



REQUISITOS TÉCNICOS
Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL

AÑO 2012

V 2.0
Mayo de 2012

Control de Cambios respecto a la versión 1 Diciembre 2011

Sistema	Modificación	Página
Planificación	Para el requisito técnico n°1 del el objetivo 5 se corrige año 2012 por 2013.	8
	Para el requisito técnico n°2 del el objetivo 6 se corrige año 2012 por 2013.	9
	Para el requisito técnico n°3 del el objetivo 6 se corrige año 2012 por 2013.	9
	Para el requisito técnico n°1 del el objetivo 7 se corrige año 2011 por 2012.	9
	Para el requisito técnico n°1 del el objetivo 8 se corrige año 2012 por 2013.	10
	Para el requisito técnico n°1 del el objetivo 9 se corrige "evaluado el año 2010 y establecido en el Programa de Seguimiento del año 2011" por "evaluado el año 2011 y establecido en el Programa de Seguimiento del año 2012".	10
Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana	Ajuste en la numeración de aspectos a analizar en requisito 1.1.3.2.2. Procedimiento(s) de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a Solicitudes de Acceso a la Información Pública.	46
	Ajuste en la numeración de los elementos a considerar en requisito 3.1.4., sobre los procedimientos establecidos en los requisitos para el Sistema.	55-56
Compras	El requisito técnico del objetivo 3 de la etapa I, referido al catastro de reclamos, se corrige "los años 2008, 2009, 2010", por "durante el año 2012".	35
	El requisito técnico del objetivo 5 de la etapa II, referido a Definición del compromiso de la institución para la disminución de reclamos, se corrige "2011" por "2012".	37
	El requisito del objetivo 9 de la etapa II, referido a la medición de indicadores, se corrige "2011" por "2012".	39
Seguridad de la Información	Se modifica la etapa 1, centrando el foco en los activos de información que soportan uno o más procesos de provisión de productos estratégicos. El diagnóstico se realiza sobre el o los procesos que proveen un producto estratégico relevante, escogido por el servicio en conjunto con la red de expertos.	67 - 68
Seguridad de la Información	En etapa 2, se focaliza en la constitución de un marco general para el SSI Institucional (Política de SI, Nombramiento Encargado y Creación del Comité de Seguridad); y en la elaboración del plan a nivel de hitos y responsables, principalmente.	69
Seguridad de la Información	En etapa 3, se focaliza en que los servicios den cuenta de la implementación del programa de trabajo anual, a nivel de hitos comprometidos, el resultado de los indicadores comprometidos, si corresponde, y el avance en la reducción de las brechas de seguridad de la información.	70
Seguridad de la Información	En etapa 4, se focaliza en la evaluación de la implementación y en el establecimiento de un programa de seguimiento. Se eliminan las auditorías como condición necesaria para la mejora continua.	71

Tabla de contenido

1. SISTEMA DE PLANIFICACIÓN - CONTROL DE GESTIÓN.....	4
2. SISTEMA AUDITORIA INTERNA	11
3. SISTEMA CAPACITACIÓN.....	20
4. SISTEMA DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO.....	28
5. SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO	34
6. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	44
7. SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN.....	61
8. SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	67
9. SISTEMA MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.....	72
10. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	74

1. SISTEMA DE PLANIFICACIÓN - CONTROL DE GESTIÓN

AREA	PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN
SISTEMA	PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN

Objetivo General
Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de información para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 para el período 2012 - 2014 como resultado de un proceso de planificación institucional. Estas deberán ser aprobadas por el Jefe de Servicio, validadas por el Ministro del ramo y difundidas a los funcionarios del servicio, y considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Legislación vigente. ➤ Compromisos a nivel de Gobierno, sectoriales y ministeriales. ➤ Prioridades presupuestarias. ➤ Recursos asignados en la Ley de Presupuestos de cada año. ➤ Recomendaciones surgidas de procesos de evaluaciones de programas, institucionales o de impacto realizadas por la Dirección de Presupuestos u otros estudios relevantes realizados por externos, si corresponde. <p><input type="checkbox"/> Las Definiciones Estratégicas establecidas deben señalar al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Misión institucional. ➤ Compromisos a nivel de Gobierno. ➤ Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados. ➤ Productos estratégicos definidos como bienes y/o servicios. ➤ Clientes/usuarios/beneficiarios precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos. ➤ Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>2. La institución diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), tomando como base las definiciones establecidas en la etapa anterior y considerando al menos la definición de procesos estratégicos y de centros de responsabilidad, la identificación de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de los productos estratégicos y en los procesos de soporte, la vinculación del sistema de información de gestión con los instrumentos de control de gestión específicos establecidos por la institución y el diseño de los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información para la construcción de indicadores de desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ 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: <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 definidos (basado en la estructura organizacional, las funciones específicas de cada Centro de Responsabilidad y los procesos relevantes definidos) 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 relevantes 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 calidad (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión 2009 en www.dipres.cl/control de gestión/PMG/sistema gestión/planificación) ○ 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. ○ 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. ➤ 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

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>van a medir, justificando los casos de indicadores elaborados que no tendrán medición en el año t.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 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 relevantes 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 estratégicos. ○ Logro de las Prioridades de Gobierno. ○ Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos. ○ Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>3. La institución tiene en funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<p>☐ 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:</p> <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 en el año en las etapas anteriores (nuevos y existentes).

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>4. La institución tiene en pleno funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos y operan todos los sistemas de recolección y sistematización de la información y por lo tanto las autoridades de la institución cuentan con información oportuna y confiable para la toma de decisiones. La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos. La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.</p> <p>5. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades de Gobierno, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos (bienes y/o servicios), clientes/usuarios/beneficiarios e identificando para cada producto estratégico, el porcentaje del gasto de la institución, la fundamentación de los que no cuentan con indicadores, y la cuantificación de las principales actividades vinculadas a cada uno.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, 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. ○ <p><input type="checkbox"/> El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos 2013 las Definiciones Estratégicas establecidos en los requisitos de la etapa 1, aprobadas por el Ministro del ramo.</p>

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>6. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la ponderación, la meta, los supuestos y medios de verificación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio define los indicadores de desempeño consistentes con las definiciones estratégicas establecidas, los cuales deben cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspectos Metodológicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre del indicador ○ Fórmula o algoritmo de cálculo ○ Ámbito de control y dimensión ○ Vinculación con productos estratégicos ○ Meta ○ Supuestos ○ Notas técnicas ○ Medio de verificación ○ Ponderador ➤ Incorporar las recomendaciones surgidas de procesos de evaluaciones de programas, institucionales o de impacto realizadas por la Dirección de Presupuestos u otros estudios relevantes realizados por externos, si corresponde. ➤ Medir los aspectos relevantes de la gestión del Servicio, lo que debe considerar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los resultados de los productos estratégicos en los clientes / usuarios / beneficiarios. ○ La eficacia, eficiencia y/o calidad en la provisión de los productos estratégicos. ➤ Establecer metas exigentes, esto es: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los valores comprometidos se ajustan a los recursos presupuestarios asignados. ○ Los valores de las variables son igual o mejor al desempeño histórico del indicador. ❑ El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos 2013 los Indicadores de Desempeño establecidos en los requisitos precedentes, aprobados por el Ministro del ramo. ❑ El Jefe de Servicio informa al Ministro del ramo y funcionarios de la institución los indicadores comprometidos en la formulación presupuestaria para el año 2013.
<p>7. 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Jefe de Servicio establece un proceso de revisión de resultados, a intervalos planificados, de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el año 2012, en donde se considera, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desempeño de los bienes y servicios, a través del análisis de los resultados de los indicadores de desempeño. ➤ El resultado de cada indicador comparando los datos efectivos con la meta comprometida. ➤ Análisis de la consistencia de la información de las variables de cada indicador con los medios de verificación previamente definidos. ➤ Identificación de los indicadores cumplidos ($\geq 95\%$ de la meta), no cumplidos ($< 95\%$ de la meta) o sobre-cumplidos

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>95% y 105%).</p> <p>8. 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 responsables.</p> <p>9. La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior</p>	<p>(> 105% de la meta).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En el caso de los indicadores cumplidos, análisis con el centro de responsabilidad correspondiente, de los resultados de cada variable de los indicadores con el objeto de identificar posibles oportunidades de mejora. ➤ En el caso de los indicadores no cumplidos o sobre-cumplidos, análisis con el centro de responsabilidad correspondiente, de las causas que originaron los resultados, tanto internas como externas a la gestión del Servicio. ➤ El Jefe de Servicio informa al Ministro del ramo y funcionarios de la institución el resultado de los indicadores comprometidos. ➤ El Jefe de Servicio da cuenta pública de los resultados de los indicadores y sus metas en su cuenta pública anual (Balance de Gestión Integral, BGI). <p>☐ El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año 2013, aprobado por el Jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos y sobre cumplidos, hayan sido o no afectados por causas externas justificadas, señalando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las causas que originaron los resultados obtenidos. ➤ Compromisos que permitan superar las causas analizadas. ➤ Plazos y responsables para la implementación de los compromisos. ➤ Medios de verificación. ➤ Ponderador para cada indicador del Programa de Seguimiento, cuya sumatoria sea 100%. <p>☐ El Servicio evalúa, a intervalos planificados, el cumplimiento de los compromisos de cada indicador evaluado el año 2011 y establecido en el Programa de Seguimiento del año 2012. Para ello analiza las acciones y compromiso realizados durante el año considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los compromisos cumplidos y no cumplidos (cumplimiento parcial o fuera de plazo) e identifica las causas de los incumplimientos. ➤ En el caso de los compromisos cumplidos analiza, con el centro de responsabilidad correspondiente, si efectivamente su implementación permitió superar las causas que originaron los resultados de los indicadores en el año anterior, o deben realizarse acciones adicionales. ➤ En el caso de compromisos no cumplidos analiza, con el centro de responsabilidad correspondiente, las causas de los incumplimientos, los efectos en los resultados institucionales y las acciones que se deben implementar para mejorar los resultados.

2. SISTEMA AUDITORIA INTERNA

AREA	PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN
SISTEMA	AUDTORIA INTERNA

Objetivo General
<p>Crear y fortalecer las Unidades de Auditoría, con el objeto de desarrollar en forma permanente y continua auditorías de carácter general, estratégico, fundamentalmente preventivas y de apoyo a la gestión.</p>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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><input type="checkbox"/> La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna a través de una resolución exenta u otro documento, 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>2. La institución formula y/o actualiza el Estatuto de Auditoría interna, aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio debe 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>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 Comité de Auditorías Ministeriales y Regionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="691 342 1452 398">☐ La Institución debe identificar y analizar las fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="735 405 1452 461">➤ Análisis de la organización de la Unidad de Auditoría: estructura de la Unidad, ámbito de acción, etc. <li data-bbox="735 468 1452 524">➤ Análisis de la documentación de soporte: existencia de manuales actualizados de organización y procedimientos. <li data-bbox="735 530 1452 586">➤ Análisis del Personal en relación a la dotación en cuanto a cantidad, cualificación, supervisión, programas y necesidades de capacitación.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución debe elaborar un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Matriz de Riesgos actualizada y aprobada por el Jefe de Servicio, la que debe contener la identificación y análisis de los riesgos de los procesos desagregados, construida en el año 2011. ➤ El contenido del diagnóstico debe permitir sustentar el Plan Anual de Auditoría, y debe contener al menos, un ranking de riesgos y los criterios técnicos definidos por el auditor interno según la Guía Técnica N° 33 versión 0.4.. ➤ 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, las materias a auditar.
<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 Gubernamental, las cuales son definidas por S.E. el Presidente de la República y coordinada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución elabora el Plan Anual de Auditoría 2012 basado en el diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, que debe contener al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo Gubernamental establecido en Instructivo Presidencial ➤ Objetivo Ministerial: Objetivo Ministerial, correspondiente al periodo 2012, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre. ➤ Objetivo Institucional. ➤ El Plan debe contener al menos cuatro auditorías institucionales a materias priorizadas 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 aseguramiento 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.). ➤ 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,

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>si corresponde e informar los resultados de sus mediciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Debe existir consistencia entre las materias consideradas en la formulación del Plan Anual de Auditoría y el proceso y las situaciones en que se hubiese generado la falta de probidad. ☐ 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.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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:</p> <p>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>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución debe elaborar los Programas de Auditoría: <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. ❑ 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>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>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución, a través del Auditor Interno elabora 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: <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. ○ La oportunidad de la auditoría.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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, entendiéndose 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 terminadas y firmado por el Jefe de Servicio. 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. ☐ El Servicio debe elaborar un informe final de las Auditorías 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 actualizaciones de las mediciones de

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>los indicadores de desempeño (planificación, programación, informe y seguimiento) y aplicación procedimientos de control y monitoreo (programación, informe y seguimiento), formulados por el Servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Conclusión general del trabajo anual.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>□ La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2012 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 seguimiento, 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 riesgos. ➤ 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 2011 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 compromisos asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El indicador de logro del compromiso. ○ La meta. ○ Los plazos/fecha, propuesta para la implementación de

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>las medidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El responsable de la implementación. <p>□ La institución elabora un informe consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2010 y anteriores, 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 ➤ 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 compromisos 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 implementación corresponde a un 90%. ○ 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%.

3. SISTEMA CAPACITACIÓN

AREA	GESTIÓN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SISTEMA	CAPACITACIÓN

Objetivo General
Desarrollar el ciclo de gestión de la capacitación, en el marco de la gestión de Recursos Humanos, con énfasis en los procesos de detección de necesidades de capacitación, de planificación, ejecución y evaluación de la gestión de capacitación, con el objeto de desarrollar competencias que permitan a los funcionarios/as mejorar su desempeño para el óptimo funcionamiento de la institución, con participación de los funcionarios.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 Estratégicas (formulario A-1 proceso de formulación presupuestaria) 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 específicas, 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>Nota: 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</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 perfecciona (si fuese necesario) y aplica, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil (Oficio Ord. N° 641 del 25 de Julio de 2006 de la DNSC), la 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 específicas requeridas para lograr el mejoramiento de la gestión institucional, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y/o actualización de competencias transversales y específicas de todos los cargos del Servicio, en un plazo establecido por éste. Esto implica que aquellos servicios que comprometan por primera vez esta etapa sólo deben identificar competencias transversales y específicas hasta el IV nivel funcional y los otros servicios deberán identificar competencias transversales y específicas 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. ➤ Utilización de metodología definida para evaluar competencias transversales y específicas, y determinación de brechas de competencias de el 100% de los/as funcionarios/as que ocupan los cargos del 2do. nivel jerárquico.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>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".</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 Estratégicas 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>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión y/o actualización de las necesidades de capacitación del 100% de los funcionarios/as que ocupan los cargos del tercer y cuarto nivel jerárquico. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las definiciones estratégicas institucionales corresponden a aquellas establecidas por la institución en su sistema de planificación y control de gestión y presentadas cada año por las instituciones en la formulación presupuestaria, formulario A-1. ➤ Las competencias transversales y específicas 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. ➤ La revisión y/o actualización de las necesidades de capacitación del 100% de los funcionarios/as que ocupan los cargos del tercer y cuarto nivel jerárquico, es para aquellos casos en que se hayan producido variaciones en la medición de brechas, por cambios en el perfil del cargo, cambios en los ocupantes de los cargos, u otros. <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 Detección de Necesidades de Capacitación Institucional 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 actividades requeridas en los otros sistemas del PMG. ➤ Brechas de Competencias Laborales de los/las funcionarios, de acuerdo al diagnóstico realizado. Las brechas de competencias definidas, en algunos casos, pueden determinar necesidades de capacitación. Estas necesidades detectadas deben constituir un insumo básico del Plan Anual de Capacitación del año siguiente. <p>Nota: Este levantamiento de detección de necesidades de capacitación institucional, se debe realizar antes del 31 de Diciembre 2012 y debe ser considerado como insumo básico para el Plan Anual de Capacitación que se aplique durante el año 2013</p> <p><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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:</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. Hacienda. ○ Relevantes en materia de gestión de personas, teniendo en cuenta las directrices de la Dirección Nacional del Servicio Civil, quien informará oportunamente la oferta de actividades de capacitación vigentes para el periodo respectivo. ○ Transversales a las competencias institucionales identificadas como comunes para la Administración Pública, fortalecimiento de, al menos, 2 de las competencias transversales, que el Servicio ha incorporado como competencias institucionales. (Estudio realizado por encargo de SENCE el año 2004 que identificó 10 competencias transversales). ➤ 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 tipo. <p>Nota: 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 30 de abril del año en curso, utilizando el formulario correspondiente, publicado en www.sispubli.cl.</p>
<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><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. ➤ El cronograma de trabajo o la secuencia temporal en que se ejecutarán las actividades de capacitación. ➤ Actividades de capacitación interna, externa sin costo y externas con costo. ➤ El N° de participantes que se capacitará a nivel central y 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>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 (ChileCompra) y lo definido en el plan anual de capacitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio revisa y actualiza el 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. ➤ Análisis de la Oferta Técnica ➤ Análisis de la Oferta Económica. ➤ La justificación de los organismos preseleccionados.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>9. La institución diseña los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios de la capacitación.</p> <p>10. La institución define la estrategia de evaluación de actividades de capacitación y sus instrumentos.</p> <p>11. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Plan elaborado.</p> <p>12. La institución diseña los mecanismos de evaluación de los resultados de la capacitación.</p> <p>13. 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>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio revisa y actualiza el 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 Monitoreo del Desempeño Institucional.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio revisa y actualiza los mecanismos de evaluación: (a) de satisfacción (reacción) de los/as funcionarios/as capacitados/as en actividades de capacitación de 12 o más horas de duración, (b) de aprendizaje a los/as funcionarios/as que participaron en actividades que involucran, al menos, el 60% del presupuesto glosa; y (c) de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo. Para este último nivel, el Servicio define el mecanismo de evaluación de la aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, en base a las orientaciones entregadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil.</p> <p><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>

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>14. 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 Presupuestos, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo definido en la etapa anterior.</p> <p>Nota: El Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en acciones de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza</p> <p>15. La institución aplica los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios de la capacitación establecidos en la etapa anterior.</p> <p>16. La institución aplica los mecanismos de evaluación y selección de los oferentes, según los criterios establecidos en la etapa anterior.</p> <p>17. La institución aplica los instrumentos de evaluación de actividades de capacitación.</p> <p>18. La institución mide los indicadores de desempeño elaborados para evaluar el Plan de Capacitación.</p> <p>19. La institución registra en el SISPUBLI e informa a los funcionarios y al Comité Bipartito de</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 actividades 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>Nota: 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.</p> <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</p>

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>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>menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los organismos capacitadores que presentaron propuesta en el portal Chile Compra (aplicación de la Ley de Compras Públicas - Ley N°19.886). ➤ 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 actividades de capacitación en el SISPUBLI o en el sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador, exclusivamente vía Web.</p>

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>20. 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>21. 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>22. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación del PAC y Programa de Trabajo.</p> <p>Nota: Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia</p>	<p>☐ 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 ser registrado en el SISPUBLI.</p> <p>☐ 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 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/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 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, considerando las orientaciones de la DNSC en esta materia, de al menos, una actividad, con o sin costo. ➤ 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. ➤ 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>☐ 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 actividades 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.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.</p> <p>23. 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>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio difunde a los funcionarios, los resultados de la evaluación del Plan de Capacitación ejecutado, a través de mecanismos que permitan lograr una cobertura en forma oportuna, informando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Porcentaje del presupuesto utilizado en actividades de capacitación, respecto del presupuesto asignado por glosa a capacitación. ➤ Porcentaje de actividades 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 actividades 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. ❑ La institución se asegura del funcionamiento continuo del Comité Bipartito de Capacitación; la aprobación del Plan Anual de Capacitación por parte del Jefe de Servicio; las actividades 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.

4. SISTEMA DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

AREA	GESTIÓN DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SISTEMA	SISTEMA DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

Objetivo General
Formalizar y fortalecer los procesos asociados al mejoramiento de los ambientes de trabajo de los funcionarios, la prevención de riesgos y en general, de las condiciones del lugar de trabajo con participación de los trabajadores.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución dispone el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.</p> <p>2. Las instituciones que no reúnan los requisitos¹ legales para constituir un Comité Paritario, deberán organizar un Comité Voluntario, 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 Encargado, 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 Seguridad². ➤ 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 expertos³ 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

¹ 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.

² 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.

³ Del Organismo administrador del Seguro Ley 16.744 y/o contratado por el servicio y/o bomberos, entre otros.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>riesgos laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación.</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 Anual⁴ de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo⁵ que se ejecutará el año siguiente y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año en curso. Dicho Plan deberá considerar, a lo 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>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 Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia, dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<p>6. La institución, elabora un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.
<p>7. La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y</p>	

⁴ 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.

⁵ 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.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>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>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="694 313 1407 459">❑ 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, durante la semana siguiente a la aprobación de los respectivos planes o procedimiento. <li data-bbox="694 548 1407 1153">❑ La institución elabora el Programa de Trabajo⁶ para la ejecución del Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio, y lo aprueba a más tardar el 30 de abril del año de ejecución. Dicho programa deberá contener lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="742 660 1407 728">➤ Ajustes y modificaciones efectuadas al Plan Anual, a más tardar el 30 de marzo del año de ejecución. <li data-bbox="742 728 1407 817">➤ Cronograma de trabajo o secuencia temporal de las Actividades que se ejecutarán, señalando el nivel a que corresponden, central y/o regional. <li data-bbox="742 817 1407 884">➤ Principales hitos o actividades del Programa de Trabajo a ejecutar. <li data-bbox="742 884 1407 907">➤ Responsables de cada una de las actividades. <li data-bbox="742 907 1407 974">➤ El N° de funcionarios que se beneficiará a nivel central y regional de cada actividad. <li data-bbox="742 974 1407 996">➤ Monto del gasto presupuestado para cada actividad programada. <li data-bbox="742 996 1407 1153">➤ Definición de indicadores de desempeño relevantes para evaluar la ejecución del Programa de Trabajo. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="790 1064 1407 1108">○ Los indicadores que deberán incorporarse al SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión. <li data-bbox="790 1108 1407 1153">○ Establecer las metas de los indicadores definidos. <li data-bbox="694 1176 1407 1243">❑ La institución difunde a los funcionarios el Programa de Trabajo a más tardar la semana siguiente a su aprobación.

⁶ 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.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>	<p>☐ 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 el Programa de Trabajo.</p> <p>☐ La institución registra 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"> ➤ 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 periodo, 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 periodo, 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 periodo. ➤ 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.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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><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>12. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos⁷, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, 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>13. La institución difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.</p>	<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>

⁷ Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del Plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema.

5. SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

AREA	EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA
SISTEMA	SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

Objetivo General
Mejorar la transparencia, eficiencia y calidad de los procesos de compras y contrataciones de los Servicios Públicos, así como fortalecer el acceso a mayor y mejor información.

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento 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.mercadopublico.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 prioriza 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 Institución. El que consiste en elaborar un registro 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 requirentes, 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. 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. ➤ Diagnóstico de competencias específicas en materias de gestión de abastecimiento y utilización de plataformas de Chilecompra para determinar la línea base. Esto es, identificar las competencias 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. El diagnóstico de este perfil corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la Institución en el marco de la gestión de capacitación que realiza el Servicio. 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. ➤ Catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>plataforma www.mercadopublico.cl el 2012. Para ello considera:</p> <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.mercadopublico.cl , 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.mercadopublico.cl, 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 marco. ○ Catastro de compras estratégicas. 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. ○ Normativa interna, procedimientos legales, procedimientos de normativa de organismos internacionales, cuando corresponda. ○ Diagnóstico de las necesidades de compra de la institución por centro de responsabilidad. <p>➤ Catastro de todos los Contratos Vigentes. 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. Para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos los contratos vigentes 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 durante el año 2012. ○ 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, Formación. <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>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<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 pago: análisis de cumplimiento del pago a 30 días a sus proveedores. Se deberá informar en el Diagnóstico, entre otros, que el Sistema de pago considere 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 de financiero contable para su consideración sólo en lo que dice relación al procedimiento de Control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores. Por otra parte, las instituciones que se 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. ○ Transparencia: La institución realiza sus procesos de compra a través de www.mercadopublico.cl. ○ Servicios de Bienestar: se incorpora a www.mercadopublico.cl. <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 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 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. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, considerando Plan de Capacitación 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.mercadopublico.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>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ 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: <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 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. ➤ 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. ❑ La Institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento. 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, el que debe incluir al menos lo siguiente: <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 2012. ○ 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 durante el periodo, para ello considera:

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presupuesto asignado. ○ Tipo de compra. ○ Montos. ➤ Diseño de una política de inventarios de acuerdo a sus necesidades. Considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilidad de productos. ○ Planificación de sus compras. ○ Volúmenes. ○ Mecanismos de registro y control. ➤ 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costead. ○ 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. ☐ 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: <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.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>8. La institución realiza sus procesos 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 2012. ❑ 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.mercadopublico.cl versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Justifica toda compra realizada fuera del portal www.mercadopublico.cl. ○ 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

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actores ➤ 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.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 periodo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El Servicio evalúa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, considerando al menos: <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. □ 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: <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 Compras. ○ Genera un Registro interno de los funcionarios acreditados que aprueban la acreditación con nota igual o superior a 65% para el año 2011 y en las condiciones que lo establece la Ley 19.886 y su reglamento, en los perfiles 1, 2, 3, 4 y 5, los que corresponden a: operador, supervisor, auditor, abogado y Jefe de Servicio respectivamente, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre y Rut de cada funcionario acreditado.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ○ 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.mercadopublico.cl 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.mercadopublico.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.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ➤ 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. <p>Nota: El objetivo 14 no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la eapa 4 del Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público.</p>

6. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

Objetivo General
Contribuir a la calidad de atención de la ciudadanía a través de mecanismos que faciliten el acceso oportuno a la información, la calidad de servicio, la transparencia de los actos y resoluciones, la participación ciudadana y promuevan el ejercicio de los derechos ciudadanos.

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de sus procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, considerando al menos el análisis de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las definiciones estratégicas de la Institución y su vinculación con materias de calidad de atención a la ciudadanía; • La estructura organizacional de la institución; • La normativa vigente relacionada; • Todos los espacios de atención institucional vinculados a la provisión de productos estratégicos y solicitudes ciudadanas; • La gestión de las solicitudes ciudadanas, considerando procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para su recepción, derivación, seguimiento, respuesta y registro; • La calidad de servicio en la provisión de productos estratégicos, a través de mecanismos de conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución y el uso de esa información en el diseño y prestación de dichos productos; • El proceso de Transparencia Activa, identificando aquella información pública que actualmente dispone bajo este mecanismo, los procedimientos utilizados para su generación, revisión, publicación y actualización, en concordancia con la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado; • Vinculación del SIAC con la "Política para la Participación Ciudadana 2010-2014", cuando sea aplicable; • El personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos y sus competencias en materia de calidad de atención a la ciudadanía. 	<p>1.1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de sus procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio. La calidad de atención se entiende como el resultado de la gestión integrada de los espacios de atención, de las solicitudes ciudadanas, de la información sobre calidad de servicio, y de los mecanismos de transparencia de los actos y resoluciones y de otros sobre participación ciudadana, así como de las competencias de los funcionarios en dichas materias. A partir de lo anterior, el diagnóstico debe identificar, describir y analizar al menos los siguientes aspectos (Nota: en los casos que corresponda, la institución que disponga de unidades descentralizadas para atender a la ciudadanía, debe aplicar el diagnóstico en cada unidad territorial hasta el nivel regional y posteriormente realizar un diagnóstico consolidado a nivel nacional):</p> <p>1.1.1. Considerando las Definiciones Estratégicas de la institución, política(s) institucional(es) sobre calidad de atención a la ciudadanía, su estructura organizacional y normativas vigentes relacionadas, identifica (Nota: las Definiciones Estratégicas deberán ser consistentes con las presentadas con la Ley de Presupuestos 2012 - Ficha A1):</p> <p>1.1.1.1. Las funciones y atribuciones de la Institución en materias de atención ciudadana, y cómo estas son parte de su Misión y Objetivos Estratégicos;</p> <p>1.1.1.2. Qué productos estratégicos, subproductos y productos específicos se prestan directamente a la ciudadanía y cuáles se entregan a través de los espacios de atención;</p> <p>1.1.1.3. Qué ciudadanos/as son los cliente(a)s, usuario(a)s y/o beneficiario(a)s de la Institución y cuáles son sus características;</p> <p>1.1.1.4. Quiénes –departamento, unidad, área–, dentro de la institución son los que prestan el servicio/producto y tienen contacto directo con los ciudadanos y qué rol cumplen las otras unidades para que se preste el servicio/producto de forma adecuada (con el fin de definir claramente qué rol juega cada repartición al interior de la institución en el engranaje orientado hacia la calidad de atención). Se debe considerar la disposición de roles, responsabilidades, autoridades y relaciones internas y externas.</p> <p>1.1.2. Todos los espacios de atención existentes. Estos corresponden a canales de contacto entre la institución y la ciudadanía vinculados a la gestión de solicitudes ciudadanas, la participación ciudadana y la provisión de productos estratégicos. Se consideran como espacios de atención: OIRS, oficinas de atención</p>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>para prestaciones relacionadas con los productos estratégicos, Centros de Documentación, Buzones Ciudadanos, Portales Web, Teléfonos de Atención, Oficinas Móviles, Call Center y Oficina de Partes, entre otros. El diagnóstico debe incluir (se excluyen los aspectos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos):</p> <p>1.1.2.1. Identificación de los espacios de atención existentes y de cada punto de contacto a través del(los) cual(es) se entregan bienes/servicios a la ciudadanía usuaria, cliente y/o beneficiaria.</p> <p>1.1.2.2. Distribución territorial y cobertura (geográfica, etaria, género, socioeconómica, entre otros).</p> <p>1.1.2.3. Tipificación de la ciudadanía que atienden (perfil del ciudadano, considerando aspectos tales como: zona geográfica, rango etario, género, nivel socioeconómico, entre otros).</p> <p>1.1.2.4. Nivel de equipamiento e infraestructura existente, identificando al menos: herramientas tecnológicas, conexión a redes, facilidad de acceso para la ciudadanía y la visibilidad de los espacios de atención.</p> <p>1.1.2.5. Descripción de cómo la ciudadanía interactúa con los espacios de atención institucionales, a través de metodologías de atención y su respeto por los derechos de las personas (esto tiene relación con la aplicación de varios aspectos relacionados con la atención directa a la ciudadanía (trato) tales como: la forma de recepcionar al/la ciudadana/o, el proceso de escucha, la forma de responder, el formato de despedida, y el correcto registro y derivación de la solicitud internamente. Estos aspectos también pueden ser denominados como "Protocolos de Atención" o "Script".</p> <p>1.1.2.6. Descripción de los instrumentos a través de los cuales se planifica de manera anticipada la demanda de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y/o productos (o servicios) estratégicos factibles de ser requeridos por la ciudadanía, a través de los espacios de atención, considerando proyecciones aproximadas de las solicitudes a recibir (consultas históricas, análisis de variables externas o internas, cambios en las Políticas institucionales, etc).</p> <p>1.1.3. La gestión de solicitudes ciudadanas. Considera las consultas, reclamos, sugerencias, felicitaciones, peticiones y opiniones 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 las 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.</p> <p>1.1.3.1. En el caso de las solicitudes en el marco de la Ley N°19.880, se debe considerar:</p> <p>1.1.3.1.1. Procedimiento(s) para su gestión, considerando las siguientes etapas: recepción, derivación, seguimiento, respuesta, registro e identificación de los ciudadanos. En particular, para los reclamos se debe contemplar adicionalmente: el grado de facilidad de acceso y uso de los mecanismos de reclamos por la ciudadanía, de resolución</p>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>dentro de plazos razonables y de satisfacción con la respuesta.</p> <p>1.1.3.1.2. Análisis de la calidad de la información que se entrega en los espacios de atención correspondientes, considerando criterios como grado de variedad y accesibilidad; descripción de las medidas para asegurar su comprensión, exactitud, completitud y pertinencia así como el análisis de satisfacción, de necesidades y expectativas respecto a la información entregada.</p> <p>1.1.3.1.3. Instrumento(s) para la gestión y registro de solicitudes ciudadanas, que considere el seguimiento de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de la ciudadanía 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 (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 área de Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información de la institución).</p> <p>1.1.3.2. En el caso de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, la institución realiza un diagnóstico de la situación actual de su proceso de gestión, identificando, describiendo y analizando, al menos los siguientes aspectos:</p> <p>1.1.3.2.1. Perfil de cargos o descripción de funciones, según corresponda, del personal involucrado en la operación de estas solicitudes, conforme a la metodología establecida por la institución.</p> <p>1.1.3.2.2. Procedimiento(s) de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a Solicitudes de Acceso a la Información Pública, así como para la vinculación con el proceso de Transparencia Activa, analizando si éstos cuentan al menos con:</p> <ol style="list-style-type: none"> a). Identificación del procedimiento. b). Responsable del procedimiento. c). Objetivo del procedimiento. d). Nombre y descripción de las actividades. e). Cargo(s) o responsable(s) de cada actividad. f). Plazo establecido para la ejecución de cada actividad. g). Identificación de las herramientas, registros y/o documentación utilizados en la ejecución de las actividad(es), cuando corresponda. h). Fecha de aprobación (que corresponde a la entrada en vigencia de la versión respectiva). <p>1.1.3.2.3. Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto del proceso de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública.</p> <p>1.1.3.2.4. Sistema electrónico para la recepción y gestión Solicitudes de Acceso a la Información Pública, orientado a dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley N° 20.285 y normativa vigente, considerando su funcionamiento y que cuente con al menos:</p>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>a). Mecanismos de seguimiento y generación de registros que evidencian la realización de cada una de las etapas del procesamiento de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública.</p> <p>b). Factibilidad técnica para utilizar un conector XML (fase 2 que permita enviar reportes estadísticos periódicos).</p> <p>c). Permite elaborar reportes estadísticos periódicos</p> <p>1.1.4. Situación actual de su proceso de Transparencia Activa, identificando, describiendo y analizando, al menos los siguientes aspectos:</p> <p>1.1.4.1. Perfil de cargos o descripción de funciones, según corresponda, del personal involucrado en la operación del proceso de Transparencia Activa, conforme a la metodología establecida por la institución.</p> <p>1.1.4.2. Procedimiento(s) e instrumento(s) para generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar, actualmente operativos para dar cumplimiento con cada uno de los antecedentes actualizados que la institución debe mantener a disposición permanente del público a través de sus sitios electrónicos, analizando si éstos cuentan al menos con la estructura establecida en el requisito 1.1.3.2.2. (Procedimiento(s) para Solicitudes de Acceso a la Información Pública).</p> <p>1.1.4.3. Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto del proceso de Transparencia Activa.</p> <p>1.1.5. Método(s) para gestionar la calidad de servicio. Se entiende por calidad de servicio el grado en que la gestión de las solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y los bienes y/o servicios proporcionados por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de los(as) ciudadanos(as) usuarios(as)/ clientes/ beneficiarios(as) y satisfacen sus necesidades. Para esto se debe considerar:</p> <p>1.1.5.1. Mecanismos orientados al conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución, a través de mediciones que permitan identificar sus características, necesidades, expectativas y satisfacción sobre los productos estratégicos que reciben de parte de la institución y/o respecto a la gestión de las solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880, indicando cómo se usa esa información en el diseño y prestación de los productos (incluido descripción de como se retroalimenta a los centros de responsabilidad de los productos estratégicos, cuando corresponda).</p> <p>1.1.5.2. Relación de los mecanismos precedentes con: el área de Planificación y Control de Gestión, el área de Gobierno Electrónico, el área de Tecnologías de la Información, y el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda, así como con sistemas de información y bases de datos de la institución.</p> <p>1.1.5.3. Mediciones en los siguientes ámbitos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los</p>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>espacios de atención, incluidos indicadores de desempeño vinculados y descripción de si estas mediciones son a través de información de percepción de la ciudadanía, de estándares objetivos de la calidad de servicio o una combinación de ellos.</p> <p>1.1.5.4. Utilización de la información de los reclamos para mejorar el diseño y prestación de los productos estratégicos, cuando sea aplicable, e identificando como se retroalimenta a los centros de responsabilidad de los productos estratégicos, cuando corresponda.</p> <p>1.1.5.5. El uso de toda la información señalada en los puntos anteriores, en la definición, evaluación y cumplimiento de estándares de calidad sobre la provisión de productos estratégicos y/o gestión de solicitudes ciudadanas, expresados a través de Cartas de Compromisos y otros mecanismos de difusión de compromisos cuando estos últimos sean aplicables (por ejemplo: "Política de la Calidad" en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad en ISO 9001 u otros de similar naturaleza).</p> <p>1.1.6. Identificar la relación del SIAC con la "Política de Participación Ciudadana 2010-2014".</p> <p>1.1.7. Proceso(s) de difusión hacia dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de servicio, a través del(los) cual(es) se considere al menos la generación de: Plan(es) para la difusión de los productos y servicios institucionales, y derechos ciudadanos, de acuerdo al perfil de la ciudadanía atendida en los espacios de atención; Carta de Compromisos y otros mecanismos de difusión (se excluyen los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos).</p> <p>1.1.8. Personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos (excluyendo los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos), considerando:</p> <p>1.1.8.1. Caracterización del personal detallando: dotación, distribución, antigüedad en la Institución y en el espacio de atención, estudios, estamento al que pertenece, capacitaciones recibidas a la fecha, entre otros.</p> <p>1.1.8.2. Perfil(es) de cargo o descripción de funciones según corresponde, del personal vinculado directamente al Sistema.</p> <p>1.1.9. Procedimiento(s) e instrumento(s) relacionado(s) con la coordinación, control y seguimiento institucional de los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, destinados a retroalimentar su funcionamiento, identificando:</p> <p>1.1.9.1. Instancias periódicas de generación de información, que consideren al menos: resumen ejecutivo a la autoridad con información estratégica para la toma de decisiones; detallando la estadística de funcionamiento (magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros), niveles de satisfacción e indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio.</p>

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>1.1.9.2. Instancias periódicas de análisis de información por el equipo directivo y el establecimiento de acciones de mejora, si fuese procedente.</p> <p>1.1.9.3. Identificación de indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio, que midan los siguientes aspectos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención y el perfil del personal vinculado a dichos espacios. Para todo lo anterior se debe incluir la descripción de los instrumentos de registro y recolección de datos para su medición.</p> <p>1.1.10. Cuantificación y análisis de los recursos financieros involucrados en los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía.</p>
<p>2. La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas con el modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno y la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, para el diseño/rediseño del SIAC.</p>	<p>2.1. La institución determina el grado de desarrollo alcanzado según los resultados del diagnóstico y en base al modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno, para las siguientes áreas:</p> <p>2.1.1. Espacios de atención.</p> <p>2.1.2. Gestión de solicitudes ciudadanas (excluyendo las Solicitudes de Acceso a la Información Pública).</p> <p>2.1.3. Método(s) para gestionar la calidad de servicio.</p> <p>2.1.4. Proceso(s) de difusión dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de servicio.</p> <p>2.1.5. Personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos (excluyendo los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos).</p> <p>2.1.6. Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento de los procesos de atención a los ciudadanos.</p> <p>2.1.7. Indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio.</p> <p>2.2. La institución compara los resultados del diagnóstico de los procesos de gestión de Solicitudes Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa respecto de la Ley N° 20.285, estableciendo brechas para ser consideradas en su diseño/rediseño según corresponda.</p>

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
<p>3. La institución diseña/rediseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, adaptado a su realidad institucional y de acuerdo a los resultados del diagnóstico, orientado a la calidad de atención a la ciudadanía, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia que oriente y asegure la adecuada e integrada gestión del Sistema; • Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución, particularmente con los centros de responsabilidad a cargo de la provisión de productos estratégicos, el área de Planificación y Control de Gestión, y si corresponde con el área de Gobierno Electrónico y/o el área Tecnologías de la Información; • La vinculación del SIAC con el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda; • Los procesos de difusión apropiados dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía; y • Los métodos para realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de la operación del Sistema, incluyendo la definición de indicadores de desempeño para medir la calidad de atención a la ciudadanía y el logro de los objetivos del Sistema, la determinación del valor de la meta anual de cada uno de ellos (aprobadas por el Jefe Superior del Servicio), e incorporando en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes del SIAC. 	<p>3.1. La institución diseña/rediseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, adaptado a su realidad institucional, de acuerdo a los resultados del diagnóstico, el nivel de desarrollo alcanzado y el levantamiento de brechas proporcionado por la Secretaría General de Gobierno en las materias que correspondan, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, que incluya al menos los siguientes elementos:</p> <p>3.1.1. Una estrategia que oriente y asegure la adecuada e integrada gestión del Sistema, su contribución a las definiciones estratégicas del Servicio, el cumplimiento de normativas vinculadas y aquellas relacionadas con Participación Ciudadana, estableciendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.1.1. Política Institucional de calidad de atención a la ciudadanía. 3.1.1.2. Objetivos estratégicos para el Sistema. 3.1.1.3. Declaración de que es parte de la "Política de Participación Ciudadana 2010-2014", cuando corresponda. <p>3.1.2. Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes, estableciendo al menos:</p> <p>3.1.2.1. Proceso de diseño/rediseño del modelo de los espacios de atención vinculados con la gestión de solicitudes ciudadanas, la participación ciudadana y la provisión de productos estratégicos, estableciendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.2.1.1. Metodologías de atención. 3.1.2.1.2. El estándar de infraestructura, señalando cuando sea aplicable: el equipamiento tecnológico, la conexión a redes, la facilidad de acceso, visibilidad, entre otros aspectos. 3.1.2.1.3. Procedimiento o metodología para planificar y monitorear periódicamente la demanda de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y/o provisión de productos estratégicos, cuando corresponda, a través de los espacios de atención considerando: proyecciones aproximadas de las solicitudes a recibir (consultas históricas, análisis de variables externas o internas que puedan afectar la demanda en ciertos periodos, cambios en las Políticas institucionales, etc); acciones de monitoreo o control de la planificación establecida para el periodo; otras acciones que el Servicio considere como necesarias. <p>3.1.2.2. Proceso relacionado con la gestión de solicitudes en el marco de la Ley N° 19.880, diseñando/rediseñando:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.2.2.1. Procedimiento(s) para su gestión, considerando las siguientes etapas: recepción, derivación, seguimiento, respuesta, registro e identificación de los/as ciudadanos/as. 3.1.2.2.2. Asegurando que el procedimiento de reclamos: sea expedito y fácil de usar por la ciudadanía y que estos sean posibles de resolver dentro de un plazo razonable; y monitoree el grado de satisfacción de la ciudadanía con la respuesta entregada. 3.1.2.2.3. Asegurando que el o los procedimiento(s) que describan entrega de información a través de espacios de atención: vigile(n) la calidad de la información entregada, considerando criterios de variedad y accesibilidad, y establezca medidas para asegurar su comprensión,

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>exactitud, completitud y pertinencia por la ciudadanía, así como el análisis de satisfacción de sus necesidades y expectativas.</p> <p>3.1.2.2.4. Instrumento(s) para su gestión y registro, que considere el seguimiento de las etapas del proceso; 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 (en el caso que exista la aplicación de tecnologías de información y/o uso de bases de datos, se debe establecer su coherencia con los requisitos establecidos en el área de Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información de la institución).</p> <p>3.1.2.3. En el caso de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, la institución diseña/rediseña el proceso para su gestión, considerando al menos:</p> <p>3.1.2.3.1. Estructura organizacional, para dar cumplimiento a las Solicitudes Acceso a la Información Pública, considerando perfil de cargo o descripción de funciones según corresponda, del personal involucrado en el proceso.</p> <p>3.1.2.3.2. Descripción de(los) procedimiento(s) de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a Solicitudes de Acceso a la Información Pública.</p> <p>3.1.2.3.3. Sistema electrónico para la Recepción y Gestión Solicitudes de Acceso a la Información Pública, orientado a dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley N° 20.285 y su Reglamento, asegurando que éste cuente con al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Mecanismos de seguimiento y generación de registros que evidencian la ejecución de todas las etapas definidas para el procesamiento de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública. b). Mecanismos para el control de los plazos establecidos en la Ley N° 20.285. c). Envío de reportes estadísticos periódicos a través de un conector XML (fase 2). d). Generar reportes estadísticos sobre la gestión de solicitudes de acceso a la información pública. e). Generar archivos de respaldo con toda la información del Sistema. <p>3.1.2.4. Diseña/rediseña del proceso de Transparencia Activa, considerando al menos:</p> <p>3.1.2.4.1. Estructura organizacional para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia activa, considerando perfil de cargos o descripción de funciones del personal involucrado en el proceso de transparencia activa.</p> <p>3.1.2.4.2. Descripción de procedimiento(s) e instrumento(s) para generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar, actualmente operativos para dar cumplimiento con cada uno de los antecedentes actualizados que la institución debe mantener a disposición permanente del público a través de sus sitios electrónicos, asegurando que las unidades encargadas del control interno monitorean</p>

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>permanentemente el cumplimiento de las obligaciones de Transparencia Activa.</p> <p>3.1.2.5. Proceso de calidad de servicio: definir método(s) para gestionar la calidad de servicio (documentado a través de un(os) procedimiento(s)), asegurando:</p> <p>3.1.2.5.1. Mecanismo(s) orientado(s) al conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución, a través de mediciones que permitan identificar sus características, necesidades, expectativas y satisfacción sobre los productos estratégicos que reciben de parte de la institución y/o respecto a la gestión de las solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880, indicando el uso de esa información en la mejora del diseño y prestación de los productos, así como la que se obtiene del análisis de los reclamos, cuando sea aplicable (incluyendo identificación del modo a través del cual se retroalimentará a los centros de responsabilidad a cargo de los productos estratégicos).</p> <p>3.1.2.5.2. Relación de los mecanismos precedentes con: el área de Planificación y Control de Gestión, el área de Gobierno Electrónico, el área de Tecnologías de la Información, y el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda, así como con sistemas de información y bases de datos de la institución.</p> <p>3.1.2.5.3 Las mediciones para conocer a la ciudadanía deben considerar al menos las etapas de identificación de la ciudadanía atendida, recopilación y análisis de datos, y entrega de retroalimentación para la mejora en el diseño y prestación de productos estratégicos y de la satisfacción ciudadana.</p> <p>3.1.2.5.4. Mediciones en los siguientes ámbitos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención.</p> <p>3.1.2.5.5. Las mediciones se deben obtener a partir de información de percepción de la ciudadanía, de estándares objetivos de la calidad de servicio y de una combinación de ellos, según corresponda.</p> <p>3.1.2.5.6. Métodos para el uso de toda la información señalada en los puntos anteriores en la definición, evaluación y cumplimiento de estándares de calidad sobre la provisión de productos estratégicos y gestión de solicitudes ciudadanas, expresados a través de Cartas de Compromisos y otros mecanismos de difusión de compromisos cuando estos últimos sean aplicables (por ejemplo: "Política de la Calidad" en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad en ISO 9001 u otros de similar naturaleza).</p> <p>3.1.2.5.7. Asegurando el seguimiento del método(s) para gestionar la calidad de servicio a intervalos definidos y según el nivel apropiado de la organización.</p> <p>3.1.2.7. Proceso de difusión dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía,</p>

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>a través de:</p> <p>3.1.2.7.1. Un procedimiento que asegure la generación periódica de un Plan de difusión considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Difusión de la Carta de Compromisos. b). Instrumento(s) a través de(los) cual(es) se difunde y entrega información sobre los productos y servicios institucionales, considerando todos los espacios de atención. c). Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto de las materias de transparencia (parte de la estrategia, funcionamiento y operación correspondiente a los procesos de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa), incluyendo la descripción documentada de los procedimientos respectivos. <p>3.1.2.7.2. La definición/actualización de una metodología para la confección de la Carta de Compromisos, que asegure:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). La inclusión de contenidos referidos a: información descriptiva de la institución; compromisos de calidad de servicio establecidos, considerando indicaciones que faciliten el acceso a ellos por parte de las personas; los Derechos y Deberes Ciudadanos atinentes al acceso a la información pública, gestión de solicitudes, participación ciudadana y provisión de productos estratégicos, cuando corresponda; e información complementaria referida a los espacios de atención como: localización, horario de atención y responsables. b). Los mecanismos de participación del personal 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. <p>3.1.2.8. Perfiles de cargos o descripción de funciones del personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos, particularmente los involucrados directamente en el Sistema (excluyendo los relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos), al menos en relación a la calificación, manejo de las herramientas del Sistema, y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana.</p> <p>3.1.3. Proceso de coordinación, control y seguimiento: Definición de los métodos para realizar el seguimiento, la medición y el análisis de la operación del Sistema, a través de la definición de un procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema, con el fin de asegurar su retroalimentación, estableciendo al menos:</p> <p>3.1.3.1 Definición de los indicadores de desempeño para medir la calidad de atención a la ciudadanía y el logro de los objetivos del Sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.3.1.1. Señalando para cada indicador: el nombre; la meta anual (aprobadas por el Jefe/a Superior del Servicio), cuando

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>exista información que permita su establecimiento; los supuestos (que corresponde a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores) establecidos para determinar el valor de la meta y su fundamentación, cuando sea aplicable; la fórmula o algoritmo de cálculo (incluida unidad de medida, y periodicidad o frecuencia de la medición); sentido de la medición (descendente o ascendente); y el o los medios de verificación.</p> <p>3.1.3.1.2. Estableciendo los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados.</p> <p>3.1.3.1.3. Asegurando que consignen información relevante al menos de los siguientes ámbitos: satisfacción ciudadana, cobertura de los espacios de atención y oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención.</p> <p>3.1.3.1.4. En el caso de las materias de transparencia (proceso de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa), asegurando que consignen información relevante de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Cumplimiento de plazos establecidos en los procedimientos respectivos. b). Cumplimiento de plazos y obligaciones legales establecidos en la Ley de Transparencia y su Reglamento. <p>3.1.3.2. Incorporación al Sistema de Información para la Gestión (SIG) de los indicadores de desempeño relevantes, de aquellos definidos para el Sistema:</p> <p>3.1.3.2.1. Seleccionando de los indicadores de desempeño definidos para el Sistema, aquellos que midan aspectos relevantes.</p> <p>3.1.3.2.2. Identificando el centro de responsabilidad a cargo de los indicadores de desempeño seleccionados (basado en la estructura organizacional del Servicio).</p> <p>3.1.3.2.3. Incorporando los indicadores de desempeño seleccionados en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de la Institución, o una justificación válida cuando ello no suceda; y</p> <p>3.1.3.2.4. 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(los) indicador(es) en análisis.</p> <p>3.1.3.3. Estableciendo el(los) instrumento(s) de sistematización de la información para elaborar reportes periódicos durante el año a las autoridades del Servicio, que asegure al menos:</p> <p>3.1.3.3.1. Generación en el año de informes periódicos ejecutivos con análisis de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema, identificando sus causas, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de</p>

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>decisiones de la autoridad, y estableciendo una periodicidad adecuada a las necesidades de información de la institución.</p> <p>3.1.3.3.2. Diseño de informe(s) ejecutivo(s) con información estratégica para la toma de decisiones sobre estadísticas de funcionamiento y calidad del servicio, detallando magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros; y niveles de satisfacción, y estableciendo una periodicidad adecuada a las necesidades de información de la institución.</p> <p>3.1.3.3.3. Diseño de un informe ejecutivo de gestión mensual sobre el cumplimiento de la Ley N°20.285 y su Reglamento, para aprobación del el/la Jefe/a Superior de Servicio, que considere al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Resultados del control y seguimiento institucional de las materias de transparencia, incluyendo el control de plazos de Transparencia Activa y gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública. b). Cuando corresponda, incluir la descripción de las acciones implementadas para subsanar los inconvenientes detectados en cada informe precedente. c). Identificación de los medios de verificación utilizados en su elaboración, entre los cuales es posible incorporar aquella información que sea pertinente y que se encuentre disponible, incluyendo aquella elaborada por el Consejo para la Transparencia y/o el Ministerio Secretaría General de la Presidencia. <p>3.1.3.4. Instancias periódicas de análisis del equipo directivo y el establecimiento de acciones de mejora si fuese procedente.</p> <p>3.1.3.5. La vinculación e interacción de los procesos de atención ciudadana con el Sistema de gestión de la Calidad (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda.</p> <p>3.1.3.6. Asegure que la información solicitada por organismos públicos vinculados a materias de atención ciudadana sea entregada con la oportunidad y calidad requerida.</p> <p>3.1.3.7. Estableciendo los procesos para la generación de los instrumentos de planificación (Plan General de Implementación del Sistema, Programa de Trabajo Anual) y de control de la mejora continua (Programa de seguimiento) del Sistema, así como de las instancias de evaluación de su implementación (correspondientes a los requisitos de la etapa 4).</p> <p>3.1.4. Todos los procedimientos establecidos en los requisitos precedentes, así como para cualquier otro considerado para el Sistema, deben contener al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Identificación del procedimiento. b). Responsable del procedimiento. c). Objetivo del procedimiento. d). Nombre y descripción de las actividades. e). Cargo(s) o responsable(s) de cada actividad. f). Plazo establecido para la ejecución de las actividades. g). Identificación de las herramientas, registros y/o

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>documentación utilizados en la ejecución de las actividad(es), cuando corresponda.</p> <p>h). Fecha de aprobación (que corresponde a la entrada en vigencia de la versión respectiva).</p>
<p>4. La institución elabora un Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, para el mediano plazo, con el fin de asegurar la eficaz planificación y operación del Sistema, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, estableciendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gradualidad de la implementación de cada proceso del Sistema en el mediano plazo; • Los recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento del Sistema, y el grado de disponibilidad de ellos en el mediano plazo; y • Las acciones de capacitación que correspondan en materias que se vinculen al Sistema para lograr las competencias necesarias del personal. 	<p>4.1. La institución elabora un Plan General de Implementación del SIAC diseñado/rediseñado, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, con el fin de contar con una eficaz planificación y asegurar su operación, conteniendo al menos:</p> <p>4.1.1. Objetivo general y específicos del Plan.</p> <p>4.1.2. La gradualidad de la implementación de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1.2.1. Los espacios de atención. 4.1.2.2. El proceso de gestión de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y/o provisión de productos estratégicos según corresponda. 4.1.2.3. Los métodos para la calidad de servicio. 4.1.2.4. Los procesos de difusión dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía. <p>4.1.3. Los recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento del Sistema, y el grado de disponibilidad de ellos en el mediano plazo considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1.3.1. El personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos, particularmente los involucrados en el Sistema. 4.1.3.2. Cuando corresponda, define acciones de capacitación para lograr y mejorar las competencias del personal de acuerdo a lo establecido en los perfiles de cargo correspondiente y según el Plan Anual de Capacitación de la Institución. 4.1.3.3. Recursos financieros y tecnológicos.
<p>5. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, de acuerdo con el Plan General de Implementación del Sistema, señalando al menos los principales hitos de ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables.</p>	<p>5.1. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para el periodo siguiente, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, a partir del Plan General de implementación del Sistema y los recursos que estarán disponibles, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1.1. Los principales hitos a cumplir; y 5.1.2. Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
<p>6. La institución implementa el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, de acuerdo con el Programa de Trabajo Anual aprobado, considerando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución; • Los procesos de difusión sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública; • Los métodos para realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de la operación del Sistema; • La medición de los indicadores de desempeño del Sistema y el análisis de sus resultados. 	<p>6.1. La Institución implementa el SIAC diseñado, de acuerdo al Programa de Trabajo Anual aprobado, y actualizado cuando corresponda, considerando los siguientes aspectos:</p> <p>6.1.1. Ejecución de los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución:</p> <p>6.1.1.1. Implementando los espacios de atención correspondientes.</p> <p>6.1.1.2. Implementando los procedimientos, instrumentos y sistema(s) electrónico(s), según corresponda, para la gestión de solicitudes ciudadanas; y asegurando que todo el personal que desempeña funciones en estos procesos conoce y aplica la última versión aprobada de los procedimientos correspondientes.</p> <p>6.1.1.3. Poniendo en operación el proceso de transparencia activa, de acuerdo con el diseño y el programa de trabajo definidos en la etapa anterior, implementando los procedimientos de generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar permanentemente; y asegurando que todo el personal que desempeña funciones en el proceso conoce y aplica la última versión aprobada de los procedimientos correspondientes.</p> <p>6.1.1.4. Gestionando calidad de servicio, según los métodos establecidos en el procedimiento respectivo.</p> <p>6.1.1.5. Implementando los procesos de difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública, considerando:</p> <p>6.1.1.5.1. Ejecución del procedimiento respectivo.</p> <p>6.1.1.5.2. Ejecución del Plan de Difusión correspondiente al año en curso.</p> <p>6.1.1.5.3. Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de Compromisos, cuando corresponda.</p> <p>6.1.1.6. En los casos que corresponda, implementando las acciones de capacitación programadas.</p> <p>6.1.2. Ejecución de los métodos para realizar el seguimiento, la medición y el análisis de la operación del Sistema:</p> <p>6.1.2.1. Implementando el procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema.</p> <p>6.1.2.2. Midiendo los indicadores de desempeño del Sistema y analizando e informando sus resultados a las autoridades del Servicio, considerando al menos:</p> <p>6.1.2.2.1. Medición de los indicadores de desempeño elaborados e identificados en la etapa anterior (nuevos y existentes) a ser medidos en el año.</p> <p>6.1.2.2.2. Identificación y fundamentación de los indicadores de desempeño del Sistema incorporados, eliminados y/o corregidos en el año.</p> <p>6.1.2.2.3. Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño cumplidos (95% a 105% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo), no cumplidos (menor a 95% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo) y sobre cumplidos (mayor a 105% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo). En particular, para los indicadores no cumplidos se debe contar con un análisis de</p>

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
	<p>la(s) causa(s) internas y/o externas y una justificación válida del incumplimiento. En los casos de indicadores que midan directamente plazos y obligaciones legales se entenderá como "cumplido" cuando el cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo sea 100%.</p> <p>6.1.2.2.4. Análisis de los resultados de los indicadores vinculados a materias de transparencia que midan directamente plazos y obligaciones de la Ley N°20.285, basado solamente en el cumplimiento de la normativa legal correspondiente, fundamentando los resultados.</p> <p>6.1.2.3. Asegurando el monitoreo en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de los indicadores de desempeño del Sistema seleccionados por su relevancia, cuando corresponda.</p> <p>6.1.2.4. Elaborando reportes periódicos durante el año a las autoridades del Servicio, asegurando al menos:</p> <p>6.1.2.4.1. En el caso de reportes ejecutivos con análisis de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema (excluidos aquellos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en el reporte respectivo), que se generen con la periodicidad establecida, incorpore análisis de los resultados (identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad), y sean presentados al Jefe/a de Servicio para su aprobación.</p> <p>6.1.2.4.2. En el caso de(los) informe(s) ejecutivo(s) con información estratégica para la toma de decisiones sobre estadísticas de funcionamiento y calidad del servicio, detallen magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros, y niveles de satisfacción, que se generen con la periodicidad establecida,.</p> <p>6.1.2.4.3. En el caso de los informes ejecutivos de gestión mensual sobre el cumplimiento de la Ley N° 20.285 y su reglamento, los cuales son aprobados por el/la Jefe/a Superior de Servicio y consideran los aspectos establecidos en el procedimiento respectivo (ver requisito 3.1.3.3.3. en la etapa de diseño del Sistema), incorporando el análisis de los resultados alcanzados por los indicadores de desempeño (sólo aquellos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en el reporte respectivo), según las definiciones de la etapa anterior.</p>
<p>7. La institución controla el funcionamiento del Sistema e identifica aspectos necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<p>7.1. La institución controla el funcionamiento del Sistema, realizando las modificaciones que permitan el mejoramiento de su desempeño (las que deben estar justificadas), según los aspectos necesarios de ajustar identificados por el Servicio.</p>

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
<p>8. La institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, analizando el cumplimiento de la estrategia definida para asegurar la calidad de atención a la ciudadanía y de las metas de los indicadores de desempeño. Luego establece brechas entre los resultados efectivos y las metas comprometidas, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período que surgen del análisis, orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.</p>	<p>8.1. La Institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema, confrontándolos con los elementos diseñados correspondientes, considerando al menos el análisis de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.1.1. Estrategia definida para asegurar la calidad de atención a la ciudadanía. 8.1.2. Funcionamiento de los todos los espacios de atención. 8.1.3. Procedimientos, instrumentos y sistema(s) electrónico(s), cuando corresponda, para la gestión de las solicitudes ciudadanas. 8.1.4. Procedimiento relacionado con la operación del proceso de Transparencia Activa. 8.1.5. Método(s) para la gestión de calidad de servicio. 8.1.6. Efectividad de los procesos de difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública. 8.1.7. Cuando corresponda, determina la efectividad de las acciones de capacitación del personal involucrado en el Sistema. 8.1.8. Procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema, particularmente del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño del Sistema. 8.1.9. El cumplimiento del Programa de Trabajo establecido para el año. 8.1.11. La pertinencia de todos los aspectos del Modelo SIAC diseñado por la Institución. <p>8.2. La Institución, a partir del análisis anterior, establece brechas entre los logros alcanzados y lo establecido en las metas planteadas en la Estrategia y el alcance definido en el Plan General de Implementación del Sistema, y las causas que las originaron.</p> <p>8.3. La Institución, formula recomendaciones de mejora para el periodo siguiente, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del Sistema, que permitan superar las brechas detectadas y orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.</p>
<p>9. La institución diseña un Programa de Seguimiento del Sistema, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, a partir de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación de su implementación, señalando al menos los compromisos que permitan superar las causas que originaron el resultado obtenido, e identificando las actividades, los plazos de ejecución y responsables, todo orientado a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.</p>	<p>9.1. La institución diseña un Programa de Seguimiento del Sistema, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de resultados de la implementación, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 9.1.1. Los compromisos (acciones preventivas y/o correctivas) derivados de las recomendaciones de mejora formuladas, que permitan superar o atenuar las brechas y sus causas, orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema. 9.1.2. Identificando para cada compromiso las actividades, los plazos de ejecución, responsables, entre otros.
<p>10. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior, contribuyendo con ello a la eficacia y eficiencia del Sistema. Nota: Este objetivo no es aplicable a los Servicios que</p>	<p>10.1. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento, definido en el año anterior, contribuyendo con ello a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.1.1. El grado de cumplimiento de cada uno de los compromisos; 10.1.2. Las acciones realizadas para cumplir cada compromiso y un

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2011
comprometen por primera vez la etapa 4 del SIAC.	análisis sobre la efectividad de su contribución a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema; y 10.1.3. Justificaciones de los compromisos no cumplidos.
<p>11. La institución mejora continuamente la eficacia y eficiencia del Sistema, de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, contribuyendo a la calidad de atención a la ciudadanía, a través de la facilitación del acceso oportuno a la información, la calidad de servicio, la transparencia de los actos y resoluciones, la participación ciudadana y la promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos. Nota: A los Servicios que repiten la etapa 4 se les exigirá el cumplimiento de este objetivo.</p>	<p>11.1. La institución mejora continuamente la eficacia y eficiencia del Sistema, de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, contribuyendo a la calidad de atención y la Participación Ciudadana, asegurando al menos:</p> <p>11.1.1. Revisión y/o actualización de la Estrategia y del Plan General de Implementación del Sistema.</p> <p>11.1.2. La revisión y actualización permanente de los procedimientos del Sistema y de las metodologías de atención.</p> <p>11.1.3. La capacitación continua del personal involucrado en el Sistema, de acuerdo a los nuevos requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención, Participación Ciudadana y transparencia; según las necesidades de la institución.</p> <p>11.1.4. La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional.</p> <p>11.1.5. La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del Sistema.</p> <p>11.1.6. Los mecanismos de difusión sobre los productos estratégicos, la Participación Ciudadana y la Carta de Compromiso.</p>

7. SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	GOBIERNO ELECTRÓNICO – TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Objetivo General
Contribuir con simplificar y mejorar los servicios e información ofrecidos por el Estado a sus usuarios/clientes/beneficiarios y aquellos procesos transversales relevantes de las instituciones públicas, a través de la óptima utilización de tecnologías de información y comunicación.

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución realiza un Diagnóstico de 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/beneficiarios y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de rediseñar y mejorar con uso de TIC los procesos de provisión de productos estratégicos. • La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución, identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar. • La existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico . • La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales que contribuyan a la calidad de los procesos de provisión de bienes y/o servicios. 	<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 y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. La definición de productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios debe corresponder a la definición realizada por la institución y señalada en la Ficha A-1 "Definiciones Estratégicas", presentada en el proceso de formulación presupuestaria de cada año, actualizada según corresponda. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica y/o considera, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de los procesos de provisión de los 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. ➤ La selección de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), 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 seleccionados, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinación de la línea base existente y brechas a cubrir. ➤ La identificación, descripción y análisis de las modificaciones y/o mejoras a los procesos de provisión de los productos estratégicos de la institución seleccionados que utilizarán TIC, considerando: <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. ○ Directrices de desarrollo tecnológico establecidas por la Unidad de Modernización y Gobierno Electrónico. ○ Factibilidad económica del desarrollo de las iniciativas de mejora señaladas. ➤ La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución, identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar, señalando y/o considerando: <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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>de otras instituciones. Para cada proceso se debe especificar lo siguiente:</p> <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. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. Por registro de información se entenderá la colección de unidades de información (conjunto de datos relacionados entre sí) que, dependiendo de su naturaleza, puede ser una base de datos (digital) o un archivo (físico). La verificación y/o consideración de la existencia y calidad de los registros de información se debe relizar señalando, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La 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). ○ Los registros que requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ○ Los registros que no requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ○ Las modificaciones y/o mejoras en los registros de información de la institución existentes. <p>➤ La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales relevantes que contribuyan a la calidad de los procesos de provisión de bienes y/o servicios, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El nombre del o los procesos transversales de la institución. ○ Los procesos transversales en los que corresponda incorporar mejoras utilizando TIC (incluyendo aquellos que registran algún avance).

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>2. En base a los resultados del diagnóstico realizado, la institución, con la aprobación del Jefe Superior del Servicio, propone a la Red de Expertos una priorización de los proyectos de mejoramiento con uso de TIC para su validación técnica, y los registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los procesos en los que no corresponda incorporar mejoras utilizando TIC. ○ las alternativas tecnológicas existentes en el mercado. ○ Los beneficios que incorporan las modificaciones u oportunidades de mejora. ○ Los costos estimados asociados a las iniciativas de mejora. ○ Factibilidad económica del desarrollo de las iniciativas de mejora señaladas. <p>□ La institución, con la aprobación del Jefe Superior del Servicio, 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 propone a la Red de Expertos su priorización, ingresándola en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI y considerando, al menos:</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 de la política pública que se quiere mejorar con el uso de TIC, cuando corresponda.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>3. La institución elabora el Plan de mejoramiento con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, para la ejecución y evaluación de los proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>4. La institución, de acuerdo al presupuesto asignado, elabora un Programa de Trabajo anual aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, que incluye todos los proyectos TI a trabajar durante el año, para la implementación del Plan de Mejoramiento con Uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado, 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 los proyectos priorizados según el 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>☐ 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, 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, interoperabilidad, registros de información, transversales) a los cuales se vincula cada proyecto. ➤ Tiempos estimado de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. <p>☐ La institución, de acuerdo al Plan de Mejoramiento con uso de TIC, elabora 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, interoperabilidad, registros de información, transversales) a los cuales se vincula cada proyecto, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de jefe de proyecto a cargo. ➤ 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). ➤ El diseño de un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC definido en el Programa que incluye, al menos: <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. ➤ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación, incluyendo entre ellos, si corresponde a la particularidad del proyecto, los ahorros efectivos que genera para el usuario/cliente /beneficiario y al Estado.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan definido en la etapa anterior.</p> <p>7. 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 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><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual. Para ello, 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 de cada proyecto comprometido, establecido en la etapa anterior. ➤ 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. ➤ Presupuesto ejecutado.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>8. La institución evalúa los resultados 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><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. 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 pueden evidenciar, también, los aspectos de la operación no considerados en el proyecto implementado y que requieren modificación. Dicha evaluación el servicio la realiza indicando, al menos:</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.
<p>9. La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de cada proyecto concluido del programa de trabajo, 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 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.
<p>10. La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación, 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 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"> ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Producto final versus producto esperado. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas.
<p>11. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	

8. SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Objetivo General
Lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución, en conjunto con las áreas que la componen, realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, e identifica en éste todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento.</p> <p>2. La institución compara los resultados del Diagnóstico con los dominios establecidos en el DS 83 y la NCh27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Institución realiza – o actualiza (aumento del alcance y/o mejoras al diagnóstico), si corresponde – un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información para sus activos de información críticos, el cual deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ La identificación de los activos de información de una selección de los procesos de provisión de bienes y servicios, asociados al o los productos estratégicos, seleccionados de aquellos establecidos en sus definiciones estratégicas (formulario A1), señalando su nivel de criticidad. La selección del (los) proceso(s)/producto(s) deberá realizarse considerando los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de la dotación asociado al proceso / producto. ▪ Alcance geográfico del proceso / producto. ▪ Frecuencia de aplicación del proceso / producto. ▪ Porcentaje del presupuesto asociado a al proceso / producto. ▪ Porcentaje de Ciudadanos/ Clientes/ usuarios/ Beneficiarios que reciben el producto. ➢ El análisis de riesgos de seguridad de los activos de información con criticidad media y alta. <p><input type="checkbox"/> La Institución revisa los controles (requisitos normativos, buenas prácticas de seguridad de la información como alternativas de solución) de la Norma ISO NCh 27001 y del DS 83, contenidos en los dominios de seguridad de la información⁸, para lo cual debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar los controles que están cumplidos(o abordados) por dominio de seguridad, para mitigar riesgos que afectan a los activos de información. ➢ Identificar los controles o requisitos normativos de los dominios de

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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>seguridad, que falta implementar para mitigar los riesgos detectados en los activos de información, considerando al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las responsabilidades del personal y sus chequeos. ▪ La seguridad física y perimetral y las mantenciones requeridas. ▪ Los procedimientos de operaciones, comunicaciones. ▪ Los procedimientos de control de acceso lógico. ▪ Los procedimientos de mantención, desarrollo y/o adquisición de sistemas. ▪ La gestión de los incidentes de seguridad. ▪ Los planes de continuidad del negocio. ▪ La identificación de la legislación aplicable y los registros que se deben proteger de acuerdo a ella. ▪ Otros controles requeridos por el servicio para mitigar sus riesgos.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>3. La institución establece una Política de Seguridad de la Información formalizada por el Jefe Superior del Servicio.</p> <p>4. La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009.</p> <p>5. La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos el porcentaje de cumplimiento 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 establece el marco para su Sistema de Seguridad de la Información, para lo cual deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La formulación de una "Política General de Seguridad de la información", aprobada por el Jefe Superior del Servicio a través de una resolución, la que debe contener, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una definición de seguridad de los activos de información, sus objetivos globales, alcance e importancia. ▪ Los medios de difusión de sus contenidos al interior de la organización ▪ La periodicidad de su reevaluación (que debe ser cada 3 años como máximo) y revisión de cumplimiento. ➤ El nombramiento del Encargado de Seguridad de la Información, mediante resolución. ➤ La constitución del Comité de Seguridad de la Información. <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, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acciones para el tratamiento y monitoreo para los riesgos de los activos con criticidades medias y altas, que incluyan los controles o requisitos normativos que se implementarán y que permitirán mitigar esos riesgos. ➤ Los indicadores de desempeño que permitan medir la efectividad de los controles o requisitos normativos a implementar, cuando corresponda. ➤ Acciones para ampliar el alcance a otros productos y/o procesos relevantes que no hayan sido identificados en el diagnóstico actualizado, si corresponde. ➤ La identificación de (el) o los responsables de la implementación del Plan. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Plan General de Seguridad de la Información, un Programa de Trabajo Anual que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos y actividades. ➤ Plazos y responsables por hito. ➤ Acciones concretas destinadas a la difusión/sensibilización/capacitación a todos los funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda).

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual, registrando y controlando, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La ejecución de los hitos o actividades comprometidas. ➤ Los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ La medición del porcentaje de avance en la implementación de los controles de seguridad (o requisitos normativos) en los dominios de seguridad.

ETAPA IV – OBJETIVOS	NUEVA PROPUESTA REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>7. La institución evalúa y difunde los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.</p> <p>8. 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.</p> <p>9. La institución, en conjunto con las áreas que la componen, implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.</p> <p>10. 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 Plan General de SI, y Programa de Trabajo Anual considerando, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión, por parte del Comité de Seguridad de la Información (CSI), del porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad abordados. ➤ Revisión de los resultados de las actividades desarrolladas y la efectividad en la mitigación de riesgos. ➤ Identificación de riesgos persistentes y otras debilidades, y su análisis de causa. ➤ Recomendaciones de mejora, que consideren medidas correctivas y preventivas. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde los resultados de la implementación del sistema de seguridad de la información a todos los funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda).</p> <p><input type="checkbox"/> La institución, en base a los resultados de la implementación realizada, diseña y controla un Programa de Seguimiento que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones y medidas de mejoramiento identificadas en la etapa. ➤ Compromisos. ➤ Plazos y responsables. <p><input type="checkbox"/> La institución deberá, al menos, mantener el grado de desarrollo del SSI alcanzado, incorporando un sistema de control y mejora continua, el cual deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisiones regulares a la operación del SSI. ➤ Resultado del cumplimiento de las metas e indicadores y definición de medidas para su mejoramiento sancionados por la Dirección o el Comité de Seguridad de la Información (CSI). ➤ Actualización del inventario de activos de información y los planes de acciones de tratamiento de riesgos de SI, incorporando éstos últimos al proceso de gestión institucional.

9. SISTEMA MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

AREA	PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
SISTEMA	MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Objetivo General
Disponer de información de desempeño para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.

OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
1. Presentar en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas e Indicadores de Desempeño con metas.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El Servicio establece las Definiciones Estratégicas para el período 2012 – 2014, aprobadas por el Jefe de Servicio, validadas por el Ministro del ramo y difundidas a los funcionarios del servicio, considerando la legislación vigente, prioridades de Gobierno, y recomendaciones surgidas de procesos de evaluación realizadas por la Dirección de Presupuestos u otros estudios relevantes realizados por externos, si corresponde. <input type="checkbox"/> Las Definiciones Estratégicas establecidas deben señalar al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Misión institucional. ➤ Compromisos a nivel de Gobierno. ➤ Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados. ➤ Productos estratégicos definidos como bienes y/o servicios. ➤ Clientes/usuarios/beneficiarios precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos. ➤ Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna. <input type="checkbox"/> El Servicio define los indicadores de desempeño y metas consistentes con las definiciones estratégicas establecidas para el período 2012 - 2014, los cuales deben cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medir los aspectos relevantes de la gestión del Servicio. ➤ Establecer metas exigentes, esto es: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los valores comprometidos se ajustan a los recursos presupuestarios asignados. ○ Los valores de las variables son igual o mejor al desempeño histórico del indicador. ➤ Aspectos Metodológicos: <ul style="list-style-type: none"> ● Nombre del indicador ● Fórmula o algoritmo de cálculo ● Ámbito de control y dimensión ● Vinculación con productos estratégicos ● Meta ● Supuestos ● Notas técnicas ● Medio de verificación ● Ponderador ➤ Incorporar las recomendaciones surgidas de procesos de evaluación. <input type="checkbox"/> El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos 2013 las Definiciones Estratégicas e Indicadores de Desempeño establecidos en los requisitos precedentes, aprobados por el

OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>2. Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto, cumplir las metas comprometidas.</p>	<p>Ministro del ramo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="683 342 1359 575"> <input type="checkbox"/> El Jefe de Servicio establece un proceso de revisión de resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el año 2012, comparando los datos efectivos con la meta comprometida; y analizando las causas de No cumplidos (<95% de la meta) o sobre-cumplimiento (>105% de la meta), considerando que un indicador es considerado cumplido cuando su porcentaje de cumplimiento es igual o mayor a 95% de la meta comprometida.

10. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

AREA	GESTIÓN DE LA CALIDAD
SISTEMA	SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001)

Objetivo General
Mejorar la gestión de la institución a través de la implementación, seguimiento y mantención de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado bajo la norma ISO 9001:2008.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008, que permita establecer el sistema de gestión de la calidad a implementar para lo cual se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de los procesos que permiten a la institución cumplir con su Misión, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Definiciones Estratégicas establecidas en el formulario A1 presentado en el proceso de Formulación Presupuestaria a Dirección de Presupuestos. • Presupuesto y Nivel de Actividad por Producto Estratégico. • Matriz de Riesgos aprobada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. • Programa de Gobierno • Estructura organizacional y distribución geográfica, si corresponde. ➤ Identificación de la aplicación regional de los procesos/ subprocesos anteriormente identificados, si corresponde. ➤ Determinación de la secuencia e interacción de los procesos considerando la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Procesos claves u operacionales que incluyen los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, desde que reciben del entorno (partes interesadas) los requisitos hasta entregar los bienes o servicios. • Procesos de gestión estratégica, que soportan y despliegan la estrategia de la institución y proporcionan directrices para el resto de los procesos, incluyendo procesos de planificación y control de gestión, auditoría interna, revisión por la Dirección, etc. • Procesos de soporte institucional, que incluye procesos que aseguran la disponibilidad de recursos financieros, humanos, de infraestructura y de ambiente de trabajo necesarios para la ejecución de todos los procesos de la organización, considerando procesos de compras, gestión de recursos humanos, gestión de tecnologías de información, entre otros.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de mejora continua o de medición, en donde se incluyen los procesos que permiten realizar el seguimiento y evaluar el grado de cumplimiento de los resultados planificados y determinar las acciones necesarias para mejorar el desempeño de la institución. ➤ Identificación y análisis de las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad implementado o certificado por la institución, en base a los principios de la calidad incluidos en la Norma ISO 9000:2005 (enfoque al cliente; liderazgo; participación del personal; enfoque basado en procesos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor) considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Las necesidades de adecuación de los procedimientos/ documentos existentes. • Consistencia de los elementos que componen el SGC actual (Política de Calidad, objetivos, estructura organizacional, entre otros) y la relación de éste con las definiciones estratégicas de la Institución. • Duplicidades o complementariedades de funciones o procesos por efecto de la implementación del SGC y otros sistemas de gestión de la institución. • Necesidades de recursos tecnológicos, humanos, financieros, espacios de trabajo, si corresponde para lograr la certificación a nivel institucional del sistema de gestión de la calidad, considerando la optimización de los recursos.
<p>2. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos que no incorporará a la certificación ISO 9001:2008.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleccionar y priorizar los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, de gestión estratégica y/o de soporte institucional, considerando los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Costos/ Beneficios de la implementación. • Relevancia del proceso para la Alta Dirección. • Relación con Definiciones Estratégicas y Programa de Gobierno. • Efectos en los clientes/usuarios/beneficiarios. ➤ Analizar la conveniencia de implementar el sistema de gestión de la calidad considerando las siguientes alternativas: <ul style="list-style-type: none"> • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios en conjunto con procesos de gestión estratégica y de

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>soporte institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional. • Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. <p>➤ Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.</p>
<p>3. La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización identificados como necesarios y factibles de certificar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización, en base a los resultados del diagnóstico. <input type="checkbox"/> El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos Generales. ➤ Procesos de la organización necesarios y factibles de certificar cada año y por regiones, justificando aquellos procesos que se postergará su incorporación al sistema de gestión de la calidad, posterior a 2014. ➤ Actividades de capacitación que incluyan: sensibilización al Estamento Directivo y capacitación para el personal involucrado en los procesos a certificar, a nivel central y regional, si corresponde, por año. ➤ Programa de auditorías internas y de tercera parte al sistema de gestión de la calidad. <p>Nota: En caso que el servicio defina comenzar la implementación del sistema de gestión de la calidad por procesos estratégicos y/o soporte institucional, deberá programar la certificación del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.</p>
<p>4. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i)elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorias internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; elaboración/ revisión de Política de la calidad y establecimiento de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorias internas para el primer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección. ➤ Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. <input type="checkbox"/> El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad. ➤ Análisis de procesos con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>de éstos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos. ➤ Elaboración o actualización del Manual de la Calidad. ➤ Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos. ➤ Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. ➤ Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. ➤ Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
<p>5. La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, definiendo acciones de mejora del sistema y sus procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. ➤ Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. ➤ Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros sistemas de gestión de la institución. ➤ Planificación de la mejora del desempeño de la Institución. <input type="checkbox"/> Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>6. La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución actualiza el Diagnóstico y el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de resultados de la implementación del primer año. ➤ Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación. ➤ Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior. ➤ Incorporación de las modificaciones en el diagnóstico y/o plan trienal, si corresponde.
<p>7. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el segundo año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; revisión de Política de la calidad y de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas y externas para el segundo año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección. ➤ Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. ☐ El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad. ➤ Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos. ➤ Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos. ➤ Actualización del Manual de la Calidad. ➤ Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos. ➤ Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. ➤ Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. ➤ Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>8. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del sistema de gestión de la calidad Institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del segundo año de implementación, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. ➤ Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. ➤ Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución. ➤ Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas. <input type="checkbox"/> Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
<p>9. La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año de acuerdo al programa de trabajo anual de la etapa anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año definidos en plan trienal, para lo cual debe: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable, incluyendo los procesos implementados durante el primer año ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>10. La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución actualiza el Diagnóstico y el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de resultados de la implementación del segundo año. ➤ Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el tercer año de la implementación. ➤ Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior. ➤ Incorporación de las modificaciones en el diagnóstico y/o plan trienal, si corresponde.
<p>11. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el tercer año, considerando al menos: i)elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución elabora un programa de trabajo para el tercer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, incluyendo al menos lo señalado en 7.1.1. y 7.1.2. <input type="checkbox"/> El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo lo señalado en 7.2.1 al 7.2.8 para el tercer año de implementación.
<p>12. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del sistema de gestión de la calidad Institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del tercer año de implementación, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos lo señalado en 8.1.1 al 8.1.4. <input type="checkbox"/> Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
<p>13. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el segundo año definidos en plan trienal, considerando lo señalado en 9.1.1 y 9.1.2.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>14. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del sistema de gestión de la calidad Institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos lo señalado en 8.1.1 al 8.1.4. <input type="checkbox"/> Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
<p>15. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.