



REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN (PMG). AÑO 2014

DOCUMENTO REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Septiembre de 2013

INDICE

	Pág.
Introducción	3
1 Antecedentes	3
2 Programa Marco 2014: Áreas, Sistemas, Objetivos y Requisitos	3
2.1 Formulación	3
2.2 Evaluación y Cumplimiento	6
3 Red de Expertos	7
4 Requisitos Técnicos y Medios de Verificación	7
Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	8
Sistema Planificación / Control de Gestión	9
Sistema de Seguridad de la Información	12
Sistema Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información	15
Sistema de Gestión de la Calidad	18
Sistema de Gestión de la Excelencia	24
Servicios Nuevos	26
5 Indicadores de Gestión Interna	27
Anexo	34

Introducción

Los Requisitos Técnicos y Medios de Verificación corresponden a un documento que permite medir el cumplimiento de los objetivos de gestión contemplados en el Programa Marco del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) comprometido por los Servicios Públicos.

En este documento se informan el Programa Marco, las áreas, sistemas, etapas de desarrollo, requisitos técnicos, indicadores de desempeño y medios de verificación, asociadas a las materias de mayor relevancia dentro de los Servicios que contribuyen a la modernización del Estado y mejora de la gestión pública

El documento Requisitos Técnicos y Medios de Verificación, de acuerdo a lo señalado en el artículo 6° del Decreto N° 334 del Ministerio de Hacienda, que corresponde al reglamento que regula la aplicación del incremento por desempeño institucional contemplado en el artículo 6° de la Ley N° 19.553, debe ser aprobado por el Comité Triministerial.

1. Antecedentes

En el año 1998, con la implementación de la ley N° 19.553¹ se inició el desarrollo de Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) en los Servicios Públicos, asociando el cumplimiento de objetivos de gestión a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios.

La citada ley establece que el cumplimiento de los objetivos de gestión comprometidos en un PMG anual, dará derecho a los funcionarios del servicio respectivo, en el año siguiente, a un incremento de sus remuneraciones. Este incremento será de un 7,6% siempre que la institución en la que se desempeñe haya alcanzado un grado de cumplimiento igual o superior al 90% de los objetivos anuales comprometidos, y de un 3,8% si dicho cumplimiento fuere igual o superior a 75% e inferior a 90%².

2. Programa Marco 2014: Áreas, Sistemas, Objetivos

2.1 Formulación

El Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión 2014 fue aprobado por los Ministros de Interior, de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia mediante decreto exento N°233 de 2013, del Ministerio de Hacienda.

Las áreas y sistemas definidos para 2014 corresponden a:

- Planificación/control de gestión: planificación/control de gestión, monitoreo del desempeño institucional, descentralización, equidad de género.
- Calidad de atención de usuarios: gobierno electrónico - tecnologías de información, seguridad de la información
- Gestión de la calidad: sistema de gestión de la calidad, sistema de gestión de la excelencia y sistema de acreditación de la calidad.

Cada servicio debe proponer como "objetivo de gestión" aquella etapa que alcanzará a fines del año 2014, además de las prioridades de los objetivos y sus correspondientes ponderadores, pudiendo

¹ Ley N° 19.553, de febrero de 1998, que concede una asignación de modernización, Decreto N° 475, de Hacienda, de mayo de 1998, que regula la aplicación del componente variable de la asignación de modernización, y sus modificaciones, y Decreto N° 334, de Hacienda, de marzo de 2012.

² Ley N° 20.212 de 29 de agosto de 2007 modificó el porcentaje del incremento por desempeño institucional, estableciéndose en ella una progresión anual del porcentaje, y que para 2010 es de 7,6%.

ninguna ponderación ser inferior a 5%.

Los servicios que en el período 2013 completaron la etapa final de cualquiera de los sistemas: Planificación y Control de Gestión, Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información, Seguridad de la Información, Sistema de Gestión de la Calidad (ISO), Sistema de Gestión de Excelencia y Sistema de Acreditación de la Calidad de los Gobiernos Regionales, egresarán y no podrán comprometerlos en la formulación PMG 2014. Los servicios que en 2013 no comprometieron la etapa final de algún sistema, deberán comprometer la etapa siguiente de dicho sistema en 2014.

Los servicios que egresan del sistema de planificación y control de gestión en 2013, deberán comprometer en 2014 el sistema de Monitoreo del Desempeño.

Sólo aquellos jefes de servicio que comprometieron voluntariamente el Sistema de Gestión de la Calidad (ISO) o el Sistema de Gestión de Excelencia en el año 2013, podrán mantenerlo en 2014.

El Sistema de Monitoreo del Desempeño, será obligatorio, de alta prioridad y estará compuesto por indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos (bienes y/o servicios) e indicadores de gestión interna. La ponderación de cada indicador no podrá ser inferior a 5%.

Para aquellos Servicios con:

- a. Un sistema. Este corresponderá al Sistema de Monitoreo único, obligatorio y con una ponderación equivalente a 100%. La sumatoria de las ponderaciones de indicadores de desempeño vinculados a productos estratégicos (bienes y/o servicios) no podrá ser inferior a 60%. En tanto, la sumatoria de las ponderaciones de los indicadores de gestión interna no podrá superar un 40% y será como mínimo de 5%.
- b. Dos o más sistemas. El Sistema de Monitoreo tendrá una ponderación mínima de 60%. En tanto, el o los otros sistemas tendrán una ponderación máxima de 40%. La sumatoria de las ponderaciones de los indicadores de desempeño vinculados a productos estratégicos (bienes y/o servicios) no podrá ser inferior al 40%, y para los indicadores de gestión interna no superará el 20% y tendrá como mínimo un 5%.

Los indicadores de gestión interna, deberán ser seleccionados a partir del marco aprobado por el Comité Técnico, que se presenta en anexo, de este documento.

Las áreas, sistemas de gestión, número de etapas y objetivo en cada sistema se presentan en Cuadro 1:

Cuadro 1
Programa Marco Básico
Áreas / Objetivos/ Sistemas

Áreas	Sistemas	Número de Etapas	Objetivo
PLANIFICACION/ CONTROL DE GESTION	Planificación / Control de Gestión	4	Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de la información para apoyar la toma de decisiones y rendición cuentas de su gestión institucional.
	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	1	Disponer de información de desempeño para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional

Áreas	Sistemas	Número de Etapas	Objetivo
CALIDAD DE ATENCION A USUARIOS	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información	4	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.
	Sistema de Seguridad de la Información	4	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.
GESTIÓN DE LA CALIDAD	Sistema de Gestión de la Calidad	4	Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus clientes/usuarios/beneficiarios, a través de la instalación de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado basado en la norma ISO 9001:2008 que considere los procesos de provisión de bienes y/o servicios.
	Sistema de Gestión de la Excelencia	4	Mejorar el desempeño institucional a través de la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia, que permita gestionar a la organización con el objeto de aportar valor y aumentar la satisfacción de los clientes/usuarios/beneficiarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

Cada sistema comprende etapas de desarrollo o estados de avance posible y para cada etapa se establecen los requisitos técnicos, de acuerdo a lo tipificado en términos de contenidos y exigencias, de modo tal que con el cumplimiento de la etapa final, el sistema se encuentre implementado según características y requisitos básicos. Las etapas no necesariamente se desarrollan en un año calendario, pudiendo realizarse en menos tiempo.

Servicios Nuevos

Aquellos servicios que formulen sus compromisos por primera vez, en el período 2014, deberán comprometer el Sistema de Planificación y Control de Gestión, cuyo objetivo es diseñar y operar el Sistema de Información para la Gestión SIG, que permita monitorear la gestión del Servicio, a través de indicadores. Se deberán comprometer todos los objetivos. El cumplimiento de cada objetivo tomará solo valores de 0% o 100%.

Programa Marco, Área y Sistema de Gestión PMG 2014, Servicios Nuevos

ÁREA	SISTEMA	OBJETIVOS
Planificación y Control de Gestión	Planificación y Control de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos, productos (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. • Identificar y construir los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de los productos estratégicos y en los procesos de soporte (Se entiende por medición relevante si al menos el servicio cuenta con indicadores en el ámbito de control de producto o resultado). • Diseñar los sistemas de información y recolección de datos necesarios para poblar los indicadores definidos. • Medir todos los indicadores de desempeño definidos.

2.2 Evaluación y Cumplimiento

La evaluación del grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en base al Programa Marco 2014 y el grado de cumplimiento global de la Institución será realizada por el Comité Triministerial, según lo establecido en el artículo 24° del Reglamento que regula la aplicación del PMG (Decreto N° 334, de 2012, del Ministerio de Hacienda). Por su parte, las validaciones técnicas del cumplimiento de los objetivos de gestión de los Servicios, será realizado por expertos externos al Ejecutivo, contratados por licitación pública a través de la Secretaría Técnica, con el apoyo de la Red de Expertos.

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

El cumplimiento global del PMG será el resultado de la suma del cumplimiento de cada sistema multiplicado por su correspondiente ponderador.

Para verificar el grado de cumplimiento del Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional y del Sistema de Planificación y Control de Gestión se considerará lo siguiente:

- El porcentaje de cumplimiento global del sistema corresponderá a la sumatoria de los porcentajes establecidos para cada indicador cumplido y parcialmente cumplido.
- Para todos los indicadores, aquellos asociados a productos estratégicos y aquellos de gestión interna, se considerará:
 - Cumplido cuando su porcentaje de cumplimiento sea igual o mayor al 95%, obteniendo el 100% de la ponderación de dicho indicador.
 - Cumplido parcialmente cuando su porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 75% y menor a 95%. En dicho caso, el porcentaje que se asigna al ponderador del indicador será el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador.
 - No cumplido cuando su porcentaje de cumplimiento sea inferior a 75% o cuando no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación y por tanto no permitan determinar el valor efectivo informado. En este caso el ponderador se asumirá igual a 0%.

Para el proceso de evaluación se entenderá por causa externa para efectos de eximir del cumplimiento de un compromiso las siguientes situaciones que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo:

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

3. Red de Expertos

La Red de Expertos la conforman un conjunto de instituciones de la administración pública, expertos en dichos sistemas y cuyas funciones están asociadas a los sistemas de gestión que se encuentran en el Programa Marco. Su rol es apoyar el proceso de formulación, implementación, validación técnica, pre-evaluación y evaluación del PMG. En Cuadro 2 se presenta la Red de Expertos de cada sistema.

Cuadro 2
Red de Expertos de los sistemas de gestión del Programa Marco

Áreas	Sistemas	Red de Expertos
CALIDAD DE ATENCION A USUARIOS	Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información	<ul style="list-style-type: none">• Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda
	Sistema de Seguridad de la Información	<ul style="list-style-type: none">• Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda
PLANIFICACION/ CONTROL DE GESTION	Planificación / Control de Gestión	<ul style="list-style-type: none">• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.• Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
	Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional	<ul style="list-style-type: none">• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.• Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
GESTIÓN DE LA CALIDAD	Sistema de Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none">• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.
	Sistema de Gestión de la Excelencia	<ul style="list-style-type: none">• Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

En los casos en que para un sistema existan dos o más organismos como Red de Expertos, cada uno ejercerá su rol en los temas que le competen.

4. Requisitos Técnicos y Medios de Verificación

A continuación se presenta, para cada sistema, los correspondientes objetivos y las etapas de desarrollo tipificadas, los requisitos técnicos y medios de verificación.

Cabe recordar que las etapas son acumulativas, mostrando una secuencia de desarrollo del sistema. Así, el desarrollo alcanzado en una de ellas incluye el desarrollo de las anteriores.

Área: Planificación y Control de Gestión

Sistema: Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional

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

Medios de Verificación	
Red de expertos: Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES).	
Etapa I	
<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2014.	
<input type="checkbox"/> Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2014.	

Etapa	1
Objetivo 1	Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos seleccionados a partir de aquellos presentados en la formulación del presupuesto, cumpliendo las metas entre 75% y 100%.
Objetivo 2	Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a gestión interna seleccionados del Programa Marco aprobado por el Comité Triministerial, cumpliendo las metas en al menos un 75% y 100%.
Requisitos Técnicos (objetivo 1 y 2)	<ul style="list-style-type: none">• El Jefe de Servicio informa a DIPRES el valor efectivo de cada uno de los indicadores comprometidos y dispone los medios de verificación que respaldan los valores informados de cada indicador.• Se entenderá por cumplido un indicador cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta, es al menos de un 75%.• Se entenderá por no cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta sea inferior a 75%, o cuando no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación o cuando los valores efectivos informados sean inconsistentes con los de los medios de verificación, o cuando las razones de incumplimiento no correspondan a causa externa justificada.• Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea de al menos un 95%, sumarán el 100% de su respectivo ponderador.• Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 75% e inferior a 95%, sumarán al cumplimiento global del sistema el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador.• Respecto de los indicadores no cumplidos, sus respectivos ponderadores no sumarán al cumplimiento global del sistema. Es decir, el ponderador se asumirá igual a 0%.• El porcentaje de cumplimiento global del sistema corresponde a la sumatoria de los porcentajes establecidos para cada indicador cumplido.

Área: Planificación y Control de Gestión

Sistema: Planificación y Control de Gestión

Objetivo: 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.

Medios de Verificación	
Red de expertos: Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES).	
Etapa I	
<input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.	
Etapa II	
<input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.	
<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2015.	
Etapa III	
<input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.	
<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2015.	
<input type="checkbox"/> Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2014.	
Etapa IV	
<input type="checkbox"/> Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.	
<input type="checkbox"/> Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2015 que miden la gestión relevante de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores.	
<input type="checkbox"/> Resultados de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2014 incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.	
<input type="checkbox"/> Programa de Seguimiento de los compromisos de mejoramiento del desempeño de los aspectos controlados por los indicadores presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2014 y el resultado del Programa de Seguimiento aplicado el presente año 2014, respecto de los indicadores evaluados en el año 2013, en que consta la probación de cada jefe de centro de responsabilidad y del Jefe de Servicio.	

Etapa	1
Objetivo 1	La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, prioridades gubernamentales y presupuestarias, recursos asignados en la Ley de Presupuestos.
RT	El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, de acuerdo a su legislación, a las Definiciones Estratégicas Ministeriales vigentes, prioridades presupuestarias, y a recursos asignados en la Ley de Presupuestos, definiendo correctamente los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Misión adecuadamente definida. Esto es; permite identificar en su declaración el qué, cómo, para quién define su razón de ser la institución. • Prioridades de Gobierno, definidas en el Programa de Gobierno, o metas establecidas con SEGPRES presentes en las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2010-2014. • Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados. • Productos estratégicos, sub-productos y productos específicos definidos como bienes y/o servicios. • Clientes/usuarios/beneficiarios claros, precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos. • Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.
Etapa	2
Objetivo 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.
RT	<p>El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento y definición de procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior. • Definición de 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"> ○ Identificando dimensiones y ámbitos de control (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión vigente en www.dipres.cl/control_gestion/PMG/sistema_gestion/planificacion). ○ Señalando correctamente la fórmula de cálculo. ○ Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula. ○ Señalando logro de los objetivos estratégicos, Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos, Logro de las Prioridades de Gobierno, Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas. • 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. • Identificación de indicadores de desempeño elaborados a medir, justificando los indicadores sin medición en el año t. <p>Se considera que una institución mide la gestión relevante cuando al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado, o cuando al menos 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado.</p>
Etapa	3
Objetivo 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.
RT	<p>El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica, si corresponde, aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo. • Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.
Etapa	4
Objetivo 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.
RT	<p>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. • Identifica y fundamenta indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema de Información de Gestión, SIG.
Objetivo 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.
RT	<p>El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, establecidas en la etapa 1, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistencia en las definiciones estratégicas con las prioridades de Gobierno expresadas en las Definiciones estratégicas Ministeriales 2010-2014, ministeriales y presupuestarias. • Pertinencia de las definiciones presentadas.
Objetivo 6	La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la meta y medios de verificación.

RT	<p>El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miden los aspectos relevantes de la gestión del Servicio cuando al menos mide: (i) Porcentaje de productos estratégicos con indicadores en ámbito de producto y/o resultado o Porcentaje del presupuesto total del Servicio que cuenta con indicadores en ámbito de producto y/o resultado; (ii) Porcentaje de objetivos estratégicos cuyos resultados son medidos con indicadores. • La meta de cada indicador es exigente, esto implica que: (i) los valores de las variables son consistentes con los recursos presupuestarios asignados³; (ii) la meta es consistente con el desempeño histórico de los valores efectivos del indicador, por ejemplo promedio o evolución de los últimos 3 años; (iii) la meta es consistente con los valores estimados y metas de años anteriores del indicador. • Los indicadores están correctamente formulados cuando se cumple que se presentan sin errores, y/u omisiones: nombre del indicador, fórmula o algoritmo de cálculo, ámbito de control y dimensión, vinculación con productos estratégicos y/o líneas de evaluación, notas, medios de verificación.
Objetivo 7	<p>La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año, cumpliendo sus metas en al menos un 75% y fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 75%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%).</p>
RT	<p>El Servicio evalúa los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año. Para ello:</p> <ol style="list-style-type: none"> Compara los datos efectivos con la meta de cada indicador, considerando la comparación de cada operando (numerador y denominador) como el valor efectivo del indicador, utilizando los medios de verificación previamente definidos para cada indicador. Identifica los indicadores cumplidos ($\geq 75\%$ de la meta), no cumplidos ($< 75\%$ de la meta) o sobre-cumplidos ($> 105\%$ de la meta). Para efectos de determinar el cumplimiento global del sistema se debe considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Un indicador se considerará cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta, es al menos de un 75%. • Un indicador se considerará no cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta sea inferior a 75%, o cuando no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación, o cuando los valores efectivos informados sean inconsistentes con los de los medios de verificación, o cuando las razones de incumplimiento no correspondan a causa externa justificada. • Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea de al menos un 95%, sumarán el 100% de su respectivo ponderador. • Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 75% e inferior a 95%, sumarán al cumplimiento global del sistema el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador. • Respecto de los indicadores no cumplidos, sus respectivos ponderadores no sumarán al cumplimiento global del sistema. Es decir, el ponderador se asumirá igual a 0%. • El porcentaje de cumplimiento global del sistema corresponde a la sumatoria de los porcentajes establecidos para cada indicador cumplido, de acuerdo a lo señalado en las letras b) y c). Analiza los resultados de cada indicador cumplido, no cumplido o sobre-cumplido, identificando las causas de dicho resultado, con el centro de responsabilidad correspondiente Revisa los indicadores no cumplidos y/o sobre-cumplidos cuyas causas sean afectadas por variables externas a la gestión del Servicio.
Objetivo 8	<p>La institución elabora el Programa de Seguimiento para los indicadores no cumplidos de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.</p>
RT	<p>El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año siguiente, aprobado por el jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos (inferior a 75%) que hayan sido o no afectados por causas externas justificadas.</p>

³ La consistencia entre los valores de los indicadores y los recursos presupuestarios se refiere a que no se detecte contradicción entre ambos valores.

Objetivo 9	La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.
RT	El Servicio informa los resultados de la implementación del Programa de Seguimiento.

Área: Calidad de Atención de Usuarios

Sistema: Sistema Seguridad de la Información

Objetivo: 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.

Medios de Verificación
<p>Red de expertos: Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior y Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.</p> <p>Etapa I</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes. <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Inventario). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Riesgos). <input type="checkbox"/> Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema. <input type="checkbox"/> Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre). <p>Etapa II</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Definiciones Estratégicas 2012-2014 A1. <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Inventario). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Riesgos). <input type="checkbox"/> Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema. <input type="checkbox"/> Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre). <input type="checkbox"/> Resolución que aprueba la Política de Seguridad. <input type="checkbox"/> Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad. <input type="checkbox"/> Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad. <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Plan General). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Indicadores). <p>Etapa III</p> <p>Informe de Implementación aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Definiciones Estratégicas 2012-2014 A1. <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Inventario). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Riesgos). <input type="checkbox"/> Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema. <input type="checkbox"/> Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre). <input type="checkbox"/> Resolución que aprueba la Política de Seguridad. <input type="checkbox"/> Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad. <input type="checkbox"/> Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad. <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Plan General). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Indicadores). <input type="checkbox"/> Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 3 - Implementación). <input type="checkbox"/> Medios de verificación para cada hito cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre). <p>Etapa IV</p> <p>Informe aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de Definiciones Estratégicas 2012-2014 A1.

Medios de Verificación	
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Inventario).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
<input type="checkbox"/>	Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
<input type="checkbox"/>	Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
<input type="checkbox"/>	Resolución que aprueba la Política de Seguridad.
<input type="checkbox"/>	Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad.
<input type="checkbox"/>	Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad.
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Plan General).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 2 - Indicadores).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 3 - Implementación).
<input type="checkbox"/>	Medios de verificación para cada hito cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 4 - Evaluación).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 4 - Programa de Seguimiento).
<input type="checkbox"/>	Planilla Instrumentos 2012 (Hoja Etapa 4 - Control y Mejora Continua).
<input type="checkbox"/>	Informe de Revisión del Comité de Seguridad de la Información (un archivo que incluye Acta de Comité de Seguridad e informes de evaluación que fueron revisado por el Comité y señalados en dicha acta).

Etapa	1
Objetivo 1	La institución realiza un diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, en base a una selección de los procesos de provisión más relevantes, identificando los activos de información que los sustentan, estableciendo los controles necesarios para mitigar riesgos que puedan afectar a los activos de información críticos, considerando para esto todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento.
RT	La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información para sus activos de información críticos – o lo actualiza (aumento del alcance y/o mejoras al diagnóstico), si corresponde - para lo cual deberá: <ul style="list-style-type: none"> Identificar los activos de información para un conjunto seleccionado de procesos de provisión de productos estratégicos, de acuerdo al alcance definido, señalando su nivel de criticidad. Dicha selección deberá justificarse y presentarse a la Red de Expertos para su aprobación. Analizar los riesgos de seguridad de aquellos activos de información declarados con criticidad media y alta.
Objetivo 2	La institución compara los resultados del Diagnóstico con los controles establecidos en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.
RT	Para aquellos activos de información con criticidad media y alta: <ul style="list-style-type: none"> Identifica los controles (requisitos normativos Norma ISO NCH 27001 y del DS 83 o buenas prácticas) ya cumplidos (o abordados) por dominio de seguridad⁴, para mitigar riesgos. Identifica los controles o requisitos normativos de los dominios de seguridad, que falta implementar para mitigar los riesgos.

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

Etapa	2
Objetivo 3	La institución establece su Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio.
RT	La institución establece una "Política General de Seguridad de la información", aprobada por el Jefe Superior del Servicio a través de una resolución que contenga, al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Una definición de seguridad de los activos de información, objetivos globales, alcance e importancia. • Los medios de difusión de sus contenidos al interior de la organización. • La periodicidad de su reevaluación (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.
Objetivo 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.
RT	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: <ul style="list-style-type: none"> • El conjunto de acciones de mitigación de riesgos de activos con criticidades medias y altas. • La formulación de indicadores de desempeño para medir los resultados de las acciones tomadas. • La identificación de los responsables de la implementación del Plan.
Objetivo 5	La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, indicadores de desempeño; difundiendo al resto de la organización.
RT	La institución elabora, de acuerdo al Plan General de Seguridad de la Información, un Programa de Trabajo Anual aprobado por el Jefe de Servicio que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Los principales hitos y actividades. • Plazos y responsables por hito. • Acciones concretas destinadas a la difusión / sensibilización / capacitación de los funcionarios.
Etapa	3
Objetivo 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.
RT	La institución implementa el Programa de Trabajo Anual, registrando y controlando, al menos: <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	4
Objetivo 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.
RT	<ul style="list-style-type: none"> • La institución, a través de su Comité de Seguridad, evalúa los resultados de la implementación del Plan General de SI, y Programa de Trabajo Anual considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión, por parte del Comité de SI, 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. ○ Revisión de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema. ○ Identificación de riesgos persistentes y otras debilidades, y su análisis de causa. • La institución difunde las medidas de seguridad implementadas a los funcionarios.
Objetivo 8	La institución diseña e implementa un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual.

RT	<ul style="list-style-type: none"> • La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual , señalando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Compromisos ○ Plazos ○ Responsables de implementar los compromisos. • La institución implementa los compromisos establecidos en el programa de seguimiento definido.
Objetivo 9	La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.
RT	<ul style="list-style-type: none"> • La institución deberá, al menos, mantener el grado de desarrollo del SSI alcanzado, incorporando actividades de control y mejora continua, las que deberán incluir, a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejecución de auditorías 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 SI. ○ 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.

Área: Calidad de Atención de Usuarios

Sistema: Gobierno Electrónico - Tecnologías de Información

Objetivo: 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.

Medios de Verificación
Red de expertos: Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) y Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.
<p>Etapas</p> <p>Etapas I</p> <p><input type="checkbox"/> Información disponible del servicio localizada en http://pmgmei.modernizacion.cl</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selección de los procesos de provisión de sus productos estratégicos del servicio y procesos transversales que serán mejorados, identificando para ellos información relativa a la composición del proceso, registros e intercambio de información. - Declaración de problemas u oportunidades de mejora identificados producto del análisis y propuesta de alternativa de solución para abordarlos. <p>Etapas II</p> <p><input type="checkbox"/> Información disponible del servicio localizada en http://pmgmei.modernizacion.cl</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de mejoramiento mediante uso de tecnologías de la información, priorizados de acuerdo al análisis levantado en la etapa de Diagnóstico. - Definición del programa de trabajo para el año siguiente que incluye todos los proyectos tics a desarrollar en el servicio. - Para los proyectos que serán desarrollados el año siguiente definición de objetivo general, específicos, cronograma de trabajo, levantamiento de riesgos y acciones de mitigación. <p>Etapas III</p> <p><input type="checkbox"/> Información disponible del servicio localizada en http://pmgmei.modernizacion.cl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de los proyectos declarados en el Programa de Trabajo definido el año anterior. - Seguimiento a las actividades definidas en el cronograma de trabajo para los proyectos declarados en el Programa de Trabajo definido el año anterior. <p>Etapas IV</p> <p><input type="checkbox"/> Información disponible del servicio localizada en http://pmgmei.modernizacion.cl</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC. <p><input type="checkbox"/> Programa de Seguimiento de los resultados obtenidos en los indicadores de rendimiento definidos para el proyecto</p>

Etapa	1
Objetivo 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 define aquellos en los que requiere implementar tecnologías de información; y propone a la Red de Expertos una priorización de los proyectos de mejoramiento con uso de TICs para su validación técnica. Todo esto, lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos Tecnología de Información dispuesto por la Red de Expertos.
RT	<p>En el marco de la revisión de los procesos de provisión, la institución verifica, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La necesidad de rediseñar y mejorar con uso de TICs los procesos seleccionados 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 seleccionados de provisión de bienes y/o servicios. <p>La institución, realiza la declaración de las iniciativas tecnológicas prioritarias para el servicio y en la línea del desarrollo de Gobierno Electrónico, en base a un diagnóstico del uso de TICs en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios. En la declaración de las iniciativas debe considerar a lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La identificación de la(s) iniciativa(s) mediante una denominación clara que permita identificar la naturaleza del proyecto. ○ La justificación de la(s) iniciativa(s), la(s) que debe incluir una descripción de los problemas y/o elementos que fundamentan la decisión del servicio de diseñar y planificar la solución. ○ La identificación de la(s) línea(s) de acción que aborda la(s) iniciativa(s), consideradas en el Plan de Gobierno Electrónico 2011 – 2014 (www.modernizacion.cl) ○ La identificación de los procesos de provisión y/o de soporte a mejorar. ○ Áreas y actores principales que se verán afectados por la(s) iniciativa(s) ○ Usuarios/Beneficiarios principales de la iniciativa. ○ Tipo(s) de iniciativa(s) que permita categorizar el(los) proyecto(s) de acuerdo a la naturaleza de este(os), por ejemplo: proceso(s) de provisión del servicio; proceso(s) de soporte del servicio; interoperabilidad con otros servicios; trámite on-line; sitio web; otra categoría o tipo de proyecto no tipificado anteriormente. <p>Identificar registros de información relevantes para la publicación de datos abiertos considerando, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Registros de información estadística, de inventario, operativa, encuestas u otros en poder del servicio que sean susceptibles de publicación por solicitud de acceso a la información y que estén vinculadas con los productos estratégicos de la institución. ○ Registros de información correspondientes a datos personales que deban estar inscritos en el registro de datos personales. ○ Identificación de la necesidad de intercambiar información con otro servicio del Estado, considerando a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de intercambio (oferta o demanda). ✓ Canal o Medio (papel o electrónico). ✓ Frecuencia mensual. ✓ Cantidad (incluyendo unidad de medida).
Etapa	2
Objetivo 2	La institución, de acuerdo al presupuesto asignado, elabora el Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y un Programa de Trabajo anual aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, que incluye todos los proyectos TIC a trabajar durante el año, para la implementación del Plan aprobado, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TIC dispuesto por la Red de Expertos.
RT	<p>La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico y a la declaración de las iniciativas tecnológicas prioritarias para el servicio, el Plan de Mejoramiento de TICs el cual considera actividades de ejecución y evaluación de lo(s) proyecto(s) comprometido(s), del que se desprenderá el Programa de Trabajo Anual correspondiente, presentando este último en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos (pmgmei.modernizacion.cl) el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimación de costo total de cada uno de los proyecto(s). ○ Objetivo general y específicos de cada proyecto.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores de desempeño para medir efectividad de cada proyecto, ahorro de tiempo (horas) y costo (recursos monetarios) tanto para usuarios/beneficiarios como para el servicio. ○ Tiempo estimado de implementación de cada proyecto. ○ Cronograma de actividades basado en hitos. ○ Descripción de la alternativa tecnológica propuesta. ○ Descripción de principales riesgos y formas de mitigación.
Etapa	3
Objetivo 3	La institución implementa el Programa de Trabajo definido en la etapa anterior y registra los resultados de la implementación 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.
RT	La institución implementa Programa de Trabajo Anual; registrando al menos trimestralmente 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ El programa completo 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	4
Objetivo 4	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.
RT	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. Dicha evaluación el servicio la realiza indicando, al menos: <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: (i) Entre 95% a 105%, cumplida; (ii) Menor a 95%, no cumplida; (iii) Mayor a 105%, sobre cumplida.
Objetivo 5	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.
RT	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: <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.
Objetivo 6	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.
RT	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: <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.
Objetivo 7	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.
RT	La institución deberá, al menos, mantener el grado de desarrollo Gobierno Electrónico alcanzado, incorporando actividades de control y mejora continua del sistema.

Área: Gestión de la Calidad

Sistema: Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)

Objetivo: Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus clientes/usuarios/beneficiarios, a través de la instalación de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado basado en la norma ISO 9001:2008 que considere los procesos de provisión de bienes y/o servicios.

Medios de Verificación	
Red de expertos: Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.	
Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:	
Etapa 1:	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad. <input type="checkbox"/> Plan trienal institucional para la certificación del sistema de gestión de la calidad. <input type="checkbox"/> Programa de trabajo de implementación del año. <input type="checkbox"/> Manual de calidad institucional. <input type="checkbox"/> Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. <input type="checkbox"/> Informe de auditorías de la calidad. <input type="checkbox"/> Registro de revisión por la Dirección.	
Etapa 2:	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde. <input type="checkbox"/> Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad <input type="checkbox"/> Programa de trabajo de implementación del año. <input type="checkbox"/> Manual de calidad institucional actualizado. <input type="checkbox"/> Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. <input type="checkbox"/> Informe de auditorías de la calidad. <input type="checkbox"/> Registro de revisión por la Dirección. <input type="checkbox"/> Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.	
Etapa 3:	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde. <input type="checkbox"/> Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad. <input type="checkbox"/> Programa de trabajo de implementación del año. <input type="checkbox"/> Manual de calidad institucional actualizado. <input type="checkbox"/> Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. <input type="checkbox"/> Informe de auditorías de la calidad. <input type="checkbox"/> Registro de revisión por la Dirección. <input type="checkbox"/> Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.	
Etapa 4:	
<input type="checkbox"/> Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad. <input type="checkbox"/> Programa de trabajo de implementación del año. <input type="checkbox"/> Manual de calidad institucional actualizado. <input type="checkbox"/> Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. <input type="checkbox"/> Informe de auditorías de la calidad. <input type="checkbox"/> Registro de revisión por la Dirección. <input type="checkbox"/> Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.	

Etapa	1
Objetivo 1	La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.
RT	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: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de 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

	<p>de Formulación Presupuestaria a la Dirección de Presupuestos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. • 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.
Objetivo 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.
RT	<p>La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe:</p> <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 soporte institucional. ○ 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. ○ Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.
Objetivo 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.

RT	<p>La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización, en base a los resultados del diagnóstico. El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos generales. ○ Procesos de la organización necesaria y factible de certificar cada año y por regiones, justificando aquellos procesos que se postergará su incorporación al sistema de gestión de la calidad, posterior a 2016. ○ 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>
Objetivo 4	<p>La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>
RT	<p>La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos:</p> <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 auditorías 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. <p>El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:</p> <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 de éstos. ○ 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.
Objetivo 5	<p>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>
RT	<p>La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <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. ○ Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.

Etapa	2
Objetivo 6	La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.
RT	La institución actualiza el diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos: <ul style="list-style-type: none"> o Análisis de resultados de la implementación del primer año. o Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación. o 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. o Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección. o Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde.
Objetivo 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.
RT	La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal actualizado si corresponde y los recursos disponibles, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> o 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. o 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"> o 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. o Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos. o 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. o Actualización del Manual de la Calidad. o 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. o Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. o Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. o Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
Objetivo 8	La institución realiza el proceso de revisión por parte de la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.
RT	La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del segundo año de implementación, en el proceso de revisión por parte de la dirección, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> o Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. o Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. o 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
Objetivo 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.
RT	<p>La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de los procesos de la organización implementados durante el primer año definidos en plan trienal, para lo cual debe:</p> <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.
Etapas	3
Objetivo 10	La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.
RT	<p>La institución actualiza el Diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <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. ○ Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección. ○ Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde.
Objetivo 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.
RT	<p>La institución elabora un programa de trabajo para el tercer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, incluyendo al menos:</p> <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. <p>El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo:</p> <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 tercer 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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.
Objetivo 12	La institución realiza el proceso de revisión por parte de la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.
RT	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: <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. ○ Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
Objetivo 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.
RT	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: <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 segundo 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.
Etapas	4
Objetivo 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.
RT	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 sistemas 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. ○ Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.

Objetivo 15	La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal a más tardar el primer trimestre del año en curso.
RT	La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal, actualizado a más tardar el primer trimestre del año en curso, si corresponde.

Área : Gestión de la Calidad

Sistema : Sistema de Gestión de Excelencia

Objetivo: Mejorar el desempeño institucional a través de la implementación del Modelo de Gestión de Excelencia, que permita gestionar a la organización con el objeto de aportar valor y aumentar la satisfacción de los clientes/usuarios/beneficiarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

Medios de Verificación	
Red de expertos: Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.	
Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:	
Etapa 1:	
<input type="checkbox"/> Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución. <input type="checkbox"/> Registro de constitución de instancia institucional estratégica. <input type="checkbox"/> Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia. <input type="checkbox"/> Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.	
Etapa 2:	
<input type="checkbox"/> Plan de mejora. <input type="checkbox"/> Registros de implementación de acciones inmediatas.	
Etapa 3:	
<input type="checkbox"/> Programa de trabajo del año 2014 para la implementación de acciones del plan de mejora. <input type="checkbox"/> Registros de implementación de acciones definidas en el plan de mejora. <input type="checkbox"/> Registros de reuniones de instancia institucional estratégica.	
Etapa 4:	
<input type="checkbox"/> Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución. <input type="checkbox"/> Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia. <input type="checkbox"/> Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.	

Etapa	1
Objetivo 1	La institución constituye y dispone formalmente el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia; y realiza un diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, e identifica sus brechas contrastado con los requerimientos del modelo.
RT	La institución constituye y dispone el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ○ Formaliza su constitución y funcionamiento, considerando entre sus miembros al menos a: (i) Representante de la Dirección (miembro de la alta dirección del Servicio); (ii) Representantes de los centros de responsabilidad; (iii) Un coordinador(a) nombrado de entre los miembros ya definidos, o un miembro adicional si así lo requiere. ○ Define y comunica a la organización sus responsabilidades, considerando entre ellas al menos las siguientes: (i) asesorar al Jefe de Servicio en las decisiones de implementación y desarrollo del modelo, mantenerlo informado de su avance y asumir el rol de contraparte técnica con la Dirección de Presupuestos; (ii) dirigir el diagnóstico (autoevaluación), planificar y monitorear la implementación del modelo, determinando los mecanismos de coordinación, control y revisión periódica necesarios para cumplir los objetivos y metas; (iii) asegurar la participación del personal del servicio en los objetivos y procesos de la implementación del modelo, determinando los mecanismos de información, inducción, capacitación y formación de grupos de trabajo que sean necesarios para tal finalidad.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ La institución realiza el diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia¹, para lo cual organiza los equipos de trabajo para evaluar cada uno de los subcriterios del modelo. ○ Elabora un documento (informe de autoevaluación) que debe contener al menos: (i) una presentación detallada sobre la visión general de la organización y sus prácticas de gestión, en referencia a los ocho criterios de evaluación del Modelo de Gestión de Excelencia; (ii) identificación de brechas² de sus procesos y resultados contrastado con los requerimientos del modelo, y establece aquellos que requieren ser mejorados. <p>¹ Modelo de Excelencia: Los principios del modelo se basan en 1) Liderazgo y Compromiso del a Administración Superior, 2)Gestión Orientada hacia la satisfacción de Clientes, 3)Apreciación de las personas como el principal factor estratégico, 4)Planificación Estratégica, 5)Procesos, 6) Información y Conocimiento, 7) Responsabilidad social, y 8) Resultados.</p> <p>² Se entenderá por identificación de Brechas a aquellas oportunidades de mejora identificadas respecto del subcriterio o requerimiento analizado.</p>
Objetivo 2	La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones a todo el personal.
RT	La institución aprueba el diagnóstico y lo somete a verificación externa, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ○ Remite el informe de autoevaluación a la red de expertos, para su análisis y verificación. ○ Revisa el informe de retroalimentación de la red de expertos, contrastando las fortalezas y áreas de mejora identificada con el análisis de brechas realizado por el servicio, para la aprobación del Informe. ○ Difunde el informe a todo el personal, una vez que este ha sido aprobado por parte de la Alta Dirección del Servicio.
Objetivo 3	La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida, determina los temas prioritarios que abordará para conducir al Servicio a mejorar su desempeño en el marco del Modelo de Gestión de Excelencia.
RT	La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida: <ul style="list-style-type: none"> ○ Define los temas prioritarios que abordará por cada uno de los criterios del modelo. ○ Establece los plazos en los que serán abordados los temas prioritarios seleccionados. ○ Define el nivel de excelencia a alcanzar (puntaje del modelo de gestión de excelencia). ○ Define el Plan de Mejoras y programa de trabajo.
Etapas	2
Objetivo 4	La institución en base a los temas priorizados por la instancia estratégica definida elabora un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, acciones, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos y un programa anual. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr, la proyección de aumento de puntajes y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio. Posteriormente difunde el plan de mejora y el programa de trabajo anual a todo el personal e inicia su implementación.
RT	La institución, en base a los temas prioritarios seleccionados aprobados por el Jefe de servicio, elabora un plan de mejora de procesos y resultados que incluya al menos: (i) Objetivos generales; (ii) Actividades a realizar en base a los temas prioritarios incluyendo las acciones de mejora inmediatas ³ y las oportunidades de mejora identificadas; (iii) responsables de ejecución; (iv) los recursos necesarios; (v) plazos para su cumplimiento e (vi) indicadores y metas para el seguimiento permanente. <p>Nota 3: Acciones de Mejora Inmediata (AMI): son aquellas que no ameritan un proceso de análisis exhaustivo ni una programación detallada, se desprenden por la sola aplicación de la guía de autoevaluación, no necesitan recursos adicionales y pueden llevarse a cabo en el plazo inmediato. Estas acciones sólo requieren la determinación de realizarse. Ejemplo de ello son el registro de reuniones, levantamiento de actas, ordenamiento de archivos, etc.</p> <p>La institución inicia la implementación el plan de mejora de procesos y resultados incluyendo al menos: (i) Ejecución de actividades de difusión y capacitación que permitan la implementación; (ii) Ejecución de acciones de mejora inmediata.</p>
Etapas	3
Objetivo 5	La institución implementa completamente el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual. El Plan de mejoramiento es incorporado en la Planificación Estratégica anual de la institución.
RT	La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual implementando las actividades comprometidas en éste y cumpliendo las metas,

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

Servicios Nuevos

Área : Planificación y Control de Gestión

Sistema : Planificación y Control de Gestión

Objetivo: Establecer las Definiciones Estratégicas, diseñar y operar el sistema de información para la gestión SIG

Medios de Verificación	
Red de expertos: Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES).	
Etapas I	
<input type="checkbox"/>	Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2015.
<input type="checkbox"/>	Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2015.

Etapas	1
Objetivo 1	La Institución debe realizar lo siguiente durante el año 2014: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos, productos (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. • Identificar y construir los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la

	<p>entrega de los productos estratégicos y en los procesos de soporte (Se entiende por medición relevante si al menos el servicio cuenta con indicadores en el ámbito de control de producto o resultado).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar los sistemas de información y recolección de datos necesarios para poblar los indicadores definidos. • Medir todos los indicadores de desempeño definidos.
RT	<p>El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, de acuerdo a su legislación, a las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2010-2014, prioridades presupuestarias, y a recursos asignados en la Ley de Presupuestos, definiendo correctamente los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misión adecuadamente definida. Esto es; permite identificar en su declaración el qué, cómo, para quién define su razón de ser la institución. • Prioridades de Gobierno, definidas en el Programa de Gobierno, o metas establecidas con SEGPRES presentes en las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2010-2014. • Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados. • Productos estratégicos, sub-productos y productos específicos definidos como bienes y/o servicios. • Clientes/usuarios/beneficiarios claros, precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos. • Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.

5. Indicadores de Gestión Interna

INDICADOR	REQUISITO TÉCNICO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
1. Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia realizada en el año.	<p>Evaluación de Transferencia se refiere a la metodología impulsada por la Dirección Nacional del Servicio Civil, contenida en "Guía Práctica para Gestionar Capacitación en los Servicios Públicos" publicada en: http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/guia_capacitacion_servicios_publicos.pdf</p>	1. Reporte Sistema Informático de Capacitación del Sector Público (Sispubli). www.sispublic.cl . Administrado por la Dirección Nacional del Servicio Civil.
2. Tasa de siniestralidad por incapacidades temporales en el año. 3. Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año	<p>Se entiende por día perdido aquel en que el trabajador se encuentra temporalmente incapacitado debido a un accidente o a una enfermedad profesional, encontrándose en reposo, sujeto a pago de subsidio, sea que éste se pague o no.</p> <p>En la determinación de este indicador deben considerarse los días perdidos generados por los accidentes del trabajo y por las enfermedades profesionales diagnosticadas durante el periodo de evaluación. Se deben excluir los accidentes de trayecto, ya que, en general, en estos accidentes intervienen factores ajenos al control que puede realizar la entidad empleadora,</p> <p>El "Promedio anual de trabajadores" corresponde a la suma de los trabajadores dependientes (funcionarios de planta, a contrata, o contratados por Código del Trabajo) determinados mes a mes durante el período anual considerado, dividido por 12.</p>	1. Registro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Institución, o registros que mantienen los organismos administradores del seguro de la Ley N° 16.744.
4. Porcentaje del gasto total en obras terminadas sobre el contrato inicial en el año	-	1. Listado de proyectos (de obras civiles) terminados en el año t con acta de recepción provisoria, con, a lo menos, el monto contratado

INDICADOR	REQUISITO TÉCNICO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
		original o inicial y el monto final contrato incluida la modificación (aumento o disminución) si la hubiese. 2. Actas de recepción provisoria.
5. Porcentaje de licencias médicas atrasadas entre 6 y 24 meses, pendientes de recuperar al 31 de diciembre del año.	Se consideran las licencias médicas tipo 1 al 7 definidas por COMPIN; recuperación del subsidio de incapacidad laboral; licencias en que aplique deducible de 3 días; y aquellas relacionadas con la ley 20.545	1. Listado con a lo menos el número de licencias médicas recuperadas y el número de licencias médicas, que tienen derecho a ser recuperadas, al 31 de diciembre del año t, con más de 6 meses y menos de 24 meses de antigüedad desde fecha de inicio de licencia médica.
6. Porcentaje de licitaciones sin oferente alguno, en el año t	Licitación cerrada corresponde a aquella a la que ya no es posible ofertar (se cumplió la fecha de cierre de recepción de ofertas) dentro del mismo año t.	1. Base de datos del Sistema ChileCompra (www.mercadopublico.cl). El resultado del indicador será calculado y dispuesto por la Dirección ChileCompra.
7. Porcentaje de gasto en órdenes de compra por tratos directos en el año	Orden de Compra de Trato Directo corresponde a las Órdenes de Compra que dentro de su contenido indican como procedencia u origen el mecanismo de adquisición vía "Trato Directo". Dicho mecanismo de adquisición, es seleccionado por el organismo demandante (comprador) al momento de la creación del proceso en el Sistema de Información (www.mercadopublico.cl)	1. Base de datos del Sistema ChileCompra (www.mercadopublico.cl). El resultado del indicador será calculado y dispuesto por la Dirección ChileCompra.
8. Porcentaje de compromisos implementados del Plan de Seguimiento de auditorías	El porcentaje mínimo de compromisos que deberá haber implementado el Servicio al 31.12.2013, dependerá del número total de compromisos identificados en el Plan de Seguimiento 2013.	1. Informe consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento
9. Porcentaje de iniciativas para la igualdad de género implementadas en el año	<u>Ejemplo de acciones:</u> seminarios, talleres, capacitaciones de género; reformas legislativas o ley, normativa nueva; Estudios, encuestas; mesas temáticas de género en el servicio; Cláusulas de Género incorporadas en licitaciones; Orientaciones o guías técnicas para implementar procedimientos en materia de género. <u>Ejemplo de programa:</u> apoyo emprendimiento o a la participación laboral de mujeres; embarazo adolescente, educación sexual, VIF, salud mental; <u>Ejemplo de líneas de trabajo:</u> Género en el currículo, en objetivos transversales (contenidos) <u>Ejemplo iniciativa aborda una inequidad y/o brecha de género</u> <u>Brecha:</u> La participación femenina en los concursos de CONICYT es menor en mujeres que en hombres, <u>Objetivo:</u> "Aumentar la participación femenina en concursos de CONICYT en X %".	1. Plan de Trabajo Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio mediante resolución a más tardar en abril del año t. que contempla inequidades, brechas o barreras de género a abordar, objetivo específico, indicadores y metas. 2. Informe de Cumplimiento del Plan de Trabajo Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio.
10. Porcentaje de funcionarios/as capacitados en temas de género en el año	Se entenderá por capacitaciones en los temas de género a los cursos, programas formativos y talleres cuyos objetivos se orienten a transferir conocimientos y estrategias metodológicas para disminuir y/o eliminar inequidades de género en el marco de acción de las políticas públicas; incluidas en su Plan Anual de Capacitación. Las temas en que se deberán capacitar las/os funcionarias/os serán: violencia contra la mujer, prevención embarazo adolescente, u otras temáticas relativas al avance de la mujer en distintos ámbitos de la vida social, económica, y cultural. Los contenidos básicos que deben incluir estas capacitaciones serán señalados a los servicios a través de SERNAM.	1. Plan Anual de Capacitación Año t – Sección que aborda temas de género, que incluya el nº de funcionarios/as a capacitar durante el año t. 2. Documento de SERNAM que establece los contenidos básicos que deben incluir las capacitaciones en temas de género. 3. Informe de Cumplimiento de Capacitaciones en temas de género Año t. 4. Registro de asistencia a actividad de capacitación. 5. Documentos de trabajo empleados en actividad de capacitación que consignen las materias tratados.
11. Porcentaje de las Iniciativas de Inversión ejecutadas bajo la	Se entiende por ejecutado al gasto real del Subtítulo 31 en el año respectivo. La medición del indicador	1. Informe del Servicio sobre el Monto total del Subtítulo 31 ejecutado en el año t.

INDICADOR	REQUISITO TÉCNICO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
modalidad de Convenios de Programación en el año	corresponde sólo a los Servicios Públicos, sin incluir los Gobiernos Regionales.	2. Informe de la Plataforma Chileindica.
12. Porcentaje de ejecución a nivel de Municipalidades, del Presupuesto de Inversión del Gobierno Regional (programa 02) en el año t.	Esta información corresponde al Programa 02 de los GORE. El numerador considera el Subtítulo 33 "Transferencias de Capital", Ítem 03 "A Otras Entidades Públicas (asignaciones a Municipalidades)". La medición del indicador corresponde sólo a Gobiernos Regionales.	1. Informe del Gobierno Regional con el Monto Total de Gasto Ejecutado del Subtítulo 33 "Transferencias de Capital", Ítem 03 "A Otras Entidades Públicas (asignaciones a Municipalidades) del Programa 02 en el año t. 2. Informe del Gobierno Regional con el Monto Total de Gasto Ejecutado por los municipios de la región en el año t, correspondiente a recursos provenientes de transferencias de capital del Programa 02, otorgadas en el mismo período.
13. Porcentaje del Gasto Anual informado en la Plataforma Chileindica en el año	La medición corresponde a todos los Servicios Públicos, incluyendo Gobiernos Regionales.	1. Informe de la Plataforma Chileindica. 2. Informe proporcionado por el Servicio, con el Monto total del Gasto ejecutado asociado a los Subtítulos 23, 24, 29, 31 y 33 en el año t.
14. Porcentaje de trámites digitalizados al año	El número de trámites declarados por el servicio, es el vigente en el sitio ChileAtiende. La cantidad de trámites vigentes en ChileAtiende, serán los publicados en el sitio web al momento de comprometer la meta para el indicador	1. URL del trámite operativa.
15. Porcentaje de horas disponibles de todos los sitios web del servicio en el año	Disponibilidad se refiere a que el sitio esté online, y sus contenidos útiles sean accesibles.	1. Informes mensuales de rendimiento elaborado con herramientas de medición, tales como SABBIX o Google Analytics.
16. Porcentaje de cumplimiento en el año de los estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno	Los estándares corresponden a: <ul style="list-style-type: none"> • Uso del dominio .gob.cl y el logo identificador del gobierno. • Uso de etiquetas descriptivas que permitan una correcta indexación de contenidos a los sistemas de catalogación y búsqueda. • Se recomienda que el lenguaje de marcas usado para su construcción sea HTML, XHTML o XML válido. • Se recomienda validar las plantillas de las hojas de estilo a través de las herramientas provistas por la W3C. • Política de privacidad explícita. • Los sitios deberán usar hojas de estilo en cascada para la presentación de los contenidos. • El sitio debe ser navegable por al menos un navegador o browser de distribución y uso gratuito y estar disponible desde el propio sitio Web. 	1. Informe de cumplimiento de los estándares descritos en la pauta de evaluación definida por la Unidad de Modernización y Gobierno Digital (Ver Anexo). Los estándares definidos en el DS 100, se encuentran contenidos en el sitio www.guiadigital.gob.cl , donde hay ejemplos y herramientas para su implementación.
17. Porcentaje de trámites que requieren información de otras instituciones, que están interoperando en el año	El número de trámites declarados por el servicio, es el vigente en el sitio ChileAtiende.	1. Reporte de estadística de consumo provisto por la Plataforma de interoperabilidad del Estado.
18. Porcentaje de contratos informáticos firmados con acuerdo de confidencialidad en el año	Los acuerdos de confidencialidad deben cumplir con los siguientes requisitos: Mantener la información secreta, Prohibiciones de divulgación, Plazos, Límites y Cobertura.	1. Informe de contratos TICs celebrados en el año t, firmado por el Jefe de Administración y Finanzas. 2. Todos los Acuerdos de Confidencialidad firmados en el año t.
19. Porcentaje de incidentes de seguridad reportados y resueltos en el año	Cada incidente se deberá registrar en un instrumento (por ejemplo: una planilla de Excel), los campos a registrar en el incidente son (al menos): Fecha del incidente, Categoría, Quien reporta el incidente, Descripción breve, Estado (abierto, cerrado) y Fecha de cierre del incidente. Chequea los datos quien debe validar que la información sea fidedigna e íntegra y chequeo de los datos del incidente, dependerá de la definición interna del	1. Política y/o Procedimiento Gestión de Incidentes Planilla de registro de incidentes con los siguientes campos: fecha del incidente, categoría del incidente, Quien reporta el incidente, Descripción breve, Estado (abierto, cerrado) y Fecha de cierre del incidente.

INDICADOR	REQUISITO TÉCNICO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
	servicio (Procedimiento y/o Instructivo), por dar un ejemplo, el Encargado de Seguridad de la Información y/o el Jefe de TICs	
20. Porcentaje de usuarios(as) satisfechos (as) con la atención recibida en espacios presenciales, telefónicos y virtuales de la Institución en el año	La medición debe ser realizada por externos. El Estudio de satisfacción debe ser Cuantitativo, con preguntas estructuradas y alternativas de respuesta, es decir, con preguntas cerradas en base a una escala (Muy Satisfecho, Satisfecho, etc.) y preguntas abiertas para conocer la opinión de la ciudadanía. Debe cubrir al menos las siguientes dimensiones de los espacios SIAC: calidad de la información disponible, trato de los funcionarios, equipamiento e infraestructura tecnológica, accesibilidad, contenidos de la respuesta a la solicitud y oportunidad en la respuesta. Entre los ejemplos de canales de atención de la institución son: presenciales: OIRS, Oficinas de Partes, Oficinas de Atención para prestaciones relacionadas con los productos estratégicos, Oficinas Móviles y Centros de documentación; Virtuales: Portales Web, Buzones ciudadanos; o Telefónicos: Call Center, Teléfonos de Atención.	1. Informe Elaborado por Externo al Servicio, que contenga: <u>Ficha Técnica:</u> universo, cobertura, muestra, error, tipo de instrumento; fecha de terreno. <u>Diseño metodológico:</u> escala de evaluación, dimensiones evaluadas (relación entre cada dimensión señalada en la nota técnica y las preguntas respectivas del cuestionario); canales y espacios de atención de la institución evaluados, método para calcular y analizar “usuarios(as) que responden estar muy satisfechos o satisfechos con la atención recibida en espacios presenciales, telefónicos y virtuales de la Institución en año t”. <u>Resultados encuesta.</u> <u>Cuestionario aplicado.</u>
21. Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año	Se considera en el denominador todas las solicitudes, incluidas aquellas que por su naturaleza fueron respondidas en plazo prorrogado de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285.	1. Planilla Excel exportable del Sistema Electrónico para la Recepción y Gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública (SGS), o planilla anual de reporte de estados y días de tramitación, que cuente con, al menos, los siguientes campos: Folio – Fecha de Inicio – Fecha de Respuesta (Fecha de Finalización) – Cantidad de días de trámite; o Informe Ejecutivo de Gestión Mensual que incorpore esta información.

ANEXO: INDICADORES DE GESTIÓN INTERNA

ÁREA	SISTEMA DEL PMG	NOMBRE DEL INDICADOR	ALGORITMO DE CÁLCULO	NOTA TÉCNICA
Recursos Humanos	Capacitación	1. Porcentaje de actividades de capacitación con evaluación de transferencia realizada en el año	(N° de actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizada en el año t / N° de actividades de capacitación realizadas en año t)*100	1
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	2. Tasa de siniestralidad por incapacidades temporales en el año	(Número total de días perdidos en el año t por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales/ Promedio anual de trabajadores en el año t)*100	-
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	3. Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año	(Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t/ Promedio anual de trabajadores en el año t)*100	-
Administración Financiera	Financiero Contable	4. Porcentaje del gasto total en obras terminadas sobre el contrato inicial en el año	(Gasto total efectivo de los contratos de los proyectos de obras terminadas año t/ Suma de montos iniciales comprometidos en los contratos de los proyectos de obras terminados año t)*100	-
Administración Financiera	Financiero Contable	5. Porcentaje de licencias médicas atrasadas entre 6 y 24 meses, pendientes de recuperar al 31 de diciembre del año	[1 - (Número de licencias médicas recuperadas al 31 de diciembre del año t con más de 6 meses y menos de 24 meses de antigüedad desde fecha de inicio de licencia médica/ Número de licencias médicas, que tienen derecho a ser recuperadas al 31 de diciembre del año t, con más de 6 meses y menos de 24 meses de antigüedad desde fecha de inicio de licencia médica al 31 de diciembre del año t)] * 100.	2
Administración Financiera	Compras y Contrataciones del Sector Público	6. Porcentaje de licitaciones sin oferente alguno, en el año	(Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t, que no tuvieron oferentes / Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t) * 100.	3
Administración Financiero Contable	Compras y Contrataciones del Sector Público	7. Porcentaje de gasto en órdenes de compra por tratos directos en el año	(Total de gasto de órdenes de compra de trato directo en el año t/ Total de gasto en órdenes de compra en el año t)*100	-
Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	8. Porcentaje de compromisos implementados del Plan de Seguimiento de auditorías	(N° de compromisos implementados en año t/N° total de compromisos definidos en Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1)*100	-
Planificación y Control de Gestión	Equidad de Género	9. Porcentaje de iniciativas para la igualdad de género implementadas en el año	(Número de iniciativas para la igualdad de género implementadas en productos estratégicos que aplican género en el año t/ Número de iniciativas para la igualdad de género programadas en productos estratégicos que aplican género en el año t)* 100	4
Planificación y Control de Gestión	Equidad de Género	10. Porcentaje de funcionarios/as capacitados en temas de género en el año	(Número de funcionarios/as capacitados en temas de género en el año t/ Número de funcionarios/as programados para ser capacitados en temas de género en el año t)* 100	5
Planificación y Control de Gestión	Descentralización	11. Porcentaje de las Iniciativas de Inversión ejecutadas bajo la modalidad de Convenios de Programación en el año	(Monto del Subtítulo 31 del Servicio ejecutado en Convenio de Programación en el año t/Monto total del Subtítulo 31 del Servicio ejecutado en el año t)*100	6
Planificación y Control de	Descentralización	12. Porcentaje de ejecución a nivel de Municipalidades, del Presupuesto de Inversión del Gobierno Regional	((Monto Ejecutado de Transferencias de Capital a municipalidades del Gobierno Regional (programa 02) año t) / (Monto total de Gasto	7

Gestión		(programa 02) en el año	ejecutado del Programa 02) año t)*100	
Planificación y Control de Gestión	Descentralización	13. Porcentaje del Gasto Anual informado en la Plataforma Chileindica en el año	(Monto total del Gasto ejecutado asociado a Subtítulos 23, 24, 29, 31 y 33, informado a la Plataforma Chileindica en el año t/Monto total del Gasto ejecutado asociado a los Subtítulos 23, 24, 29, 31 y 33 en el año t)*100	8
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	14. Porcentaje de trámites digitalizados al año	(N° de trámites digitalizados al año t del total declarados en Chileatiende/ N° total de trámites declarados por el servicio en ChileAtiende al año t-1) * 100	9
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	15. Porcentaje de horas disponibles de todos los sitios web del servicio en el año	(N° de horas de disponibilidad de sitios web del servicio en el año t / N° total de horas de disponibilidad requeridas para los sitios web del servicio en el año t) * 100	10
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	16. Porcentaje de cumplimiento en el año de los estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno	(N° de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno, cumplidos al año t / N° total de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno) * 100	-
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	17. Porcentaje de trámites que requieren información de otras instituciones, que están interoperando en el año	(N° de trámites del servicio que están interoperando en el año t de aquellas identificadas que requieren información de otras instituciones / N° total de trámites del servicio que requieren información de otras instituciones identificados en el año t-1) * 100	11
Calidad de Atención a Usuarios	Seguridad de la Información	18. Porcentaje de contratos informáticos firmados con acuerdo de confidencialidad en el año	(N° de contratos informáticos firmados para el desarrollo de proyectos TICs institucionales, que cuentan con acuerdos de confidencialidad en el año t/ N° total de contratos informáticos firmados para el desarrollo de proyectos TICs institucionales en el año t) * 100.	12
Calidad de Atención a Usuarios	Seguridad de la Información	19. Porcentaje de incidentes de seguridad reportados y resueltos en el año	(N° de incidentes de seguridad resueltos en el año t / N° Total de incidentes de seguridad reportados en el año t) x 100	13
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana	20. Porcentaje de usuarios(as) satisfechos (as) con la atención recibida en espacios presenciales, telefónicos y virtuales de la Institución en el año	(N° de usuarios(as) que responden estar muy satisfechos o satisfechos con la atención recibida en espacios presenciales, telefónicos y virtuales de la Institución en año t/N° de usuarios(as) encuestados(as) en año t)*100	14
Calidad de Atención a Usuarios	Sistema de Acceso a Información Pública	21. Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año	(N° de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en año t/ N° de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t) *100	15

N° Nota Técnica

- 1 Evaluación de Transferencia se refiere a la metodología impulsada por la Dirección Nacional del Servicio Civil, contenida en "Guía Práctica para Gestionar Capacitación en los Servicios Públicos" publicada en: http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/guia_capacitacion_servicios_publicos.pdf.
- 2 Se consideran las licencias médicas tipo 1 al 7 definidas por COMPIN; recuperación del subsidio de incapacidad laboral; licencias en que aplique deducible de 3 días; y aquellas relacionadas con la ley 20.545.
- 3 Licitación cerrada corresponde a aquella a la que ya no es posible ofertar (se cumplió la fecha de cierre de recepción de ofertas) dentro del mismo año t.
- 4 Iniciativas por la igualdad de género: son todas aquellas acciones, programas y/o líneas de trabajo que se implementan para abordar alguna inequidad y/o brecha de género, correspondiente al ámbito de acción de su servicio. Se entenderá por iniciativas por la igualdad de género implementadas, cuando el servicio cumpla con la realización del 100% de las actividades planificadas para cada una de las acciones, programas y/o líneas de trabajo. Las iniciativas por la igualdad de género se deben programar respecto de los productos estratégicos institucionales que incorporan género. Los diagnósticos de género están en los Planes Plurianuales del PMG

- Sistema Enfoque de Género año 2013 de todos los servicios y tienen una relación directa con los productos estratégicos que incorporan género. Las iniciativas para la igualdad de género quedan establecidas en un Plan de Trabajo Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio mediante resolución a más tardar en abril del año.
- 5 Se entenderá por capacitaciones en los temas de género a los cursos, programas formativos y talleres cuyos objetivos se orienten a transferir conocimientos y estrategias metodológicas para disminuir y/o eliminar inequidades de género en el marco de acción de las políticas públicas; incluidas en su Plan Anual de Capacitación. Las temas en que se deberán capacitar las/os funcionarias/os serán: violencia contra la mujer, prevención embarazo adolescente, u otras temáticas relativas al avance de la mujer en distintos ámbitos de la vida social, económica, y cultural. Los contenidos básicos que deben incluir estas capacitaciones serán señalados a los servicios a través de SERNAM.
 - 6 Se entiende por ejecutado al gasto real del Subtítulo 31 en el año respectivo. La medición del indicador corresponde sólo a los Servicios Públicos, sin incluir los Gobiernos Regionales.
 - 7 Esta información corresponde al Programa 02 de los GORE. El numerador considera el Subtítulo 33 "Transferencias de Capital", Ítem 03 "A Otras Entidades Públicas (asignaciones a Municipalidades). La medición del indicador corresponde sólo a Gobiernos Regionales.
 - 8 La medición corresponde a todos los Servicios Públicos, incluyendo Gobiernos Regionales.
 - 9 El número de trámites declarados por el servicio, es el vigente en el sitio ChileAtiende. La cantidad de trámites vigentes en ChileAtiende, serán los publicados en el sitio web al momento de comprometer la meta para el indicador.
 - 10 Disponibilidad se refiere a que el sitio esté online, y sus contenidos útiles sean accesibles.
 - 11 El número de trámites declarados por el servicio, es el vigente en el sitio ChileAtiende.
 - 12 Los acuerdos de confidencialidad deben cumplir con los siguientes requisitos: Mantener la información secreta, Prohibiciones de divulgación, Plazos, Límites y Cobertura.
 - 13 Cada incidente se deberá registrar en un instrumento (por ejemplo: una planilla de Excel), los campos a registrar en el incidente son (al menos): Fecha del incidente, Categoría, Quien reporta el incidente, Descripción breve, Estado (abierto, cerrado) y Fecha de cierre del incidente. Chequea los datos quien debe validar que la información sea fidedigna e íntegra y chequeo de los datos del incidente, dependerá de la definición interna del servicio (Procedimiento y/o Instructivo), por dar un ejemplo, el Encargado de Seguridad de la Información y/o el Jefe de TICs.
 - 14 La medición debe ser realizada por externos. El Estudio de satisfacción debe ser Cuantitativo, con preguntas estructuradas y alternativas de respuesta, es decir, con preguntas cerradas en base a una escala (Muy Satisfecho, Satisfecho, etc.) y preguntas abiertas para conocer la opinión de la ciudadanía. Debe cubrir al menos las siguientes dimensiones de los espacios SIAC: calidad de la información disponible, trato de los funcionarios, equipamiento e infraestructura tecnológica, accesibilidad, contenidos de la respuesta a la solicitud y oportunidad en la respuesta. Entre los ejemplos de canales de atención de la institución son: presenciales: OIRS, Oficinas de Partes, Oficinas de Atención para prestaciones relacionadas con los productos estratégicos, Oficinas Móviles y Centros de documentación; Virtuales: Portales Web, Buzones ciudadanos; o Telefónicos: Call Center, Teléfonos de Atención.
 - 15 Se considera en el denominador todas las solicitudes, incluidas aquellas que por su naturaleza fueron respondidas en plazo prorrogado de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285.

Anexo:

Pauta de evaluación, cumplimiento de los estándares establecidos en el DS100

Sitios web a cargo de la Institución.

N°	URL	IP	Descripción
1			
2			
3			
4			

Categoría	Control	Cumple
Identificación con elementos de gobierno	Utiliza dominio .gob.cl / gov.cl	Cumple/ No cumple
	Utiliza logo de gobierno	Cumple/ No cumple
Utilidad de contenido	Contenidos relevantes a la institución y público objetivo ¹	Evaluación de 1 a 5
	Etiquetas descriptivas ²	Cumple / No cumple
Uso de estándares HTML/XML ³	Plan de monitoreo y reparación de errores	Cumple / No cumple
Monitoreo de actividad ⁴	Reporte mensual de actividad del sitio web	Cumple / No cumple
Gestión de errores	Existencia de página de error	Cumple / No cumple
Gestión de contingencia	Existencia de plan, documentado	Cumple / No cumple
Política de privacidad	Existencia de política	Cumple / No cumple
Arquitectura de Información	Diagramación basada en CSS ⁵	Evaluación de 1 a 5
	Responsabilidad ⁶	Evaluación de 1 a 5
	Multiplataforma ⁷	Cumple / No cumple
Accesibilidad ⁸		Cumple / No cumple

Precisiones:

- Escala de 1 a 5 donde:
 - 1: Los contenidos de la página son confusos y se limitan a describir la organización
 - 2: Los contenidos describen la organización y alguna de las funciones que realiza
 - 3: Los contenidos describen la organización, las funciones que realiza y caracteriza brevemente al público objetivo
 - 4: Los contenidos describen claramente la organización, sus funciones, la caracterización del público objetivo e incluye información para orientar a este
 - 5: El contenido incluye todo lo anterior mas medios claros de contacto e información adicional de utilidad para el público objetivo
- Cumple o no con la utilización de etiquetas descriptivas en imágenes y links
- Análisis con herramienta Markup Validation Service de la W3C o equivalente. La institución debe ejecutar periódicamente el análisis de los sitios con las herramientas antes mencionadas. Si existen errores debe registrarlos y preparar un plan de trabajo que subsane dichos errores. Se evaluará si Cumple o No Cumple con la existencia del plan, en caso que aplique.
- Herramienta a utilizar: Google analytics. La institución debe poner la marca de analytics en el sitio y generar reporte básico mensual de: Visitas totales, visitas únicas, visitas nuevas, porcentaje de rebote, pageviews y duración promedio visitas mensual. Se evaluará si Cumple o No cumple con los reportes mensuales.
- Evaluación de 1 a 5 y análisis con herramienta CSS validation service de W3C o equivalente donde se medirá cantidad de errores para su reparación por parte de la institución.
 - 1: No utiliza CSS
 - 2: Utiliza CSS como soporte secundario del diseño
 - 3: Utiliza CSS como parte integral del diseño
 - 4: Utiliza CSS como parte integral del diseño y de forma optimizada
 - 5: Utiliza CSS como parte fundamental del diseño, con funcionalidades avanzadas
- Evaluación de 1 a 5:
 - El sitio no es responsivo y no puede verse en algunos dispositivos móviles
 - El sitio no es responsivo pero puede verse en algunos dispositivos móviles
 - El sitio es responsivo a nivel de menús y puede verse en la mayoría de dispositivos móviles

- d. El sitio es responsivo en general y puede verse en múltiples dispositivos móviles con algunas dificultades
 - e. El sitio es completamente responsivo en todo tipo de dispositivos móviles
7. Análisis con herramienta online como browsershot.com o similar. Se analizará su usabilidad en Explorer, Mozilla, Chrome y Safari. Se evaluará si Cumple o No cumple.
 8. Análisis con herramienta TAW Monitor CETIC la que genera un reporte con todos los puntos a ser reparados para cumplir con los estándares de accesibilidad. Si existen errores debe registrarlos y preparar un plan de trabajo que subsane dichos errores. Se evaluará si Cumple o No Cumple con la existencia del plan, en caso que aplique.