables.
<p>Etapa II</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Informe con el equipo de trabajo, principales funciones y el nivel de capacitación en procesos financiero-contables.<input type="checkbox"/> Carta emitida por la Dirección de Presupuestos que certifica la validación /no validación de la entrega oportuna de la información requerida²⁷⁰.<input type="checkbox"/> Certificados de Recepción válidos²⁷¹ de informes trimestrales de dotación de personal, emitidos para cada envío de informes mediante web DIPRES, que certifica la recepción conforme o fuera de plazo del informe enviado, correspondiente a los trimestres IV de 2009 y I, II y III de 2010.<input type="checkbox"/> Certificado de Recepción válido de Formularios D: Informe de Dotación de Personal, emitido a través del proceso de Formulación del Presupuesto 2011.<input type="checkbox"/> Registro de Observaciones correspondiente a cada informe de dotación de personal evaluado en el período 2010, donde se indican las observaciones planteadas en relación a la información enviada y la fecha de publicación, así como la respuesta a dichas observaciones y su correspondiente fecha, verificando si la respuesta fue remitida dentro del plazo establecido, y si fue considerada satisfactoria/insatisfactoria.
<p>Etapa III</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Informe con el equipo de trabajo, principales funciones y el nivel de capacitación en procesos financiero-contables.<input type="checkbox"/> Carta emitida por la Dirección de Presupuestos que certifica la validación /no validación de contenido, oportunidad, calidad y pertinencia de la información requerida²⁷².<input type="checkbox"/> Certificados de Recepción válidos²⁷³ de informes trimestrales de dotación de personal, emitidos para cada envío de informes mediante web DIPRES, que certifica la recepción conforme o fuera de plazo del informe enviado, correspondiente a los trimestres IV de 2009 y I, II y III de 2010.<input type="checkbox"/> Certificado de Recepción válido de Formularios D: Informe de Dotación de Personal, emitido a través del proceso de Formulación del Presupuesto 2011.<input type="checkbox"/> Registro de Observaciones correspondiente a cada informe de dotación de personal evaluado en el período 2010, donde se indican las observaciones planteadas en relación a la información enviada y la fecha de publicación, así como la respuesta a dichas observaciones y su correspondiente fecha, verificando si la respuesta fue remitida dentro del plazo establecido, y si fue considerada satisfactoria/insatisfactoria.<input type="checkbox"/> Registro Automático emitido por la plataforma SIGFE Transaccional con información del cierre²⁷⁴ contable mensual<input type="checkbox"/> Registro Automático emitido por la plataforma SIGFE con los flujos de información del movimiento financiero del mes⁵ del Servicio Homologado.<input type="checkbox"/> Balance de Comprobación y Saldos a que se refieren las instrucciones que imparte Contraloría General de la República en diciembre de cada año, para el ejercicio contable del año siguiente.<input type="checkbox"/> Informe a la Dirección de Presupuestos, de conformidad a Oficio Circular N° 23 de 13.04.2006 del Ministerio de Hacienda con la implementación a partir de 02 de Enero de 2010, del procedimiento de control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores.²⁷⁵<input type="checkbox"/> Informe ejecutivo a la Dirección de Presupuestos, el 15 de Septiembre, por el periodo Enero-Agosto y el 10 de Enero, por

270 En el caso de los Servicios en los que, de acuerdo a su estructura presupuestaria, no les corresponda presentar determinados Informes (correspondientes a las etapas II, III y IV), será necesario comunicar a la Dirección de Presupuestos dicha situación, al inicio del proceso 2010 del Sistema Administración Financiero-Contable.

271 Se considerarán inválidos aquellos Certificados de Recepción emitidos para aquellos informes cuyos archivos remitidos no correspondan a la información solicitada para el informe en cuestión.

272 En el caso de los Servicios en los que, de acuerdo a su estructura presupuestaria, no les corresponda presentar determinados Informes (correspondientes a las etapas II, III y IV), será necesario comunicar a la Dirección de Presupuestos dicha situación, al inicio del proceso 2010 del Sistema Administración Financiero-Contable.

273 Se considerarán inválidos aquellos Certificados de Recepción emitidos para aquellos informes cuyos archivos remitidos no correspondan a la información solicitada para el informe en cuestión.

274 El Servicio en SIGFE Transaccional y Homologado se exige de informar el cierre contable a la Dirección de Presupuestos. Dicha información de cada servicio será obtenida desde el SIGFE Transaccional y del SIGFE Gestión por la Dirección de Presupuestos.

275 El procedimiento escrito debe ser remitido hasta el 15 de septiembre de 2010, al correo electrónico: pmgfc@dipres.cl, indicando en asunto: "Procedimiento Pago a Proveedores"

MEDIO DE VERIFICACIÓN

el periodo Enero-Diciembre, con análisis y justificación documentada del comportamiento por subtítulo presupuestario, en moneda nacional, de las variaciones que excedan el plazo de pago a 30 días, fecha recepción conforme de las facturas²⁷⁶.

Etapa IV

- Informe con el equipo de trabajo, principales funciones y el nivel de capacitación en procesos financiero-contables.
- Carta emitida por la Dirección de Presupuestos que certifica la validación /no validación de contenido, oportunidad, calidad y pertinencia de la información requerida²⁷⁷.
- Certificados de Recepción válidos²⁷⁸ de informes trimestrales de dotación de personal, emitidos para cada envío de informes mediante web DIPRES, que certifica la recepción conforme o fuera de plazo del informe enviado, correspondiente a los trimestres IV de 2009 y I, II y III de 2010.
- Certificado de Recepción válido de Formularios D: Informe de Dotación de Personal, emitido a través del proceso de Formulación del Presupuesto 2011.
- Registro de Observaciones correspondiente a cada informe de dotación de personal evaluado en el período 2010, donde se indican las observaciones planteadas en relación a la información enviada y la fecha de publicación, así como la respuesta a dichas observaciones y su correspondiente fecha, verificando si la respuesta fue remitida dentro del plazo establecido, y si fue considerada satisfactoria/insatisfactoria.
- Registro Automático emitido por la plataforma SIGFE Transaccional con información del cierre²⁷⁹ contable mensual
- Registro Automático emitido por la plataforma SIGFE con los flujos de información del movimiento financiero del mes⁸ del Servicio Homologado).
- Balance de Comprobación y Saldos a que se refieren las instrucciones que imparte Contraloría General de la República en diciembre de cada año, para el ejercicio contable del año siguiente.
- Informe a la Dirección de Presupuestos, de conformidad a Oficio Circular N° 23 de 13.04.2006 del Ministerio de Hacienda con la implementación a partir de 02 de Enero de 2010, del procedimiento de control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores²⁸⁰.
- Informe ejecutivo a la Dirección de Presupuestos, el 15 de Septiembre, por el periodo Enero-Agosto y el 10 de Enero, por el periodo Enero-Diciembre, con análisis y justificación documentada del comportamiento por subtítulo presupuestario, en moneda nacional, de las variaciones que excedan el plazo de pago a 30 días, fecha recepción conforme de las facturas²⁸¹
- El Servicio envía oportunamente a Dipres la "Programación de Ejecución Presupuestaria 2010".
- Explicación mensual de las desviaciones del gasto, respecto del Programa de Ejecución y ajustes mensuales al programa de ejecución enviada oportunamente.

276 El análisis deberá considerar en forma fidedigna, el comportamiento de los pagos a proveedores en tramos según lo siguiente: menos de 30 días, entre 31 y 45 días, entre 46 y 60 días y más de 60 días fecha de pago, además de considerar las situaciones de excepción que justifique los atrasos por sobre los 30 días, tales como organismos técnicos externos que validan la autorización de pagos, la tramitación de Decretos modificatorios de excepción y/o por catástrofes, los convenios por transferencias a otras instituciones públicas, etc. Se exceptúa de este análisis el subtítulo 21 Gastos en Personal.

277 En el caso de los Servicios en los que, de acuerdo a su estructura presupuestaria, no les corresponda presentar determinados Informes (correspondientes a las etapas II, III y IV), será necesario comunicar a la Dirección de Presupuestos dicha situación, al inicio del proceso 2010 del Sistema Administración Financiero-Contable.

278 Se considerarán inválidos aquellos Certificados de Recepción emitidos para aquellos informes cuyos archivos remitidos no correspondan a la información solicitada para el informe en cuestión.

279 El Servicio en SIGFE transaccional y Homologado se exime de informar el cierre contable a la Dirección de Presupuestos. Dicha información de cada servicio será obtenida desde el SIGFE Transaccional y del SIGFE Gestión por la Dirección de Presupuestos.

280 El procedimiento escrito debe ser remitido hasta el 15 de septiembre de 2010, al correo electrónico: pmgfc@dipres.cl, indicando en asunto: "Procedimiento Pago a Proveedores"

281 El análisis deberá considerar en forma fidedigna, el comportamiento de los pagos a proveedores en tramos según lo siguiente: menos de 30 días, entre 31 y 45 días, entre 46 y 60 días y más de 60 días fecha de pago, además de considerar las situaciones de excepción que justifique los atrasos por sobre los 30 días, tales como organismos técnicos externos que validan la autorización de pagos, la tramitación de Decretos modificatorios de excepción y/o por catástrofes, los convenios por transferencias a otras instituciones públicas, etc. Se exceptúa de este análisis el subtítulo 21 Gastos en Personal.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
 SISTEMA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA-CONTABLE

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución cuenta con equipo de trabajo competente en procesos financiero - contable²⁸².</p>	<p><input type="checkbox"/> El Jefe de Servicio define el equipo de trabajo para los procesos financiero – contable, y debe acreditar que al menos el 50% de sus funcionarios cumpla con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los funcionarios profesionales del área financiero-contable, han sido acreditados por la Contraloría General de la República en los cursos de Contabilidad General de la Nación Nivel I y II. Podrán acreditar los cursos aquellos profesionales que: <ul style="list-style-type: none"> NIVEL I <ul style="list-style-type: none"> ○ Hayan cursado el Nivel I de los cursos de Contabilidad General de la Nación dictado por la Contraloría General a lo más en los últimos 5 años. ○ Hayan convalidado estudios con la Contraloría General de la República. Este proceso podrá ser realizado por aquellas personas con título profesional²⁸³ o con cursos en entidades de educación superior o técnica en cuya malla curricular se consignen cátedras que contengan a lo menos 70 horas pedagógicas de enseñanza de Contabilidad General de la Nación o Contabilidad Pública. ○ Tengan al menos 5 años de experiencia y cumplan los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> - Debe contar con el patrocinio de su institución para solicitar la convalidación a la Contraloría. - Aprobar con un mínimo de 70% un examen de contenido tomado por Contraloría en materias de Contabilidad General de la Nación o Pública. NIVEL II <ul style="list-style-type: none"> ○ Hayan cursado el Nivel II de los cursos de Contabilidad General de la Nación dictado por la Contraloría, a lo más los últimos 5 años. ○ Hayan aprobado hace más de 5 años, el Nivel II de los cursos de Contabilidad General de la Nación dictada por la Contraloría General de la República y cumplan con los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> - Debe contar con el patrocinio de su institución para solicitar la convalidación a la Contraloría. - Aprobar con un mínimo de 70% un examen de contabilidad tomado por Contraloría General de la República en materias de Contabilidad General de la Nación Nivel II. ➤ Los funcionarios administrativos, se acreditan con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Certificado de Curso de Contabilidad Básica, dictado a lo más en los últimos cinco años en Contraloría General de la República. ○ Curso de al menos 70 horas sobre tópicos de contabilidad general en entidades de educación y/o en la propia institución.

282 Se entiende que se cuenta con equipo competente, si al menos el 50% de sus funcionarios cumple con cursos de contabilidad General de la Nación I y II, en el caso de los profesionales y con cursos de contabilidad básica y cursos sobre tópicos de contabilidad general, en el caso de ser administrativos.

283 De las carreras de Ingeniería Comercial, Contador Auditor, Contador Público, Contador General, Administrador Público e Ingeniero Civil.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
 SISTEMA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA-CONTABLE

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>2. La institución envía oportunamente²⁸⁴ a la DIPRES, la siguiente información:</p> <p>i) Informes de Dotación de Personal:</p> <p>i.a) Informe de Dotación de Personal del Proyecto de Presupuestos.</p> <p>i.b) Informes Trimestrales de Dotación de Personal.</p> <p>ii) Respuesta observaciones planteadas en relación a los informes.</p>	<p><input type="checkbox"/> El servicio envía oportunamente y a través del proceso de recepción establecido, los informes de dotación de personal y la respuesta a las observaciones planteadas²⁸⁵.</p> <p>➤ Informes de Dotación de Personal: El Servicio envía a través de la página web de DIPRES, informes con las características de su dotación de personal y personal fuera de dotación según especificaciones y contenidos entregados en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁸⁶.</p> <p>○ Informe de Dotación de Personal del Proyecto de Presupuestos (Formularios D). El Servicio envía este informe mediante web institucional de DIPRES hasta el plazo establecido durante el proceso de Formulación del Presupuesto 2010.</p> <p>○ Informes Trimestrales de Dotación de Personal. El Servicio envía estos informes a través del sitio web institucional de la Dirección de Presupuestos, dentro de los primeros 8 (ocho) días corridos del mes siguiente al que finaliza el respectivo trimestre.</p> <p>➤ Respuesta a observaciones planteadas en relación a los informes. El Servicio responde a las observaciones y notificaciones emitidas por DIPRES a través del Registro de Observaciones²⁸⁷ del informe respectivo, de acuerdo a plazo y procedimiento indicado en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES a emitir en diciembre de 2009.</p>

284 La información se entiende enviada oportunamente cuando se entrega en los plazos establecidos por el Oficio Circular del Ministro de Hacienda, que anualmente se dicta, para dichos efectos.

285 En el caso de los Servicios en los que, de acuerdo a su estructura presupuestaria, no les corresponda presentar determinados Informes (correspondientes a las etapas II, III y IV), será necesario comunicar a la Dirección de Presupuestos dicha situación, al inicio del proceso 2010 del Sistema Administración Financiero-Contable.

286 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

287 El Servicio accede al Registro de Observaciones de sus informes remitidos, mediante la sección "Acceso Restringido" de la web DIPRES. Para facilitar el acceso, seguir los pasos señalados en la Guía "Revise y Responda Observaciones", publicada en web DIPRES, sección Sistema de evaluación y control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/ Asistencia Técnica por Sistema.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
SISTEMA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA-CONTABLE

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>3. La institución opera en la Plataforma SIGFE (SIGFE Transaccional y Homologados), registra y genera información presupuestaria y financiera y patrimonial con la pertinencia, oportunidad²⁸⁸, consistencia, calidad y confiabilidad necesarias para la gestión financiera y la toma de decisiones.</p> <p>4. La institución envía a la DIPRES completos y sin errores los siguientes Informes:</p> <p>i) Informes de Dotación de Personal:</p> <p>i.a) Informe de Dotación de Personal del Proyecto de Presupuestos</p> <p>i.b) Informes Trimestrales de Dotación de Personal.</p> <p>ii) Respuesta observaciones planteadas en relación a los informes de Dotación de Personal.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio operando en la Plataforma SIGFE (SIGFE Transaccional y Homologado) dará cumplimiento a las modalidades de registro e información financiera, en los términos indicados en la Circular Conjunta DIPRES-Contraloría General de la República N° 646/45880, del 30.09.2005 y sus modificaciones y, la Circular Conjunta DIPRES-Contraloría General de la República N° 05/4937 del 31 de enero de 2007 y sus modificaciones²⁸⁹. Para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El Servicio operando con SIGFE Transaccional debe cerrar el movimiento financiero de cada mes dentro de los primeros 8 (ocho) días del mes siguiente. ➤ El Servicio Homologado informará a la Dirección de Presupuestos, el movimiento financiero de cada mes dentro de los primeros 8 (ocho) días del mes siguiente. ➤ El Servicio debe informar hasta el 15 de septiembre de 2010 a la Dirección de Presupuestos, la elaboración e implementación²⁹⁰ del procedimiento de control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores. <ul style="list-style-type: none"> ○ El Servicio registra e informa²⁹¹ en detalle el oportuno pago de las obligaciones de origen presupuestario contraídas con sus proveedores, en moneda nacional, dentro de los 30 días corridos siguientes al de la fecha de recepción conforme de la factura²⁹². ➤ El Servicio una vez cerrada la contabilidad, debe enviar a la Contraloría General de la República dentro de los primeros (ocho) días del mes siguiente, el Balance institucional de Comprobación y Saldos <p><input type="checkbox"/> El Servicio envía a DIPRES informes de dotación de personal completos, de acuerdo con lo solicitado para cada proceso, e información completa en respuesta a observaciones planteadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informes de dotación de personal: El servicio envía a DIPRES toda la información solicitada, en los formularios diseñados para estos efectos, de acuerdo al proceso y plazo establecido para cada tipo de informe, según especificaciones y contenidos entregados en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁹³.

288 Se entiende por oportunidad, cuando se registran todos los recursos y obligaciones en el momento en que éstos se generen, independiente de que estos hayan sido o no percibidos o pagados, en conformidad a lo dispuesto en las normas, los principios y los procedimientos aplicables a la Contabilidad General de la Nación, establecidos en los Oficios C.G.R. N° 60.820, del 29 de diciembre de 2005, y sus modificaciones y N°54.900, de 16 de noviembre de 2006, y sus modificaciones e instrucciones que impartan la Dirección de Presupuestos y/o Contraloría General de la República en el uso de sus facultades rectoras en materias presupuestarias y contables, respectivamente.

289 Otras instrucciones que impartan la Dirección de Presupuestos y/o la Contraloría General de la República en el uso de sus facultades rectoras en materias presupuestaria y contable.

290 El seguimiento de la fecha de pago a proveedores, es a partir del 02 de Enero de 2010, de conformidad a Oficio Circular N° 23 de 13.04.2006 del Ministerio de Hacienda.

291 El Servicio en SIGFE Transaccional se exime de informar el detalle del oportuno pago a sus proveedores a la Dirección de Presupuestos. Dicha información será obtenida del sistema SIGFE por la DIPRES. El Servicio Homologado deberá informar a la Dirección de Presupuestos al 15 de Septiembre, por el periodo Enero-Agosto y el 10 de Enero, por el periodo Enero-Diciembre, el detalle del oportuno pago a sus proveedores, en un archivo cuyo formato de registro informará oportunamente la Dipres. Se exceptúa de este análisis el subtítulo 21 Gastos en Personal.

292 En la recepción conforme de la factura importa que las operaciones o hechos económicos que dan origen al devengo presupuestario, deriven de adquisiciones de bienes o prestaciones de servicios que hayan cumplido con la contraprestación y recepción conforme por parte del servicio.

293 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informe de Dotación de Personal del Proyecto de Presupuestos (Formularios D). El Servicio envía a DIPRES set completo y actualizado de formularios con toda la información requerida para este proceso, distribuyendo y/o especificando las características de la dotación de personal y del personal fuera de dotación del Servicio, de acuerdo con lo establecido en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009, y en otras circulares que se emitan con instrucciones específicas para este proceso, las que se publican en web DIPRES²⁹⁴. ○ Informes Trimestrales de Dotación de Personal. El Servicio envía a DIPRES set completo y actualizado de formularios con toda la información requerida para cada uno de los procesos, distribuyendo y/o especificando las características de la dotación de personal y del personal fuera de dotación del Servicio, de acuerdo con lo establecido en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009, y en otras circulares con instrucciones específicas para cada proceso, las que se publican en web DIPRES²⁹⁵. ➤ Respuesta a observaciones planteadas en relación a los informes. El Servicio envía respuesta y/o archivo con información corregida, que solucione o aclare completamente la o las observaciones indicadas, o la situación notificada, ambas publicadas en el Registro de Observaciones del informe respectivo de acuerdo con lo señalado en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁹⁶. ☐ El servicio envía a DIPRES información consistente y sin errores u omisiones de información. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informes de dotación de personal: El Servicio envía a DIPRES, informes de dotación de personal mediante set de formularios diseñados para tal efecto, que contengan información consistente y sin errores, de acuerdo con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Información consistente. Para cada informe solicitado, el Servicio envía información consistente con los antecedentes entregados en el mismo informe, en otros informes sobre dotación de personal y/o personal fuera de dotación remitidos a DIPRES, o con documentos e informes de difusión pública elaborados por el Servicio, de acuerdo con el proceso, plazo y otras indicaciones señaladas en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁹⁷.

Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

294 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

295 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

296 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

297 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Información sin errores u omisiones. El servicio envía a DIPRES el set de formularios diseñado para cada proceso, que contenga la información requerida sin la presencia de omisiones y/o fallas de digitación, cálculo o imputación, de acuerdo con lo especificado en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁹⁸. ➤ Respuesta a observaciones planteadas en relación a los informes. Ante la publicación de observaciones o notificaciones en el Registro de Observaciones, el Servicio envía a DIPRES, a través del mismo Registro, respuesta y/o archivo con información corregida, que no presente nuevos errores o inconsistencias con información remitida en el mismo informe, en otros informes de dotación de personal y/o personal fuera de dotación enviados desde el Servicio a DIPRES, o con documentos e informes de difusión pública elaborados por el Servicio, de acuerdo con el proceso, plazo y otras indicaciones señaladas en el correspondiente Oficio Circular de DIPRES, a emitir en diciembre de 2009²⁹⁹.

envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

298 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

299 El Oficio Circular a emitir por DIPRES en diciembre de 2009 y otras circulares que se emitan para procesos específicos, además de su envío físico al Jefe superior de Servicio y envío electrónico al personal de la unidad de recursos humanos, indicado por el Servicio para dichos efectos, se publican en web DIPRES, sección Sistema de Evaluación y Control de Gestión / Programa de Mejoramiento de la Gestión / Sistemas de Gestión / Sistema Administración Financiero-Contable/Antecedentes por Sistema.

ÁREA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
 SISTEMA: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA-CONTABLE

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>5. La institución envía oportunamente³⁰⁰ a la DIPRES, la programación de Ejecución Presupuestaria.</p> <p>6. La institución cuenta con información complementaria para el análisis financiero y la envía oportunamente a la DIPRES, en relación a: i) Explicación mensual de las desviaciones del gasto, respecto del Programa de Ejecución, ii) Ajustes mensuales al Programa de Ejecución.</p> <p>7. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas³⁰¹</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio envía a Dirección de Presupuestos, antes del 18 de diciembre de 2009, una propuesta de Programa de Ejecución Presupuestaria mensual para 2010, con los respectivos cronogramas de ejecución de los programas y actividades que han sido aprobados para el³⁰²</p> <p><input type="checkbox"/> El servicio envía mensualmente a DIPRES las explicaciones mensuales de las desviaciones del gasto del mes “N-1” del Presupuesto 2009, a más tardar el día 20 del mes “N” o el día hábil anterior si dicho día fuere sábado, domingo o festivo (Punto 2 inciso tercero del Oficio Circular (H) N° 3 de 9 de enero de 2009)..³⁰³</p> <p><input type="checkbox"/> El servicio remite a DIPRES los ajustes mensuales al programa de ejecución del mes “N+1” y siguientes, a más tardar el día 20 del mes “N” o el día hábil anterior si dicho día fuere sábado, domingo o festivo³⁰⁴</p>

300 La información se entiende enviada oportunamente cuando se entrega en los plazos establecidos por el Oficio Circular del Ministro de Hacienda, que anualmente se dicta, para dichos efectos.

301 A los servicios que repiten la etapa 4 y no ingresan al Programa Marco Avanzado, se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

302 La información se entiende enviada oportunamente cuando se entrega en los plazos establecidos por el Oficio Circular del Ministro de Hacienda, que anualmente se dicta, para dichos efectos.

303 La información se entiende enviada oportunamente cuando se entrega en los plazos establecidos por el Oficio Circular del Ministro de Hacienda, que anualmente se dicta, para dichos efectos.

304 La información se entiende enviada oportunamente cuando se entrega en los plazos establecidos por el Oficio Circular del Ministro de Hacienda, que anualmente se dicta, para dichos efectos.

7.16 Sistema Enfoque de Género

ÁREA: ENFOQUE DE GÉNERO

SISTEMA: ENFOQUE DE GÉNERO

MEDIO DE VERIFICACIÓN 2010
Organismo Técnico Validador: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)
<p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado al Servicio Nacional de la Mujer, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de enfoque de género, considerando las Definiciones Estratégicas del Servicio³⁰⁵ (misión, objetivos estratégicos y productos estratégicos), y los sistemas de información³⁰⁶ para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as, a objeto de analizar y evaluar si los productos que entrega la institución responden a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.
<p>Etapa II</p> <p>Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado al Servicio Nacional de la Mujer, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de enfoque de género, considerando las Definiciones Estratégicas del Servicio (misión, objetivos estratégicos y productos estratégicos), y de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as, a objeto de analizar y evaluar si los productos que entrega la institución responden a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.<input type="checkbox"/> Plan, basado en el Diagnóstico, para incorporar perspectiva de género en la institución y Programa de Trabajo anual para incorporar la perspectiva de género en la provisión³⁰⁷ de los productos estratégicos del Servicio (bienes y/o servicios), para la implementación de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as desagregado por sexo y con análisis de género.
<p>Etapa III</p> <p>Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado al Servicio Nacional de la Mujer, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de enfoque de género, considerando las Definiciones Estratégicas del Servicio (misión, objetivos estratégicos y productos estratégicos), y de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as, a objeto de analizar y evaluar si los productos que entrega la institución responden a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.<input type="checkbox"/> Plan, basado en el Diagnóstico, para incorporar perspectiva de género en la institución y Programa de Trabajo anual para incorporar la perspectiva de género en la provisión de los productos estratégicos del Servicio (bienes y/o servicios), para la implementación de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as desagregado por sexo y con análisis de género y, para difundir los avances en la incorporación de enfoque de género.<input type="checkbox"/> Informe de avance de la implementación del Programa de Trabajo anual para incorporar el enfoque de género en la provisión de los productos y en los sistemas de información para el registro de clientes/ usuarios/ beneficiarios.
<p>Etapa IV</p> <p>Informe aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, enviado al Servicio Nacional de la Mujer, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico de enfoque de género, considerando las Definiciones Estratégicas del Servicio (misión, objetivos estratégicos y productos estratégicos), y de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as, a objeto de analizar y evaluar si los productos que entrega la institución responden a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.<input type="checkbox"/> Plan, basado en el Diagnóstico, para incorporar perspectiva de género en la institución y Programa de Trabajo anual para incorporar la perspectiva de género en la provisión de los productos estratégicos del Servicio (bienes y/o servicios), para la implementación de los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as desagregado por sexo y con análisis de género y, para difundir los avances en la incorporación de enfoque de género.<input type="checkbox"/> Informe de avance de la implementación del Programa de Trabajo anual para incorporar el enfoque de género en la provisión de los productos y en los sistemas de información para el registro de clientes/ usuarios/ beneficiarios.<input type="checkbox"/> Informe de evaluación del servicio con los resultados de la implementación del Plan para incorporar perspectiva de género en la institución.<input type="checkbox"/> Análisis de los resultados de las acciones realizadas en el año asociadas a la mantención del grado de desarrollo del sistema.

305. Corresponden a la ficha de Definiciones Estratégicas 2010.

306. Los Sistemas de Información corresponden a los estudios, estadísticas y sistemas de información internos de usuarios/as directos/as.

307. La provisión corresponde al diseño, implementación, seguimiento y evaluación de productos. El diseño se refiere a la definición de las características del producto, la implementación corresponde a las etapas de producción y entrega de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), el seguimiento se hace respecto a las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo y la evaluación se refiere a la identificación de las acciones necesarias de incorporar para el mejoramiento continuo del producto estratégico.

ÁREA: ENFOQUE DE GÉNERO
SISTEMA: ENFOQUE DE GÉNERO

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>1. La institución elabora un diagnóstico para detectar la existencia de inequidades de género entre hombres y mujeres, considerando al menos las Definiciones Estratégicas de la institución, las orientaciones políticas de género, los compromisos ministeriales y las prioridades institucionales.</p> <p>2. La institución analiza los sistemas de información para el registro de sus clientes / usuarios / beneficiarios desagregados por sexo, cuando corresponda en base al diagnóstico realizado.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora un Diagnóstico³⁰⁸, con Enfoque de Género, considerando las Definiciones Estratégicas y los sistemas de información³⁰⁹ para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as. Dicho diagnóstico deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos, a objeto de analizar y evaluar si los productos que entrega la institución responden a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de la Misión Institucional para identificar, respecto de la temática que aborda la institución, las inequidades y brechas de género presentes en la sociedad ➤ Análisis de los Objetivos Estratégicos para identificar los procesos institucionales y actores o instituciones externas que impactan en la acción del Servicio. ➤ Análisis con Enfoque de Género del proceso de provisión³¹⁰ de los Productos/Subproductos Estratégicos/ productos específicos (bienes y/o servicios), y de los procesos transversales³¹¹ de la institución considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuantificación y caracterización con enfoque de género de Clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as del producto. ○ Revisión del diseño del producto teniendo en cuenta características y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres. ○ Revisión del proceso de implementación y seguimiento del producto teniendo en cuenta efectos diferenciados en hombres y mujeres. ○ Revisión de la evaluación del producto para identificar las acciones necesarias de incorporar Enfoque de Género para el mejoramiento continuo del producto. ○ Revisión de los procesos transversales y de las coordinaciones con actores e instituciones externas, detectados en el análisis de los objetivos estratégicos, que se requiere abordar para enfrentar las barreras que obstaculizan la incorporación del Enfoque de Género. ○ Análisis de los productos que no corresponda incorporar Enfoque de Género, explicando las razones. ○ Identificación de las principales inequidades y brechas de género detectadas y las barreras³¹² para enfrentarlas. ○ Recomendaciones con medidas necesarias de incorporar para el mejoramiento continuo de el(los) producto(s) con Enfoque de Género. <p><input type="checkbox"/> La institución revisa y analiza los sistemas de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as</p>

308 El diagnóstico consiste en identificar la situación actual respecto de la existencia o no de inequidades, ó desigualdades entre hombres y mujeres en la provisión de cada uno de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), del servicio. Las Definiciones Estratégicas corresponden a la ficha de Definiciones Estratégicas 2010.

309 Los Sistemas de Información corresponden a los estudios, estadísticas y sistemas de información internos de usuarios/as directos/as

310 La provisión corresponde al diseño, implementación, seguimiento y evaluación de productos. El diseño se refiere a la definición de las características del producto, la implementación corresponde a las etapas de producción y entrega de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), el Seguimiento se hace respecto a las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo y la evaluación se refiere a la verificación de resultados obtenidos e identificación de las acciones necesarias de incorporar para el mejoramiento continuo del producto estratégico.

311 Se refiere a procesos institucionales que impactan o involucran a dos o más productos y que requieren incorporar Enfoque de Género para enfrentar inequidades y barreras de género. Por ejemplo capacitación en Género a funcionarios/as, estudios sobre usuarios/as de más de un producto, difusión de situación de hombres y mujeres en temas transversales.

312 Las barreras corresponden a los obstáculos que deben ser resueltos para enfrentar las inequidades detectadas. Por ejemplo: hábitos culturales, legislación vigente, cultura organizacional, falta de presupuesto, etc.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
	<p>desagregados por sexo, cuando corresponde, en base al diagnóstico realizado, considerando al menos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de los Sistemas de información de clientes/usuarios/beneficiarios con al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación y análisis de Género de los sistemas de información estadísticos internos y externos con su nivel de desagregación de los datos de los clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as, señalando: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de avance en la incorporación de Enfoque de Género en el proceso de recolección de información. - Procesamiento de datos relevantes para realizar análisis de Género. - Análisis con Enfoque de Género de la información estadística que dispone la institución desagregada por sexo.

ÁREA: ENFOQUE DE GÉNERO
 SISTEMA: ENFOQUE DE GÉNERO

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>3. La institución elabora el Plan para incorporar Enfoque de Género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos, en los procesos transversales y en el sistema de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/a, de acuerdo al diagnóstico realizado, considerando las inequidades identificadas en el diagnóstico y revisando la consistencia.</p> <p>4. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado.</p> <p>5. La institución elabora un Programa de Trabajo anual para incorporar Enfoque de Género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos si corresponde), en los procesos transversales para incorporar enfoque de género en el sistema de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as por sexo.</p>	<p><input type="checkbox"/> El servicio elabora un Plan para incorporar Enfoque de Género, basado en el Diagnóstico, en el proceso de provisión de sus productos estratégicos, en procesos transversales y en el sistema de información de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as. Este Plan deberá incluir los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y objetivos específicos para incorporar la perspectiva de género en el quehacer del Servicio. ➤ Descripción de las principales inequidades y recomendaciones del diagnóstico ➤ Descripción de cómo se logrará avanzar hacia el cumplimiento del objetivo para incorporar Enfoque de Género en el quehacer del Servicio, señalando: <ul style="list-style-type: none"> - Medidas propuestas para incorporar Enfoque de Género en las etapas del proceso de provisión de los productos estratégicos: diseño, implementación, seguimiento y evaluación. - Medidas propuestas para incorporar enfoque de género en los sistemas de información de clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas propuestas para incorporar Enfoque de Género en los procesos transversales y en las coordinaciones con actores e instituciones externas enfrentando las barreras que obstaculizan la incorporación del Enfoque de Género. - Medidas propuestas para difundir situaciones relevantes respecto de inequidades y roles, cambios en los comportamientos de hombres y mujeres y avances institucionales en equidad de género. - Si corresponde, medidas propuestas para incorporar enfoque de género en las iniciativas nuevas (nuevos productos) que deben incorporar enfoque de género. <p><input type="checkbox"/> El Servicio define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado, para lo cual debe señalar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre claro del indicador ➤ Fórmula de cálculo ➤ Medios de Verificación ➤ Datos efectivos ➤ Meta de mediano y largo plazo <p><input type="checkbox"/> El Servicio elabora un Programa de Trabajo anual para incorporar enfoque de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos y procesos transversales, y en el sistema de información para el registro de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as por sexo, de acuerdo al Plan elaborado que contempla la difusión de avances en la incorporación de perspectiva de género, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Metas anuales para los indicadores del Plan, actividades, cronograma de trabajo, medios de verificación y responsables de la implementación.

ÁREA: ENFOQUE DE GÉNERO
 SISTEMA: ENFOQUE DE GÉNERO

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo definido el año anterior, para incorporar Enfoque de Género en los procesos de provisión de sus productos estratégicos.</p> <p>7. La institución implementa el Programa de Trabajo para incorporar enfoque de género en el/los sistemas de información para el registro de sus clientes / usuarios / beneficiarios por sexo.</p> <p>8. La institución registra los resultados de la implementación del Programa de Trabajo para incorporar enfoque de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos y para incorporar enfoque de género en el/los sistemas de información.</p> <p>9. La institución mide los indicadores de desempeño elaborados para evaluar los resultados del Plan para incorporar enfoque de género.</p>	<p><input type="checkbox"/> El servicio implementa el Programa de Trabajo anual para incorporar enfoque de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos (incluye nuevos productos si corresponde), de los procesos transversales y de los sistemas de información de sus clientes/as, usuarios/as, beneficiarios/as (incluye nuevos productos si corresponde); y hace un registro con los documentos que permiten verificar el contenido de las actividades desarrolladas para implementar el programa de trabajo.</p> <p>El Programa de Trabajo debe ser implementado y monitoreado para dar cuenta, al menos, de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades realizadas³¹³ ○ Análisis de la implementación realizada, identificando las dificultades y facilitadores para su implementación, atribuibles a factores externos e internos. ○ Descripción y justificación de eventuales modificaciones a lo programado originalmente de acuerdo a los resultados obtenidos. ○ Resultados alcanzados. El grado de avance respecto a lo establecido en el Programa de Trabajo elaborado el año anterior, y a través de las metas anuales definidas en el Programa de Trabajo.

313 Se debe contar con registros o medios de verificación que den cuenta de las actividades realizadas.

ÁREA: ENFOQUE DE GÉNERO
SISTEMA: ENFOQUE DE GÉNERO

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2010
<p>10. La institución evalúa los resultados de la implementación del Programa de Trabajo para incorporar enfoque de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos y para incorporar enfoque de género en el/los sistemas de información, considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p> <p>11. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos³¹⁴, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación del Plan y Programa de Trabajo para incorporar enfoque de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos y en el/los sistemas de información.</p> <p>12. La institución que compromete por segunda vez esta etapa, implementa el Programa de Seguimiento elaborado el período anterior.</p> <p>13. La institución difunde a los clientes / usuarios / beneficiarios y a sus funcionarios los avances en la incorporación de género en el proceso de provisión de sus productos estratégicos y en los sistemas de información, implementando el Programa de Trabajo de difusión elaborado.</p> <p>14. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas³¹⁵.</p>	<p><input type="checkbox"/> El servicio realiza una evaluación de los resultados del Plan³¹⁶ la que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del avance en relación al objetivo general y a los objetivos específicos del Plan. ➤ Análisis del avance en relación a las medidas propuestas en el Plan de trabajo. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan implementado ➤ Análisis de los resultados de la difusión realizada en cuanto a sus contenidos, medios y grupo objetivo³¹⁷. ➤ Recomendaciones para subsanar las dificultades encontradas. ➤ Elaboración de Programa de Seguimiento estableciendo compromisos asociados a las recomendaciones señalando plazos, metas e indicadores para medir su cumplimiento y responsables de la implementación. ➤ Resultado del Programa de Seguimiento del año anterior señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones realizadas para cumplir cada compromiso establecido con el programa de seguimiento. ○ Justificaciones de los compromisos no cumplidos. <p><input type="checkbox"/> Para mantener el grado de desarrollo alcanzado, la institución realiza un mejoramiento continuo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>

314 Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, plan o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

315 A los servicios que repiten la etapa 4, se le exigirá el cumplimiento de este objetivo.

316 Considera las iniciativas definidas en el Plan de Trabajo de la etapa II y las iniciativas nuevas que se implementan en la etapa III y IV.

317 A los servicios que repiten la etapa 4, se le exigirá el cumplimiento de este requisito.