



# OBJETIVOS DE GESTIÓN, REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

## METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL

AÑO 2015



## Contenido

<b>REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN INDICADORES TRANSVERSALES.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS DE GESTIÓN, REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN SISTEMAS.....</b>	<b>10</b>
SISTEMA AUDITORÍA INTERNA	10
SISTEMA COMPRAS Y CONTRATACIONES PÚBLICAS	18
SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	29
SISTEMA HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO	33
SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN	39

### Requisitos Técnicos y Medios de Verificación Indicadores Transversales

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

  

<b>Área</b>	Recursos Humanos
<b>Sistema</b>	Higiene y Seguridad
<b>Red de Expertos</b>	Superintendencia de Seguridad Social
<b>Objetivo de Gestión</b>	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y, en caso de que enfermedades profesionales o accidentes del trabajo ocurrieran, éstos presenten cada

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

<b>cálculo</b>	que no tuvieron oferentes / Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t) * 100
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licitación cerrada corresponde a aquella a la que ya no es posible ofertar (se cumplió la fecha de cierre de recepción de ofertas) dentro del mismo año t.</li> <li>2. Operar en el portal de compras públicas <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, según lo establece su normativa: Ley de compras N°19.886 y su Reglamento (incluye sus modificaciones y actualizaciones).</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	Los datos que alimentan el indicador serán extraídos de las bases de datos del Sistema ChileCompra ( <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> ). El resultado del indicador será calculado y dispuesto por la Dirección Compras Públicas.

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

<b>Área</b>	Calidad de Servicio
<b>Sistema</b>	Gobierno Electrónico
<b>Red de Expertos</b>	Unidad de Modernización y Gobierno Digital de la Secretaría General de la Presidencia
<b>Objetivo de Gestión</b>	Mejorar la entrega de los servicios provistos por el Estado a la ciudadanía mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación.
<b>Indicador 6</b>	Porcentaje de trámites digitalizados respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año 2014.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de trámites identificados en el catastro de trámites digitalizados al año t} / N^{\circ} \text{ total de trámites identificados en catastro de trámites a diciembre de 2014}) * 100$
<b>Requisitos</b>	1. Trámite digitalizado es aquel disponible para que el usuario pueda realizarlo

<b>Técnicos</b>	<p>completamente por internet sin necesidad de acudir presencialmente a la oficina de la institución.</p> <p>2. El catastro de trámites referido, es el publicado por la Unidad de Modernización y Gobierno Digital en su sitio web <a href="http://www.modernizacion.gob.cl/">http://www.modernizacion.gob.cl/</a>.</p>
<b>Medios de Verificación</b>	<p>1. Informe de levantamiento de trámites de la institución, indicando el nivel de digitalización para cada uno de ellos. Dicho informe debe ser coincidente con los trámites identificados en el catastro de trámites a diciembre del 2014.</p> <p>2. URL del trámite operativa.</p>

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

<b>Área</b>	Calidad de Servicio
<b>Sistema</b>	Sistema de Atención Ciudadana / Acceso a Información Pública
<b>Red de Expertos</b>	Unidad de Implementación Probidad y Transparencia. Comisión Defensora Ciudadana y Transparencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia
<b>Objetivo de Gestión</b>	Responder las Solicitudes de Acceso a la Información Pública en un plazo máximo de 15 días
<b>Indicador 8</b>	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en año t} / N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t}) * 100$

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

<b>Área</b>	Equidad de Género
<b>Sistema</b>	Equidad de Género
<b>Red de Expertos</b>	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM
<b>Objetivo de Gestión</b>	Contribuir a disminuir las inequidades, brechas y/o barreras de género implementando medidas orientadas a mejorar los niveles de igualdad de oportunidades y la equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos
<b>Indicador 9</b>	Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t} / \text{Número de medidas para la igualdad de género comprometidas para el año t en Programa de Trabajo}) * 100$
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>El Programa de Trabajo se compone de medidas que deben cubrir aspectos relevantes de la gestión institucional en base a las Definiciones Estratégicas presentadas en el Formulario A1, al Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 actualizado, a la Agenda de Género Gubernamental 2014-2018 y al Programa de Gobierno 2014-2018.</li> <li>Las medidas para la igualdad de género son un conjunto de actividades y/o indicadores de desempeño que abordan programas, líneas de trabajo y/o acciones estratégicas que están orientados a contribuir en la disminución de inequidad(es), brecha(s) y/o barrera(as) de género, correspondiente al ámbito de acción del Servicio.</li> <li>Las medidas deben estar vinculadas a los productos estratégicos que, en acuerdo</li> </ol>

	<p>con el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), aplican enfoque de género según lo definido en el Formulario A1 2015 de Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Las medidas para la igualdad de género quedan establecidas en un Programa de Trabajo Año t aprobado por resolución exenta del Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1. Previamente será revisado por el Servicio Nacional de la Mujer, que emitirá opinión técnica al respecto.</li> <li>5. El Programa debe contener al menos las siguientes medidas, salvo que ya hubiesen sido objeto de medición, caso en el cual no aplicarán: a. Incorporar en los sistemas de información que administra el Servicio, datos desagregados por sexo y estadísticas que permitan realizar análisis de género y, b. Diseñar indicadores de desempeño que midan directamente inequidades, brechas y/o barreras de género que corresponda.</li> <li>6. Una medida se considerará implementada cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>se cumple</u> con la realización del 100% de la actividad planificada y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño,</li> <li>- es posible verificar la realización de la medida y/o los valores a través de sus medios de verificación, y</li> <li>- la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación.</li> </ul> </li> <li>7. Una medida considerada no implementada deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</li> </ol>
<b>Medios de Verificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución exenta con el Programa de Trabajo Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1.</li> <li>2. Certificado de revisión de Programa de Trabajo Año t emitido por el Servicio Nacional de la Mujer.</li> <li>3. Certificado emitido por el Servicio Nacional de la Mujer que informa grado de cumplimiento de entrega correcta de resultados finales de las medidas de género comprometidas.</li> </ol>

<b>Área</b>	Descentralización
<b>Sistema</b>	Descentralización
<b>Red de Expertos</b>	Subsecretaría de Desarrollo Regional, SUBDERE
<b>Objetivo de Gestión</b>	Potenciar el proceso de descentralización del país, traspasando competencias a los Gobiernos Regionales y municipales
<b>Indicador 10</b>	Porcentaje de iniciativas para la descentralización del Plan de Descentralización implementadas en el año t
<b>Fórmula de cálculo</b>	(Número de iniciativas del Plan de descentralización implementadas en el año t/ Número de iniciativas de descentralización comprometidas para el año t en el Plan de Descentralización)* 100
<b>Requisitos Técnicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Plan de Descentralización se compone de iniciativas que deben permitir la transferencia de competencias desde los servicios públicos centralizados y descentralizados, hacia uno o más gobiernos regionales, y de éstos hacia los municipios. Son transferidos en carácter temporal o definitivo, y en función de su complejidad.</li> <li>2. Las iniciativas de descentralización (que permiten transferir competencia) corresponden a las acciones de traspaso de funciones, atribuciones, planes o programas sectoriales, las cuales deberían permitir al menos las siguientes transferencias de competencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Transferencia de competencias de decisión estratégicas</u> mediante la definición de Priorizar, Focalizar, Asignar, Distribuir, etc. vía convenio y Decreto Supremo.</li> <li>- <u>Transferencia de competencias financieras</u>: mediante la Administración Regionalizada de programas, tales como: Fondos Pesca Artesanal, Fondo Nacional de Capacitación, etc. Vía Convenio + la asignación regional de recursos mediante Ley de Presupuestos.</li> <li>- <u>Transferencia de competencias de prestación de servicios</u>, mediante la provisión de bienes y/o servicios públicos regionales, como por ejemplo decidir mantener y reparar caminos, administración de programas SERCOTEC O INDAP, Asistencia técnica y transferencia tecnológica.</li> </ul> </li> </ol>



	<p>3. Las iniciativas de descentralización quedan establecidas en un Plan de descentralización Año t aprobado por resolución exenta del Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1. Previamente será revisado por la Subsecretaría de Desarrollo Regional, SUBDERE, que emitirá opinión técnica al respecto. Para avanzar en forma gradual en el proceso de compromisos de los diferentes servicios con el traspaso de competencias, se podrá considerar como iniciativas, durante el año 2015, al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gasto anual informado en la plataforma Chile Indica que Administra SUBDERE. El gasto anual informado en la Plataforma Chile Indica considera a todos los Servicios Públicos, incluyendo Gobiernos Regionales, e incluye el gasto asociado a los Subtítulos 23, 24, 29, 31 y 33. El subtítulo 23 corresponde a las prestaciones previsionales; El subtítulo 24 corresponde a transferencias corrientes; El subtítulo 29 corresponde a adquisiciones de activos no financieros; el Subtítulo 31 corresponde a iniciativas de inversión y el subtítulo 33 a transferencias de capital.</li> <li>- Informar ARI/PROPIR de todas regiones a través de la Plataforma Chile Indica.</li> <li>- Compromisos presidenciales de responsabilidad sectorial, a implementar o ejecutar en regiones</li> </ul> <p>4. Una iniciativa de descentralización se considerará implementada cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>se cumple</u> con la realización del 100% de la actividad planificada y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño,</li> <li>- es posible verificar la realización de la iniciativa y/o los valores a través de sus medios de verificación, y</li> <li>- la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación.</li> </ul> <p>5. Una iniciativa de descentralización considerada no implementada deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.</p>
Medios de Verificación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resolución exenta con el Plan de descentralización Año t aprobado por el Jefe Superior del Servicio a más tardar en diciembre del año t-1.</li> <li>2. Certificado de revisión del Plan de Descentralización Año t emitido por SUBDERE.</li> <li>3. Certificado emitido por SUBDERE que informa grado de cumplimiento de entrega correcta de resultados finales de las iniciativas de descentralización implementadas.</li> </ol>

## Objetivos de Gestión, Requisitos Técnicos y Medios de Verificación Sistemas

### Sistema Auditoría Interna

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Sistema Auditoría Interna	Crear y fortalecer las Unidades de Auditoría, con el objeto de desarrollar en forma permanente y continua auditorías de carácter general, estratégico, fundamentalmente preventivas y de apoyo a la gestión.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

- Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.
- Estatuto de Auditoría Interna.
- Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos
- Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.
- Informe de asistencia a Reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional

##### Etapa 2

- Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.
- Estatuto de Auditoría Interna.
- Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos
- Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.
- Informe asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional.
- Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente.
- Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.
- Respuesta a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno en materias de gestión institucional.

##### Etapa 3

- Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.
- Estatuto de Auditoría Interna.
- Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos
- Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.
- Informe de asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional.
- Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente.
- Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.
- Respuesta a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno en materias de gestión institucional.
- Programación de cada auditoría.
- Información mensual de la ejecución de las auditorías de acuerdo a lo señalado en el Plan.
- Informe con la ejecución anual del Plan, las limitaciones observadas en el desarrollo de las auditorías y las sugerencias para abordarlas. Además debe incluir un listado con las auditorías realizadas en el año y las medidas adoptadas.

##### Etapa 4

- Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.
- Estatuto de Auditoría Interna.
- Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos.
- Antecedentes de Capacitación del Personal de la Unidad de Auditoría Interna.
- Informe de asistencia a reuniones de los Comités de Auditoría Ministerial y Regional.
- Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente.
- Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.

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

**RED DE EXPERTOS**

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Auditoría Interna es el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG).

<b>ETAPA 1</b>	
<b>OBJETIVO DE GESTIÓN</b>	<b>REQUISITOS TECNICOS</b>
<p>1. La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna, considerando al menos el nombramiento formal del encargado de la unidad, su dependencia directa del jefe de Servicio y sus objetivos son concordantes con las orientaciones estratégicas de la institución.</p>	<p>1. La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna a través de una resolución exenta u otro documento, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, considerando al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Identificación de la misión de la Unidad, las incompatibilidades y sus objetivos.</li> <li>1.2. Identificación de las principales funciones de la Unidad de Auditoría, como por ejemplo: prestar asesoría técnica especializada en materias de auditoría y control interno al Jefe Superior del Servicio, cumplir con características de transparencia y objetividad, velando por la reserva de las materias y de la documentación utilizada.</li> <li>1.3. El Jefe de la Unidad de Auditoría Interna, para el ejercicio de sus funciones depende directa y exclusivamente del Jefe de Servicio.</li> <li>1.4. Los auditores internos deben otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgo de la institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</li> <li>1.5. La metodología de trabajo y la coordinación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno es a través del Auditor Ministerial.</li> <li>1.6. Los auditores internos no deben realizar actividades de línea, representación, sumariales o cualquier otra que afecte su objetividad, independencia y eficiencia. Las actividades de auditoría a realizar siempre deben estar basadas en análisis de riesgos transversales a la organización.</li> </ul> <p>2. La institución elabora la resolución exenta u otro documento de la misma jerarquía legal, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna.</p>

<p>2. La institución formula y/o actualiza el Estatuto de Auditoría interna, aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<p>3. El Servicio debe formular y/o actualizar el Estatuto de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría. En este se debe definir detalladamente las actividades que la Unidad de Auditoría Interna debe desempeñar, las que puede realizar con independencia y objetividad y las que no debe realizar en el marco del proceso de gestión de riesgos, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p>
<p>3. La institución informa los antecedentes de funcionamiento de la Unidad de Auditoría, realizando un análisis de fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, identificando las competencias específicas que requieren para el funcionamiento de la Unidad y participación en los Comité de Auditorías Ministeriales y Regionales.</p>	<p>4. La Institución debe identificar y analizar las fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, incluyendo al menos:</p> <p>4.1. Análisis de la organización de la Unidad de Auditoría: estructura de la Unidad, ámbito de acción, etc.</p> <p>4.2. Análisis de la documentación de soporte: existencia de manuales actualizados de organización y procedimientos.</p> <p>4.3. Análisis del Personal en relación a la dotación en cuanto a cantidad, cualificación, supervisión, programas y necesidades de capacitación.</p>
<p><b>ETAPA 2</b></p>	
<p>4. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna, elabora un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgos Estratégica, indicando los procesos estratégicos y de soporte, subprocesos y etapas, de manera de priorizar los temas a auditar y fundamentar el Plan Anual de Auditoría.</p>	<p>5. La institución debe elaborar un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos:</p> <p>5.1. La Matriz de Riesgos actualizada y aprobada por el Jefe de Servicio, la que debe contener la identificación y análisis de los riesgos de los procesos desagregados, construida en el año 2013.</p> <p>5.2. El contenido del diagnóstico debe permitir sustentar el Plan Anual de Auditoría, y debe contener al menos, un ranking de riesgos y los criterios técnicos definidos por el auditor interno según la Guía Técnica N° 33 versión 0.4. o su actualización.</p> <p>5.3. Debe existir consistencia entre el análisis de probabilidades, impactos y eficiencia de los controles realizados en la Matriz de Riesgos en los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado la falta de probidad.</p> <p>5.4. Sobre la base del diagnóstico, el Jefe de la Unidad de Auditoría debe recomendar para su aprobación al Jefe de Servicio, las materias a auditar.</p>
<p>5. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna elabora un Plan Anual de Auditoría para el año siguiente en base al diagnóstico realizado considerando las tres líneas de auditoría: Institucional, contemplando un número de auditorías congruente con los niveles de criticidad de los riesgos y los recursos humanos disponibles;</p>	<p>6. La institución elabora el Plan Anual de Auditoría 2014 basado en el diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, que debe contener al menos lo siguiente:</p> <p>6.1. Objetivo Gubernamental establecido en Instructivo Presidencial.</p> <p>6.2. Objetivo Ministerial: Objetivo Ministerial, correspondiente al período 2014, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre de 2013.</p> <p>6.3. Objetivo Institucional.</p> <p>6.4. El Plan debe contener al menos cuatro auditorías</p>

<p>Ministerial y Gubernamental, las cuales son definidas por S. E. la Presidenta de la República y coordinada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p>	<p>institucionales a materias priorizadas en la Matriz de Riesgo, con los mayores niveles de criticidad, debiendo justificar para cada uno de ellas el uso eficiente de las horas hombres disponibles.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.5. Adicionalmente a las auditorías anteriores, debe considerarse en el Plan de Auditoría el aseguramiento al proceso de gestión de riesgos de la institución.</li> <li>6.6. El Plan debe contener un cronograma general de las auditorías y actividades.</li> <li>6.7. Para cada auditoría se debe fundamentar su incorporación en el Plan Anual. (diagnóstico, solicitud especial de la autoridad, normativa específica, etc.).</li> <li>6.8. Los objetivos generales de cada auditoría, deben ser consistentes con los objetivos y riesgos del proceso levantado en la matriz de riesgos.</li> <li>6.9. Los objetivos generales de cada auditoría contemplada en el Plan Anual, deben ser consistente con los principios de independencia y objetividad del Auditor Interno.</li> <li>6.10. El alcance general de cada auditoría, debe estar descrito en términos que permita cuantificar o medir las actividades que se realizarán.</li> <li>6.11. El equipo de trabajo y estimación de horas de auditoría, debe ser consistente con las actividades planificadas.</li> <li>6.12. Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la ejecución del Plan Anual de Auditoría, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones.</li> <li>6.13. Debe existir consistencia entre las materias consideradas en la formulación del Plan Anual de Auditoría y el proceso y las situaciones en que se hubiese generado la falta de probidad.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Los Auditores Internos deben, con el conocimiento previo de su Jefe de Servicio, responder a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, vinculadas con las materias de gestión institucional.</li> </ol>
<p><b>ETAPA 3</b></p>	

- 
6. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna ejecuta el Plan Anual de Auditoría correspondiente al período considerando al menos que: i) aplica los mecanismos de auditoría de acuerdo a la metodología establecida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que indica al menos las orientaciones que se deben tener presente para programar, ejecutar e informar la ejecución de los Planes Anuales de Auditoría; ii) realiza las actividades especificadas en el Plan Anual de Auditoría, incluyendo las tres líneas de auditoría (Institucional, Ministerial y Gubernamental).
8. La institución debe elaborar los Programas de Auditoría:
- 8.1. Para cada auditoría planificada se debe acompañar el programa de auditoría específico utilizado, aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría. El cual debe tener la siguiente estructura mínima:
- Los objetivos generales de cada auditoría, que deben ser los señalados en el Plan Anual de Auditoría.
  - Los objetivos específicos de la auditoría, deben ser consistentes con los objetivos generales señalados en el Plan de auditoría y con los puntos críticos a auditar. Los puntos críticos corresponden a riesgos derivados de la matriz para supervisión y medición del trabajo en cada fase del proceso de auditoría.
  - El alcance de la auditoría, debe ser consistente con lo definido en el Plan Anual de Auditoría y establecido en términos cuantificables.
  - La definición de puntos críticos y los criterios que se utilizaron para escogerlos.
  - La selección de los procedimientos y pruebas de auditoría, deben ser consistentes con la estructura del control que mitiga el riesgo y los objetivos específicos de la auditoría.
  - La actualización de las horas de auditoría, si corresponde.
  - La actualización del equipo de trabajo y responsable, si corresponde.
  - Debe existir consistencia entre la formulación del programa de auditoría, los procesos y las situaciones en que se hubieran detectado faltas de probidad, específicamente, en la identificación de los puntos críticos en el programa de auditoría.
  - Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la programación de las auditorías planificadas, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones.
9. Las auditorías de los objetivos gubernamentales, podrán basarse en las instrucciones del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y en el Documento Técnico N° 24, "Programación Específica de Auditorías".
-

<p>7. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera mensualmente informes de resultado de la ejecución del Plan Anual de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos programas, identificando objetivos generales y específicos, alcance, oportunidad y análisis de los resultados, entre otros aspectos.</p>	<p>10. La institución, a través del Auditor Interno elabora los Informes de Auditoría, aprobados por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, los que deben contener en su estructura a lo menos lo siguiente:</p> <p>10.1. Informe Ejecutivo.</p> <p>10.2. Informe Detallado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los objetivos generales y específicos de auditoría, que deben ser los señalados en el programa de auditoría.</li> <li>• El alcance de la auditoría debe ser el señalado en el programa de auditoría.</li> <li>• La oportunidad de la auditoría.</li> <li>• Análisis de resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los hallazgos de auditoría detectados, deben contener la descripción de los hechos detectados y el análisis de causas.</li> <li>- Los hallazgos deben sustentarse con evidencia de auditoría suficiente y competente dispuesta en los papeles de trabajo.</li> <li>- El efecto real o potencial que generan los hallazgos de auditoría, entendiéndose por tal las consecuencias que derivan o puede derivarse de éstos en el ámbito de la auditoría.</li> <li>- Las sugerencias o recomendaciones para mitigar los efectos de los hallazgos de auditoría, que deben considerar las causas de los mismos.</li> </ul> </li> </ul> <p>10.3. Los informes de auditoría deben contener recomendaciones que permitan a la Dirección tomar medidas correctivas y preventivas en el proceso de gestión de riesgos.</p> <p>10.4. Debe existir consistencia entre los hallazgos y las recomendaciones contenidas en el informe de auditoría y las situaciones en que se hubiesen detectado faltas de probidad de un proceso determinado.</p> <p>10.5. Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para los informes de auditoría del Plan Anual, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones.</p> <p>11. La institución debe informar las auditorías no planificadas, con su respectivo análisis de resultados.</p> <p>12. La institución debe elaborar mensualmente, los informes de auditoría y/o actividades terminadas y firmado por el Jefe de Servicio. De no existir informes de auditoría terminados en el mes, se debe informar el detalle de las actividades desarrolladas por la Unidad de Auditoría. El plazo de entrega de éste informe al Consejo de Auditoría vence el último día hábil del mes siguiente de cada mes.</p>
<p>8. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera anualmente el Informe Final de las auditorías ejecutadas durante el año con el análisis de la ejecución del Plan, la conclusión sobre el resultado del trabajo anual e identificando recomendaciones.</p>	<p>13. El Servicio debe elaborar un informe final de las Auditorías y/o actividades ejecutadas durante el año, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <p>13.1. El total de las auditorías y actividades realizadas en el año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El análisis de la ejecución de las auditorías planificadas.</li> <li>• El análisis de la ejecución de las auditorías y actividades no planificadas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El análisis sobre el cumplimiento del cronograma de trabajo comprometido.</li> <li>• Los resultados y actualizaciones de las mediciones de los indicadores de desempeño (planificación, programación, informe y seguimiento) y aplicación procedimientos de control y monitoreo (programación, informe y seguimiento), formulados por el Servicio.</li> <li>• La Conclusión general del trabajo anual.</li> </ul>
<p><b>ETAPA 4</b></p> <p>9. La institución, informa al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría, enviando un informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Servicio.</p>	<p>14. La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2014 aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <p>14.1. Introducción</p> <p>14.2. Objetivo General y Específico</p> <p>14.3. Alcance</p> <p>14.4. Equipo de trabajo</p> <p>14.5. Horas de auditoría</p> <p>14.6. Cronograma</p> <p>14.7. Definición de una metodología, la que debe definir las materias sobre las cuales hacer seguimiento, considerando al menos las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Servicio efectuará el seguimiento a todas las auditorías realizadas (100%) ó,</li> <li>• Cuando corresponda, el Servicio priorizará y seleccionará las auditorías a las cuales se les va hacer seguimiento, en base, entre otras, a las siguientes variables relevantes y/o estratégicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de Riesgo que presenta el proceso o sistema auditado en la última matriz de riesgos del proceso de gestión de riesgos.</li> <li>- La importancia estratégica que posee el proceso o sistema auditado para la Institución.</li> <li>- Existencia de auditorías y seguimientos realizados con anterioridad sobre el proceso o sistema auditado.</li> <li>- Grado de contribución del compromiso al mejoramiento del proceso de gestión de riesgo.</li> </ul> </li> </ul> <p>14.8. Definición actividades de seguimiento para verificar el monitoreo realizado al Plan de tratamiento del proceso de gestión de riesgos por la administración.</p> <p>14.9. Debe existir consistencia entre el plan de seguimiento de auditoría a los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado las faltas de probidad.</p> <p>14.10. Definición de los procedimientos de control y monitoreo y los indicadores de desempeño utilizados para la ejecución del Plan de Seguimiento e informar los resultados de sus mediciones.</p> <p>14.11. Identificación de los compromisos de seguimiento aprobados por el Jefe de Servicio basados en la priorización descrita en el punto anterior o al 100% de los compromisos no implementados durante el año 2013 y los años anteriores, registrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El número y fecha de emisión del informe de</li> </ul>



	<p>auditoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso, subproceso o etapa.</li> <li>• El nombre de la auditoría contemplada en el Plan.</li> <li>• El hallazgo de auditoría.</li> <li>• La sugerencia o recomendación de auditoría.</li> <li>• El número/ fecha, documento repuesta.</li> <li>• El o los compromisos asociados a los hallazgos de auditoría.</li> <li>• El indicador de logro del compromiso.</li> <li>• La meta.</li> <li>• Los plazos/fecha, propuesta para la implementación de las medidas.</li> <li>• El responsable de la implementación.</li> </ul>
<p>10. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, elabora e implementa un Plan de Seguimiento de las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría interna, señalando al menos las materias sobre las que se hará seguimiento, los compromisos, plazos y responsables considerando la auditoría contemplada en el Plan, el hallazgo que originó el compromiso y el grado de cumplimiento de éste entre otros aspectos.</p> <p>11. La institución debe cumplir con un porcentaje mínimo de implementación del Plan de Seguimiento con la finalidad de asegurar la disminución del nivel de riesgo existente en la administración de los recursos.</p>	<p>15. La institución elabora un informe consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2013 y anteriores, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <p>15.1. Introducción</p> <p>15.2. Evaluación de Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El número y fecha de emisión del informe de auditoría.</li> <li>• El proceso, subproceso o etapa.</li> <li>• El nombre de la auditoría contemplada en el Plan.</li> <li>• El número de recomendación.</li> <li>• El hallazgo de auditoría.</li> <li>• El o los compromisos asociados a los hallazgos de auditoría.</li> <li>• El porcentaje de cumplimiento o avance de las medidas.</li> <li>• El impacto de implementación de las medidas.</li> <li>• El motivo del no cumplimiento, cuando corresponda.</li> <li>• La nueva recomendación, si corresponde.</li> </ul> <p>15.3. Conclusiones</p> <p>15.4. El grado de cumplimiento de implementación mínimo requerido respecto de los compromisos de seguimiento se medirá con la siguiente relación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la cantidad de compromisos de Seguimiento está entre 1 y 30, entonces el porcentaje mínimo de implementación corresponde a un 90%.</li> <li>• Si la cantidad de compromisos de seguimiento está entre 31 y 70, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 80%.</li> <li>• Si la cantidad de compromisos de seguimiento es igual o mayor que 71, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 70%.</li> </ul>

### Sistema Compras y Contrataciones Públicas

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Sistema Compras y Contrataciones Públicas	Mejorar la transparencia, eficiencia y calidad de los procesos de compras y contrataciones de los Servicios Públicos, así como fortalecer el acceso a mayor y mejor información.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl)<sup>1</sup>, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.

##### Etapa 2

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl)<sup>2</sup>, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.
- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Programa Trabajo Anual de los proyectos priorizados.

##### Etapa 3

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl)<sup>2</sup>, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.
- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
- Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados.
- Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional.
- Implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público.

##### Etapa 4

- Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que incluya al menos: catastro de usuarios, diagnóstico de competencias específicas, catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl)<sup>2</sup>, Catastro de todos los Contratos Vigentes, Catastro de los reclamos recibidos en el portal, Catastro de proveedores, Catastro de los mecanismos de compra utilizados e identificación de áreas críticas.
- Identificación y priorización de los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico.
- Definición del Plan Anual de Compras Institucional.
- Informe de Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, y el

<sup>1</sup> Corresponde a la plataforma [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)

<sup>2</sup> Corresponde a la plataforma [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)

**RED DE EXPERTOS**

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos de este Sistema es la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas.

<b>ETAPA 1</b>	
<b>OBJETIVO DE GESTIÓN</b>	<b>REQUISITOS TECNICOS</b>
<p>1. La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que tiene como objetivo optimizar el gasto en bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de su misión institucional.</p> <p>2. La Institución identifica y analiza en el Diagnóstico las competencias de los funcionarios en materia de compras públicas, la normativa interna, los procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y sus recursos financieros, el uso del portal de <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, la gestión de contratos, la gestión de los reclamos recibidos a través del portal, la gestión de inventarios, la gestión de proveedores y los mecanismos de compras que usa para realizar los procesos de compras, de acuerdo a las necesidades que el Servicio requiere.</p>	<p>1. La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento el que incluye al menos:</p> <p>1.1. Catastro de usuarios que participan en la Gestión de Abastecimiento de la Institución. El que consiste en elaborar un registro de los funcionarios de la Institución que participan en la Gestión de Abastecimiento, cuenten o no con clave en <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>. Se incluyen usuarios requirentes, comisiones evaluadoras o cualquier funcionario que utilice la plataforma de compras. Para facilitar la elaboración de este catastro, la Dirección de Compras pondrá a disposición el formulario correspondiente. La Gestión de abastecimiento es el proceso que realiza un Organismo Público para conseguir aquellos bienes y servicios que requiere para su operación y que son producidos o prestados por terceros. Este concepto implica incorporar en la definición del proceso todas aquellas actividades que relacionan con la compra o contratación, desde la detección de necesidades hasta la extinción de la vida útil del bien o servicio. Por lo tanto, se debe establecer un flujo básico, que permita realizar exitosamente la planificación de la adquisición, pasando por la definición del requerimientos, selección del mecanismo de compra, llamado y recepción de oferta, evaluación de las ofertas, adjudicación y formalización y ejecución del contrato, esta última debe incorporar las estrategias necesarias que incorporen todo lo relacionado con manejo de inventarios, logística y distribución del bien o servicio.</p> <p>1.2. Diagnóstico de competencias específicas en materias de gestión de abastecimiento y utilización de plataformas de Chilecompra para determinar la línea base. Esto es, identificar las competencias que permitan alcanzar con un nivel de desarrollo adecuado, para las funciones necesarias para una eficiente gestión de abastecimiento del Sector Público y aquellas que presentan brechas o desviaciones. El diagnóstico de este perfil corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la Institución en el marco de la gestión de capacitación que realiza el Servicio. Las competencias específicas a considerar</p>

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

- 1.3. Catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) el 2015. Para ello considera:
- Presupuesto asignado para compras de bienes y servicios en la Ley de Presupuestos; Fondos provenientes de empréstitos internacionales, otros fondos para compras de bienes y servicios
  - Compras que no fueron transadas en el sitio [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la ejecución por fuera del portal, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31.
  - Compras transadas en el sitio [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31, número de transacciones realizadas en el portal.
  - Compras de productos o servicios que habiendo contrato marco, el servicio las ha realizado por fuera del contrato marco. tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la no utilización del contrato marco.
  - Catastro de compras estratégicas. Las compras estratégicas corresponden a aquellas compras que por su importancia o magnitud, ya sea financiera o de relevancia para el organismo, son consideradas significativas. Es decir, compras sensibles para la Institución, importancia de monto de la compra, o que la suma de dichas compras representen al menos el 80% del gasto total.
  - Normativa interna, procedimientos legales, procedimientos de normativa de organismos internacionales, cuando corresponda.
  - Diagnóstico de las necesidades de compra de la institución por centro de responsabilidad.
- 1.4. Catastro de todos los Contratos Vigentes. Se deben incorporar todos los contratos suscritos por los Servicios de Bienestar que forman parte del servicio según se refiere en Dictamen 10.318 del 7

de Marzo del 2007 de la Contraloría General de la República. Para ello considera:

- Todos los contratos vigentes de la Institución, identificando al menos: Nombre del contrato, fecha suscripción, fecha de vencimiento, antigüedad, monto, bienes y/o servicios prestados, cláusula de renovación automática y/o término anticipado.
  - Comparación del precio o costo del contrato vigente con convenios marcos, si los hay, cotizaciones o precios y valores de mercado.
- 1.5. Catastro de los reclamos recibidos en el portal. Para ello considera:
- Cantidad de reclamos recibidos durante el año 2015.
  - Temas más reclamados.
  - Metodología utilizada para resolver reclamos recibidos.
- 1.6. Catastro de proveedores que operan con la Institución, para ello considera:
- Rubros utilizados.
  - Uso de Chileproveedores.
  - Registro de proveedores identificando proveedores habituales, licitaciones, montos, cumplimiento de plazos y calidad de los servicios prestados.
  - La Institución identifica el proceso de inventario considerando al menos: Conservación, Identificación, Instrucción, Formación.
- 1.7. Catastro de los mecanismos de compra utilizados, para ello considera:
- Convenio Marco
  - Licitación Pública
  - Otros mecanismos fuera y dentro del portal.
- 1.8. Identificación de a lo menos las siguientes áreas críticas:
- Compras Sustentables: incorporación en sus procesos de compra criterios de eficiencia energética.
  - Acceso: evitar la existencia de barreras de entrada a los proveedores.
  - Sistema de pago: análisis de cumplimiento del pago a 30 días a sus proveedores. Se deberá informar en el Diagnóstico, entre otros, que el Sistema de pago considere todos los aspectos que se deriven de la aplicación de la Ley 19.983 de 2004 (Modificada por Ley 20.323 del 29.01.2009) y su reglamento según Decreto de Hacienda 93 de 2005, Oficio Circular de Hacienda N° 23 de 2006, y Circular N° 3 de junio 06 de 2006, de la Dirección de Compras. Asimismo, se deberá informar los resultados de este diagnóstico al área de financiero contable para su consideración sólo en lo que dice relación al procedimiento de Control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores. Por otra parte, las instituciones que se encuentren en procesos de

	<p>implementación de certificación ISO deberán considerar el proceso de pago a proveedores en el diagnóstico definido en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparencia: La institución realiza sus procesos de compra a través de <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>.</li> <li>• Servicios de Bienestar: se incorpora a <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>.</li> </ul>
<p>3. La institución identifica y prioriza áreas críticas para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, en base a los resultados del Diagnóstico.</p>	<p>2. La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos.</li> <li>2.2. La relevancia del proyecto en términos de impacto institucional y apoyo a la gestión de abastecimiento de la institución.</li> <li>2.3. La relevancia del proceso que se quiere mejorar.</li> <li>2.4. La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de la Gestión de Abastecimiento.</li> <li>2.5. La relevancia de la política pública que se quiere mejorar, a través de las compras que realiza la institución, cuando corresponda.</li> <li>2.6. Nota: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación: Distribución y Registro de localización de los productos para que puedan ser fácilmente inventariados.</li> <li>• Identificación: Codificación de los productos e identificación de los componentes, registro de número único para producto o producto commodity asociado. Instrucción: Debe estar bien definida la función de cada actor en el proceso de inventario.</li> <li>• Formación: Es necesario formar y recordar a los actores del proceso en el procedimiento óptimo de inventario.</li> </ul> </li> </ol>
<b>ETAPA 2</b>	
<p>4. La institución define el Plan Anual de Compras, considerando la normativa interna, y procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y los recursos financieros del Servicio.</p>	<p>3. El Servicio define el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, con base en el Diagnóstico de la etapa anterior. Para ello debe considerar, al menos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Compras Estratégicas definidas para el periodo y el resto de las compras del servicio.</li> <li>3.2. Definición de un procedimiento interno para elaborar el Plan anual de compras de acuerdo a lo establecido en la normativa.</li> <li>3.3. Socialización a toda la Institución de dicho procedimiento.</li> <li>3.4. Elaboración del plan anual de compras</li> </ol>

---

	<p>institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La normativa interna.</li><li>• Los procedimientos legales de compras.</li><li>• Las necesidades de compras de la institución.</li><li>• Los recursos financieros del Servicio.</li></ul> <p>3.5. Identificación de indicadores de compras con base en la información que proporciona el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las metas comprometidas por la institución, diseñadas según el diagnóstico aplicado.</li></ul>
--	---

---

- 
- |   |  |
|---|--|
| <p>5. La institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, considerando Plan de Capacitación para reducir las brechas de competencias del personal en gestión de abastecimiento, mecanismos de compras que utilizará el Servicio y su justificación, uso del portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, Plan Anual de Compras, gestión de contratos, gestión de reclamos, gestión de inventarios, gestión de proveedores y las áreas críticas priorizadas identificadas en el diagnóstico y define proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento.</p> <p>6. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras elaborado con base en la información que proporciona el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> y determina el valor de la meta de cada uno de ellos.</p> | <p>4. La Institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento. El Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento corresponde a cualquier acción que realice el servicio con el fin de incorporar mejoras a la Gestión de Abastecimiento en uno o más proyectos o actividades definidas según el diagnóstico de áreas críticas. Por ejemplo, la evaluación a proveedores, como una actividad a desarrollar por la institución, el que debe incluir al menos lo siguiente:</p> <p>4.1. Diseño del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base a las conclusiones del diagnóstico de competencias aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas.</li><li>• Calendarización de las acciones de capacitación.</li><li>• N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan.</li></ul> <p>4.2. Diseño de un sistema de gestión de los reclamos identificando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definición del compromiso de la institución para la disminución de reclamos el año 2015.</li><li>• Flujo interno de derivación y evacuación de los reclamos.</li></ul> <p>4.3. Diseño de mecanismos de evaluación periódica de sus contratos considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del contrato.</li><li>• Fecha de inicio y término.</li><li>• Procedimientos para su gestión.</li></ul> <p>4.4. Diseño de un sistema de evaluación de proveedores considerando los resultados obtenidos en el Diagnóstico.</p> <p>4.5. La Institución define los mecanismos de compra que utilizará durante el periodo, para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Presupuesto asignado.</li><li>• Tipo de compra.</li><li>• Montos.</li></ul> <p>4.6. Diseño de una política de inventarios de acuerdo a sus necesidades. Considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilidad de productos.</li><li>• Planificación de sus compras.</li></ul> |
|---|--|
-



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volúmenes.</li> <li>• Mecanismos de registro y control.</li> </ul> <p>4.7. La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan de Mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento para la ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costeadada.</li> <li>• Objetivo general de cada proyecto de mejoramiento</li> <li>• Objetivos específicos de cada proyecto (en términos de impacto).</li> <li>• Áreas críticas priorizadas.</li> <li>• Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año.</li> <li>• Indicadores de Desempeño para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación.</li> </ul>
<p>7. La institución elabora un Programa de Trabajo anual para la ejecución del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p>5. La institución elabora de acuerdo al Plan de Mejoramiento de la gestión de Abastecimiento, un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente considerando:</p> <p>5.1. la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos</p> <p>5.2. las áreas críticas priorizadas a los cuales se vincula cada proyecto,</p> <p>5.3. Definición de las actividades y/o proyectos para abordar las áreas críticas priorizadas, las que deben incluir al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre de la actividad,</li> <li>• área crítica abordada,</li> <li>• objetivo,</li> <li>• plazo de ejecución,</li> <li>• responsables.</li> </ul>
<b>ETAPA 3</b>	
<p>8. La institución realiza sus procesos de compra y contratación a través del portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> sobre la base del Plan Anual de compras definido.</p> <p>9. La institución mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras.</p>	<p>6. El Servicio implementa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo. considerando al menos:</p> <p>6.1. Ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La normativa interna</li> <li>• Los procedimientos legales de compras</li> <li>• Las necesidades de compras de la institución</li> <li>• Los recursos financieros del Servicio.</li> <li>• Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética.</li> </ul> <p>6.2. Mide los Indicadores de compras comprometidos en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> y las metas comprometidas por la Institución en el primer trimestre del 2015.</p>

<p>10. La institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y registra los resultados.</p>	<p>7. La Institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento considerando lo siguiente:</p> <p>7.1. Ejecución del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base diseño aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas.</li> <li>• Calendarización de las acciones de capacitación.</li> <li>• N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan.</li> </ul> <p>7.2. La implementación de un sistema de control de gestión y evacuación interna de los reclamos recibidos a través del portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>, para ello mide el sistema de control de gestión y evacuación de reclamos incorporando estándares y control de calidad de las respuestas enviadas al proveedor.</p> <p>7.3. Las acciones que dan origen a la evaluación periódica y oportuna de los contratos que definió como gestionables de acuerdo al diagnóstico realizado.</p> <p>7.4. La implementación del sistema de evaluación de proveedores, para ello considera herramientas disponibles en <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>.</p> <p>7.5. Ejecución de sus compras de acuerdo a los mecanismos de compra establecidos.</p> <p>7.6. La implementación de los mecanismos para comparar los montos ejecutados en el portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> versus lo transado fuera por el portal, para ello justifica toda compra realizada fuera del portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>.</p> <p>7.7. La implementación de los proyectos de mejoramiento de las áreas priorizadas de la gestión de abastecimiento con base en el diagnóstico y el Programa de Trabajo Anual, el que debe incluir al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos generales y específicos,</li> <li>• Alcance,</li> <li>• Impacto, monto a ejecutar (si corresponde),</li> <li>• Cronograma de trabajo señalando actividades, plazo y responsables.</li> </ul>
<b>ETAPA 4</b>	
<p>11. La institución evalúa los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y la ejecución del Plan Anual de Compras y los resultados de los indicadores comprometidos con su</p>	<p>8. El Servicio evalúa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo. considerando al menos:</p> <p>8.1. Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La normativa interna.</li> <li>• Los procedimientos legales de compras.</li> <li>• Las compras realizadas por la institución.</li> <li>• Criterios de compra donde incorpora los</li> </ul>

<p>fundamentación.</p>	<p>conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. Para ello toma en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoras en las políticas de adquisiciones de la organización.</li> <li>- Participación del Servicio de Bienestar en sus procesos de abastecimiento.</li> </ul> <p>8.2. La Institución evalúa la meta comprometida para los indicadores de desempeño a través del panel de indicadores publicado en <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza el resultado de cada indicador</li> <li>• Realiza un programa de seguimiento a los indicadores de desempeño del panel de indicadores publicado en <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a> a través de la medición de su cumplimiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el indicador supera en un 5% la meta propuesta por la institución debe justificar su sobrecumplimiento.</li> <li>- Si el indicador está un 5% bajo la meta propuesta por la institución debe justificar su no cumplimiento.</li> </ul> </li> </ul>
<p>12. La institución analiza el cumplimiento de las metas de los indicadores comprometidos y las brechas entre resultados efectivos y metas y formula recomendaciones para el siguiente período.</p>	<p>9. La Institución evalúa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido y registra los resultados, considerando al menos:</p> <p>9.1. Evaluación de los usuarios capacitados en el marco del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento implementado, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta resultados de la de las actividades identificando al menos, número de funcionarios capacitados, áreas a las que pertenecen estos funcionarios,</li> <li>• Aprobación del sistema de acreditación de competencias en gestión de abastecimiento, cumpliéndose la meta anual comprometida con la Dirección de Compras.</li> <li>• Genera un Registro interno de los funcionarios acreditados que aprueban la acreditación con nota igual o superior a 65% para el año 2015 y en las condiciones que lo establece la Ley 19.886 y su reglamento, en los perfiles 1, 2, 3, 4 y 5, los que corresponden a: operador, supervisor, auditor, abogado y Jefe de Servicio respectivamente, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre y Rut de cada funcionario acreditado.</li> <li>- Unidad de Compra en la que ejerce funciones.</li> <li>- Perfil de usuario.</li> </ul> </li> <li>• Proponen acciones de mejoramiento para las actividades de capacitación para el próximo periodo.</li> </ul> <p>9.2. La Institución evalúa el sistema de gestión de los reclamos recibidos a través del portal <a href="http://www.mercadopublico.cl">www.mercadopublico.cl</a>. Para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propone acciones para mejorar los temas más reclamados por parte de los proveedores.</li> <li>• Compromete acciones concretas de mejora para el año siguiente.</li> </ul>

- 
- 9.3. La institución evalúa la gestión implementada en la evaluación periódica y oportuna de los contratos gestionables, para ello:
- Analiza el resultado de la gestión implementada.
  - Propone acciones de mejoramiento en el sistema de evaluación de contratos.
- 9.4. La Institución evalúa el sistema de evaluación de proveedores, para ello:
- Analiza el resultado de las acciones realizadas durante el periodo.
  - Propone acciones correctivas para el sistema para el siguiente periodo.
- 9.5. La Institución evalúa los mecanismos de compra utilizados, para ello considera:
- Análisis de resultados de las acciones realizadas
  - Propone acciones correctivas para el próximo periodo.
- 9.6. Evaluación de los mecanismos implementados para comparar los montos ejecutados en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) versus lo transado fuera por el portal, para ello:
- Analiza las Justificaciones toda compra realizada fuera del portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).
  - Evalúa el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio.
  - La Institución evalúa los montos ejecutados en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) respecto a los ítems presupuestarios transables en el portal. Para ello propone acciones a seguir de mejoramiento permanente en la incorporación de aquellos procesos que debiendo haber sido transados por la plataforma no lo fueron.
- 9.7. La Institución evalúa la política de inventarios elaborada, para ello considera al menos:
- Exceso de stock
  - Insuficiencia de stock
  - Robo
  - Mermas
  - Obsolescencia
- 9.8. Evaluación de los Proyectos de mejoramiento de las áreas críticas priorizadas basadas en:
- Análisis del resultado de la implementación de cada actividad y o proyecto, señalando los compromisos cumplidos y no cumplidos en el proceso, su justificación, identificando causas internas y externas.
  - Análisis del resultado de los indicadores definidos para cada proyecto o actividad.
-

### Sistema de Seguridad de la información

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

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

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

##### Etapa 2

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

##### Etapa 3

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

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Riesgos).
- Oficio del Jefe de Servicio con fundamentación del alcance del Sistema.
- Medios de verificación para cada control que se declare cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).
- Resolución que aprueba la Política de Seguridad.
- Resolución de Nombramiento Encargado de Seguridad.
- Documento formal donde conste la constitución del Comité de Seguridad.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Plan General).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 2 - Indicadores).
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa 3 - Implementación).
- Medios de verificación para cada hito cumplido (sólo se deberán cargar para el subconjunto de los controles de los dominios que comunicará a los Servicios la Red de Expertos, en conjunto con la Secretaría Técnica, la última semana de diciembre).

##### Etapa 4

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

- Formulario de Definiciones Estratégicas A1 vigentes.
- Planilla Instrumentos 2015 (Hoja Etapa1 - Inventario).

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

#### RED DE EXPERTOS

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

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

ETAPA 1	
OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
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.	1. La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información para sus activos de información críticos – o lo actualiza (aumento del alcance y/o mejoras al diagnóstico), si corresponde - para lo cual deberá: 1.1 Identificar los activos de información para un conjunto seleccionado de procesos de provisión de productos estratégicos, de acuerdo al alcance definido, señalando su nivel de criticidad. Dicha selección deberá justificarse y presentarse a la Red de Expertos para su aprobación. 1.2 Analizar los riesgos de seguridad de aquellos activos de información declarados con criticidad media y alta.
2. La institución compara los resultados del Diagnóstico con los controles establecidos en los dominios de	2. Para aquellos activos de información con criticidad media y alta: 2.1 Identifica los controles (requisitos normativos Norma

<p>seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p>	<p>ISO NCH 27001 y del DS 83 o buenas prácticas) ya cumplidos (o abordados) por dominio de seguridad<sup>3</sup>, para mitigar riesgos.</p> <p>2.2 Identifica los controles o requisitos normativos de los dominios de seguridad, que falta implementar para mitigar los riesgos.</p>
<p><b>ETAPA 2</b></p>	
<p>3.La institución establece su Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio.</p>	<p>3. La institución establece una “Política General de Seguridad de la información”, aprobada por el Jefe Superior del Servicio a través de una resolución exenta que contenga, al menos:</p> <p>3.1 Una definición de seguridad de los activos de información, objetivos globales, alcance e importancia.</p> <p>3.2 Los medios de difusión de sus contenidos al interior de la organización.</p> <p>3.3 La periodicidad de su reevaluación (cada 3 años como máximo) y revisión de cumplimiento.</p> <p>3.4 El nombramiento del Encargado de Seguridad de la Información, mediante resolución exenta.</p> <p>3.5 La constitución del Comité de Seguridad de la Información.</p>
<p>4.La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009.</p>	<p>4. La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <p>4.1 El conjunto de acciones de mitigación de riesgos de activos con criticidades medias y altas.</p> <p>4.2 La formulación de indicadores de desempeño para medir los resultados de las acciones tomadas.</p> <p>4.3 La identificación de los responsables de la implementación del Plan.</p>
<p>5.La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, indicadores de desempeño; difundiendo al resto de la</p>	<p>5. La institución elabora, de acuerdo al Plan General de Seguridad de la Información, un Programa de Trabajo Anual aprobado por el Jefe de Servicio que incluye, al menos:</p> <p>5.1 Los principales hitos y actividades.</p> <p>5.2 Plazos y responsables por hito.</p> <p>5.3 Acciones concretas destinadas a la difusión / sensibilización / capacitación de los funcionarios.</p>

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

<p>organización.</p>	
<p><b>ETAPA 3</b></p>	
<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual, registrando y controlando, al menos:</p> <p>6.1 La ejecución de los hitos o actividades comprometidas.</p> <p>6.2 Los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos.</p> <p>6.3 La medición del porcentaje de avance en la implementación de los controles de seguridad (o requisitos normativos) en los dominios de seguridad.</p>
<p><b>ETAPA 4</b></p>	
<p>7. La institución evalúa y difunde los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.</p>	<p>7. La institución, a través de su Comité de Seguridad, evalúa los resultados de la implementación del Plan General de SI, y Programa de Trabajo Anual considerando, al menos:</p> <p>7.1 Revisión, por parte del Comité de SI, del porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad abordados.</p> <p>7.2 Revisión de los resultados de las actividades desarrolladas y la efectividad en la mitigación de riesgos.</p> <p>7.3 Revisión de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema.</p> <p>7.4 Identificación de riesgos persistentes y otras debilidades, y su análisis de causa.</p> <p>8. La institución difunde las medidas de seguridad implementadas a los funcionarios.</p>
<p>8. La institución diseña e implementa un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual.</p>	<p>9. La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual, señalando, al menos:</p> <p>9.1 Compromisos</p> <p>9.2 Plazos</p> <p>9.3 Responsables de implementar los compromisos.</p> <p>10. La institución implementa los compromisos establecidos en el programa de seguimiento definido.</p>
<p>9. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p>11. La institución deberá, al menos, mantener el grado de desarrollo del SSI alcanzado, incorporando actividades de control y mejora continua, las que deberán incluir, a lo menos:</p> <p>11.1 Ejecución de auditorías regulares a la operación del SSI.</p> <p>11.2 Resultado del cumplimiento de las metas e indicadores y definición de medidas para su mejoramiento, sancionados por la Dirección o el Comité de SI.</p> <p>11.3 Actualización del inventario de activos de información y los planes de acciones de tratamiento de riesgos de SI, incorporando éstos últimos al proceso de gestión institucional.</p>



### Sistema Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Recursos Humanos	1.- Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo	Formalizar y fortalecer los procesos asociados al mejoramiento de los ambientes de trabajo de los funcionarios, la prevención de riesgos y, en general, de las condiciones del lugar de trabajo, con participación de los trabajadores.

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

- Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.
- Informe de las principales actividades realizadas por el(los) Comité(s) Paritario(s) o el Comité Voluntario, durante el año.
- Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.

##### Etapa 2

- Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.
- Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.
- Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios.
- Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios.

##### Etapa 3

- Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.
- Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.
- Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios.
- Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas.

##### Etapa 4

- Certificación del funcionamiento del (los) Comité(s) Paritario(s) o Comité Voluntario, durante el año.
- Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.
- Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Programa de Trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Plan de Emergencia que se presenta a los funcionarios.
- Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo que se presenta a los funcionarios.
- Informe de Seguimiento de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo y de las Situaciones Extraordinarias ocurridas.

#### RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos de este Sistema es la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

ETAPA 1	
OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
1. La institución dispone el funcionamiento del Comité Paritario	1. La institución dispone el funcionamiento del o de los Comité(s) Paritario(s), y da las facilidades para que cumplan

de Higiene y Seguridad.	<p>con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Realización doce reuniones en el año, con al menos una reunión mensual.</li> <li>1.2. Participan dos tercios de los representantes titulares, tanto de los funcionarios como de los Institucionales, como promedio anual.</li> <li>1.3. Realización de las actividades que les permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en el art. 24 del Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad<sup>4</sup>.</li> <li>1.4. Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación.</li> </ol>
2. Las instituciones que no reúnan los requisitos legales para constituir un Comité Paritario, deberán organizar un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del Sistema. <sup>5</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. La institución dispone el funcionamiento de un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del sistema. La conformación de este Comité dependerá de la dotación total del Servicio y deberá cumplir lo siguiente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Realización de al menos 6 reuniones en el año, una cada dos meses.</li> <li>2.2. Realización de actividades de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes.</li> <li>2.3. Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación.</li> </ol> </li> </ol>
3. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. La institución elabora un diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo, a partir de la opinión emitida por expertos<sup>6</sup> en materia de prevención de riesgos, con la participación del o de los Comité(s) Paritario(s), o el Comité Voluntario y del Encargado del Sistema, que deberá incluir, al menos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo.</li> <li>3.2. Descripción general de la Institución, considerando las funciones que realiza, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales.</li> <li>3.3. Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente.</li> <li>3.4. Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</li> <li>3.5. Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo.</li> </ol> </li> </ol>
<b>ETAPA 2</b>	
4. La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado,	4. La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o el Encargado, elabora el Plan Anual <sup>7</sup> de Prevención de Riesgos y

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

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

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

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

<p>elabora el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo basado en el Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo señalado en la etapa anterior, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación.</p>	<p>Mejoramiento de Ambientes de Trabajo<sup>8</sup> que se ejecutará el año siguiente y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año en curso. Dicho Plan deberá considerar, a lo menos, los siguientes contenidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Resultados del análisis del Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.</li> <li>4.2. Áreas claves de mejoramiento de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo.</li> <li>4.3. Mecanismos de selección de proyectos específicos de mejoramiento a implementar.</li> <li>4.4. Definición de la metodología para detectar el grado de satisfacción de los funcionarios y canalizar sus reclamos.</li> <li>4.5. Definición de los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediciones de la Tasa de Accidentabilidad y del Grado de Satisfacción de los beneficiarios.</li> <li>• Los indicadores deben ser incorporados en el SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión.</li> <li>• Establecer las metas de los indicadores definidos.</li> </ul> </li> <li>4.6. Definición de los Mecanismos de difusión interna que se utilizarán para informar a los funcionarios sobre las acciones de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo.</li> </ol>
<p>5. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el del Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones.</p>	<p>5. La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia, dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, considerando al menos, que la planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Plan de Emergencia deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.</p>
<p>6. La institución, elabora un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p>	<p>6. La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, considerando que la planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.</p>
<p>7. La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes del trabajo aprobados.</p>	<p>7. La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo aprobados, durante la semana siguiente a la aprobación de los respectivos planes o procedimientos.</p>

<sup>8</sup> El Plan Anual debe contener todos los elementos que permiten guiar al Servicio en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. El Plan puede estructurarse a nivel nacional o regional, dependiendo de las características del Servicio.

<p>8. La institución elabora el Programa de Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo, y lo comunica a los funcionarios, definiendo al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p>8. La institución elabora el Programa de Trabajo<sup>9</sup> para la ejecución del Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio, y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año en curso. Dicho programa deberá contener lo siguiente:</p> <p>8.1. Cronograma de trabajo o secuencia temporal de las Actividades que se ejecutarán, señalando el nivel a que corresponden, central y/o regional.</p> <p>8.2. Principales hitos o actividades del Programa de Trabajo a ejecutar.</p> <p>8.3. Responsables de cada una de las actividades.</p> <p>8.4. El N° de funcionarios que se beneficiará a nivel central y regional de cada actividad.</p> <p>8.5. Monto del gasto presupuestado para cada actividad programada.</p> <p>8.6. Definición de indicadores de desempeño relevantes para evaluar la ejecución del Programa de Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los indicadores que deberán incorporarse al SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión.</li> <li>• Establecer las metas de los indicadores definidos.</li> </ul> <p>9. La institución difunde a los funcionarios el Programa de Trabajo a más tardar la semana siguiente a su aprobación.</p>
<b>ETAPA 3</b>	
<p>9. La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según lo establecido en el Programa de Trabajo, y mide los indicadores de desempeño del Plan Anual de Prevención de Riesgos.</p>	<p>10. La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según el Programa de Trabajo.</p>
<p>10. La institución, registra los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluido el detalle de las acciones en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo realizadas y lo difunde a los funcionarios.</p>	<p>11. La institución registra los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente:</p> <p>11.1. Ajustes y modificaciones efectuados al Plan Anual, aprobados a más tardar el 30 de marzo del año de ejecución.</p> <p>11.2. Ajustes y modificaciones efectuados al Programa de Trabajo.</p> <p>11.3. Actividades realizadas en el periodo en materias de</p> <p>11.4. Mejoramiento de Ambientes e Higiene y Seguridad, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda.</p> <p>11.5. Actividades realizadas en el período, relativas al desarrollo y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda.</p> <p>11.6. N° de funcionarios beneficiados con cada actividad realizada.</p> <p>11.7. Monto de gasto ejecutado en cada actividad realizada.</p>

<sup>9</sup> Programa de Trabajo: corresponde al conjunto de actividades, cronológicamente ordenadas, que se planificaron en función de lo establecido en el Plan. El Programa debe establecer qué se hará, cuándo, cuánto costará, quién es responsable y a quién beneficiará.

	<p>11.8. Principales desviaciones entre los resultados efectivos de las actividades en ejecución y la programación efectuada por la institución en su Programa de Trabajo y su justificación.</p> <p>11.9. Registro de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el período, efectuando a lo menos la descripción de lo ocurrido, identificando las causas y señalando las medidas correctivas determinadas y/o implementadas, según corresponda.</p> <p>11.10. Observaciones realizadas por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o por los funcionarios sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo, o sobre aquellas que estimen se requiere realizar.</p> <p>11.11. Principales acciones extraordinarias realizadas en el período.</p> <p>11.12. Difusión de las actividades realizadas, precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad.</p>
<b>ETAPA 4</b>	
<p>11. La institución, evalúa los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo ejecutado en el periodo, en términos de las acciones realizadas, la efectividad de dichas acciones, el gasto ejecutado y los funcionarios beneficiados, considerando la medición de los indicadores de desempeño.</p>	<p>12. La institución evalúa los Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente:</p> <p>12.1. Análisis de las causas de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada por la institución en el Programa de Trabajo, incluyendo las actividades del Plan de Emergencia.</p> <p>12.2. Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan Anual.</p> <p>12.3. Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Programa de Trabajo.</p> <p>12.4. Cumplimiento del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <p>12.5. Recomendaciones derivadas de la implementación de las actividades de mejoramiento de ambientes de trabajo y de higiene y seguridad.</p> <p>12.6. Recomendaciones derivadas de las situaciones extraordinarias ocurridas.</p>
<p>12. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.</p>	<p>13. La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, considerando al menos lo siguiente:</p> <p>13.1. Definición de los compromisos asociados a las recomendaciones, plazos de los compromisos y responsables<sup>10</sup>.</p> <p>13.2. Incorporación de los compromisos en el siguiente Plan Anual y su respectivo Programa de Trabajo, cuando corresponda.</p>
<p>13. La institución difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.</p>	<p>14. La institución difunde a los funcionarios la Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, durante la semana siguiente a su aprobación. Lo que deberá informar precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura</p>

<sup>10</sup> Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del siguiente Plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema.



---

lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad.

---

### Sistema de Planificación y Control de Gestión

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

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

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN

##### Etapa 1

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

##### Etapa 2

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

##### Etapa 3

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

##### Etapa 4

- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2016 que miden la gestión relevante de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores.
- Resultados de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2015 incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.
- Programa de Seguimiento de los compromisos de mejoramiento del desempeño de los aspectos controlados por los indicadores presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2015 y el resultado del Programa de Seguimiento aplicado el presente año 2015, respecto de los indicadores evaluados en el año 2014, en que consta la probación de cada jefe de centro de responsabilidad y del Jefe de Servicio.

#### RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Planificación y Control de Gestión es la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

ETAPA 1	
OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
1. La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de	1. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, de acuerdo a su legislación, a las Definiciones Estratégicas Ministeriales vigentes, prioridades presupuestarias, y a recursos asignados en la Ley de Presupuestos, definiendo

<p>acuerdo a su legislación, prioridades gubernamentales y presupuestarias, recursos asignados en la Ley de Presupuestos.</p>	<p>correctamente los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Misión adecuadamente definida. Esto es; permite identificar en su declaración el qué, cómo, para quién define su razón de ser la institución.</li> <li>1.2 Prioridades de Gobierno, definidas en el Programa de Gobierno, o metas establecidas con SEGPRES presentes en las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2015-2018.</li> <li>1.3 Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados.</li> <li>1.4 Productos estratégicos, sub-productos y productos específicos definidos como bienes y/o servicios.</li> <li>1.5 Clientes/usuarios/beneficiarios claros, precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos.</li> <li>1.6 Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.</li> </ol>
<p><b>ETAPA 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Levantamiento y definición de procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior.</li> <li>2.2 Definición de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando dimensiones y ámbitos de control (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión vigente en <a href="http://www.dipres.gob.cl/594/articles-49670_doc_pdf.pdf">http://www.dipres.gob.cl/594/articles-49670_doc_pdf.pdf</a>).</li> <li>• Señalando correctamente la fórmula de cálculo.</li> <li>• Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula.</li> <li>• Señalando logro de los objetivos estratégicos, Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos, Logro de las Prioridades de Gobierno, Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.</li> </ul> </li> <li>2.3 Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño.</li> <li>2.4 Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño.</li> <li>2.5 Identificación de indicadores de desempeño elaborados a medir, justificando los indicadores sin medición en el año t.</li> </ol> </li> <li>3. Se considera que una institución mide la gestión relevante cuando al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado, o cuando al menos 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado.</li> </ol>
<p><b>ETAPA 3</b></p>	



<p>3. La institución tiene en funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>	<p>4. El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:</p> <p>4.1 Identifica, si corresponde, aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo.</p> <p>4.2 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.</p>
<p><b>ETAPA 4</b></p>	
<p>4. La institución tiene en pleno funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos y operan todos los sistemas de recolección y sistematización de la información y por lo tanto las autoridades de la institución cuentan con información oportuna y confiable para la toma de decisiones. La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.</p>	<p>5. El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:</p> <p>5.1 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.</p> <p>5.2 Identifica y fundamenta indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema de Información de Gestión, SIG.</p>
<p>5. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades de Gobierno, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos (bienes y/o servicios), clientes/usuarios/beneficiarios e identificando para cada producto estratégico, el porcentaje del gasto de la institución, la fundamentación de los que no cuentan con indicadores, y la cuantificación de las principales actividades vinculadas a cada uno.</p>	<p>6. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, establecidas en la etapa 1, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <p>6.1 Consistencia en las definiciones estratégicas con las prioridades de Gobierno expresadas en las Definiciones estratégicas Ministeriales 2015-2018, ministeriales y presupuestarias.</p> <p>6.2 Pertinencia de las definiciones presentadas.</p>
<p>6. La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la meta y medios de verificación.</p>	<p>7. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño, cumpliendo con los siguientes aspectos:</p> <p>7.1 Miden los aspectos relevantes de la gestión del Servicio cuando al menos mide: (i) Porcentaje de productos estratégicos con indicadores en ámbito de producto y/o resultado o Porcentaje del presupuesto total del Servicio que cuenta con indicadores en ámbito de producto y/o resultado; (ii) Porcentaje de objetivos estratégicos cuyos resultados son medidos con indicadores.</p> <p>7.2 La meta de cada indicador es exigente, esto implica que: (i) los valores de las variables son consistentes con los recursos presupuestarios asignados<sup>11</sup>; (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</p>

<sup>11</sup> La consistencia entre los valores de los indicadores y los recursos presupuestarios se refiere a que no se detecte contradicción entre ambos valores.

	<p>consistente con los valores estimados y metas de años anteriores del indicador.</p> <p>7.3 Los indicadores están correctamente formulados cuando se cumple que se presentan sin errores, y/u omisiones: nombre del indicador, fórmula o algoritmo de cálculo, ámbito de control y dimensión, vinculación con productos estratégicos y/o líneas de evaluación, notas, medios de verificación.</p>
<p>7. La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año, cumpliendo sus metas en al menos un 75% y fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 75%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%).</p>	<p>8. El Servicio evalúa los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año. Para ello:</p> <p>8.1 Compara los datos efectivos con la meta de cada indicador, considerando la comparación de cada operando (numerador y denominador) como el valor efectivo del indicador, utilizando los medios de verificación previamente definidos para cada indicador.</p> <p>8.2 Identifica los indicadores cumplidos (<math>\geq 95\%</math> de la meta), parcialmente cumplidos (entre 75% y menos de 95% de la meta) no cumplidos (<math>&lt; 75\%</math> de la meta) o sobre-cumplidos (<math>&gt; 105\%</math> de la meta).</p> <p>8.3 Para efectos de determinar el cumplimiento global del sistema se debe considerar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un indicador se considerará cumplido cuando el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta, es al menos de un 95%.</li> <li>• 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.</li> <li>• Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea de al menos un 95%, sumarán el 100% de su respectivo ponderador.</li> <li>• Los indicadores parcialmente cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 75% e inferior a 95%, sumarán al cumplimiento global del sistema el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador.</li> <li>• 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%.</li> </ul> <p>8.4 Analiza los resultados de cada indicador cumplido, no cumplido o sobre-cumplido, identificando las causas de dicho resultado, con el centro de responsabilidad correspondiente.</p> <p>8.5 Revisa los indicadores no cumplidos y/o sobre-cumplidos cuyas causas sean afectadas por variables externas a la gestión del Servicio.</p>
<p>8. La institución elabora el Programa de Seguimiento para los indicadores no cumplidos de los indicadores evaluados, presentados en la</p>	<p>9. El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año siguiente, aprobado por el jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos (inferior a 75%) que hayan sido o no afectados por causas externas justificadas.</p>

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