



REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL
AÑO 2010

Julio de 2010

Tabla de contenido

1.	ANTECEDENTES	3
2.	PROGRAMA MARCO.....	3
3.	OBJETIVOS, REQUISITOS Y VALIDACIÓN TÉCNICA	4
4.	CONCEPTOS	6
5.	SISTEMAS, REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	7
5.1.	SISTEMA CAPACITACIÓN.....	7
5.2.	SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO.....	17
5.3.	SISTEMA AUDITORIA INTERNA	27
5.4.	SISTEMA PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN	40
5.5.	SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN	50
5.6.	SISTEMA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	63
	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	63
5.7.	SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA	69
5.8.	SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD	83
5.9.	SISTEMA EVALUACIÓN DE IMPACTO	95

ANTECEDENTES

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

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

Con la implementación de la Ley N° 20.212¹ se inició el desarrollo de las Metas de Eficiencia Institucional (MEI) para los Servicios Públicos identificados en el Art. 9 de la citada ley, asociando el cumplimiento de metas de eficiencia institucional a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios. La citada Ley establece que el cumplimiento de los objetivos de gestión comprometidos en las MEI anual, dará derecho a los funcionarios de la institución respectiva, en el año siguiente, a un incremento de sus remuneraciones. La formulación de metas de eficiencia institucional propuesta anualmente se ajusta al Programa Marco que al efecto aprobaron conjuntamente el Ministro del Ramo y el Ministerio de Hacienda para el año 2010.

1. PROGRAMA MARCO

Las Metas de Eficiencia Institucional se enmarcan en un conjunto de áreas comunes para todas las Instituciones que incluye aquellos sistemas esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios, respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del sector público. Estas áreas fueron establecidas en conjunto por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Salud, a través de un Programa Marco MEI 2010. Este incluye los siguientes Sistemas: Procesos Transversales, que incluye Capacitación, Compras y Auditoría, Planificación Control de Gestión, Gobierno Electrónico –Tecnologías de información, Seguridad de la información, Información y Atención Ciudadana, Gestión de la Calidad y Evaluación de Impacto. El Programa Marco comprende estados de avance posibles de los sistemas de gestión involucrados en cada una de las áreas definidas, a través del desarrollo de metas de gestión.

El Programa Marco incluye aquellos sistemas esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del Sector Público (Cuadro 1).

¹ Ley N° 20.212 del 29 de agosto de 2007.

Cuadro 1
PROGRAMA MARCO
SISTEMAS/ NÚMERO DE OBJETIVOS

N° Sistema	Sistemas	N° Objetivos de Gestión
1	Procesos Transversales	
	Capacitación	11
	Compras	14
	Auditoría	16
2	Sistema Planificación y Control de Gestión	22
3	Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información	26
4	Sistema Seguridad de la Información	13
5	Sistema Información y Atención a Ciudadana	20
6	Sistema Gestión de la Calidad	21
7	Sistema Evaluación de Impacto	3

2. OBJETIVOS, REQUISITOS Y VALIDACIÓN TÉCNICA

Para verificar el cumplimiento de las metas de gestión comprometidas se debe acreditar el cumplimiento total de los contenidos y exigencias establecidas por cada Servicio a través del decreto ministerial que aprueba la formulación de Metas de Eficiencia Institucional para el año 2010.

En cuanto a la medición del grado de cumplimiento de las metas, estas sólo tomarán valores de 100% y 0%. El cumplimiento global de las MEI resulta de sumar la multiplicación del cumplimiento de cada "meta de gestión" y su correspondiente ponderador.

Expertos de las áreas prioritarios efectúan una validación técnica del grado de cumplimiento de las metas establecidas en las MEI.

Expertos de las Áreas Prioritarias

Sistema	Institución experta
Capacitación	Dirección Nacional del Servicio Civil
Compras	Dirección de Compras y Contrataciones Públicas
Auditoría	Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
Sistema Planificación y Control de Gestión	Dirección de Presupuestos (DIPRES)
Sistema Gobierno Electrónico – Tecnologías de Información	Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía
Sistema Seguridad de la Información	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior • Dirección de Presupuestos (DIPRES)
Sistema Información y Atención a Ciudadana	Secretaría General de Gobierno (SEGEGOB) del Ministerio Secretaría General de Gobierno. Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) del Ministerio Secretaría General de la Presidencia
Sistema Gestión de la Calidad	Dirección de Presupuestos (DIPRES)
Sistema Evaluación de Impacto	Dirección de Presupuestos (DIPRES)

3. CONCEPTOS

Programa Marco: Se refiere al conjunto de áreas, sistemas y objetivos o metas de gestión establecidos.

Objetivos o Metas de Gestión: se refiere al compromiso propuesto por la institución que alcanzará cada sistema de las MEI.

Requisitos Técnicos: son especificaciones en detalle de los contenidos y exigencias establecidas para cada objetivo o meta de gestión a desarrollar. Dichos requisitos definen la calidad exigida para cada "objetivo de gestión".

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

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

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

4. SISTEMAS, REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

4.1. SISTEMA CAPACITACIÓN

AREA	GESTIÓN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SISTEMA	CAPACITACIÓN

Objetivo General

Desarrollar competencias que permitan a los funcionarios/as mejorar su desempeño para el óptimo funcionamiento de la institución, a través de la capacitación.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Dirección Nacional del Servicio Civil

Objetivo 1

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

- Trazabilidad² del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación durante el año.
- Certificado Digital Vía Web del SISPUBLI.

Objetivo 2

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

- Definición de la Política de Capacitación, en el marco de los acuerdos del Comité Bipartito de Capacitación, de la Política de Recursos Humanos del Servicio y de las Definiciones Estratégicas de la Institución.
- Certificado Digital Vía Web del SISPUBLI.

Objetivo 3

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

- Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional.
- Diagnóstico de competencias transversales y específicas del Servicio identificando las brechas de competencias que constituyan necesidades de capacitación.
- Certificado Digital Vía Web del SISPUBLI.

Objetivo 4

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

- Plan Anual de Capacitación, aprobado por el Jefe de Servicio, que considera las propuestas de acciones de capacitación elaboradas por el Comité; que incluya la propuesta realizada por la Unidad de Recursos Humanos con asesoría del Comité Bipartito; y el Programa de Trabajo informado a todos/as los/as funcionario/as.
- Certificado Digital Vía Web del SISPUBLI.

² Se refiere a los hitos y evidencias del funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación, de acuerdo a lo establecido en los requisitos técnicos del Sistema de Capacitación y a las instrucciones que imparta la DNSC al respecto.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Objetivo 5

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

- Componentes de los mecanismos diseñados para la selección de oferentes de capacitaciones y selección de los beneficiarios de capacitación.

Objetivo 6

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

- Ejecución del Plan Anual de Capacitación aprobado y el gasto correspondiente en consistencia con el presupuesto de capacitación asignado por la Ley de Presupuesto³, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo.
- Resultados de la Gestión de Capacitación, según Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe de Servicio e informado a todos/as los/as funcionarios/as, que incluya el detalle de las acciones de capacitación ejecutadas de acuerdo al plan, señalando el presupuesto ejecutado.

Objetivo 7

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

- Resultados de la Gestión de Capacitación, según Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe del Servicio e informado a todos/as los/as funcionarios/as, que incluya el análisis global de la gestión de la capacitación ejecutada a través de la evaluación del Plan Anual de Capacitación efectuado; y un análisis del efecto y los resultados de la implementación de la Política de Capacitación definida por la Institución.
- Certificado Digital Vía Web del SISPUBLI.

Objetivo 8

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

- Diseño del Programa de Seguimiento de las Recomendaciones surgidas de la evaluación del Plan Anual de Capacitación.

Objetivo 9

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

- Informe que incluya la justificación de las diferencias entre las Bases Administrativas y Términos Técnicos utilizados en la licitación y las Bases Administrativas y Términos Técnicos de Referencia Tipo dispuestos por Dipres, si corresponde.
- Informe de Diagnóstico de la gestión de la calidad del Sistema de Capacitación.
- Programa de Trabajo para la implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Manual de la Calidad.
- Manual de Procedimientos que incluya los Procedimientos estratégicos del Sistema de Capacitación.
- Informe de auditorías internas de la calidad, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.
- Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver no conformidades y observaciones detectadas en auditorías internas de la calidad.

Objetivo 10

³ El Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en actividades de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza. Asimismo, el Servicio debe tener ejecutado al menos el 30% del Presupuesto asignado por glosa para capacitación, al concluir el primer semestre del año. Solo se podrán eximir de esta exigencia los Servicios que, fundadamente, hayan incorporado en su Plan Anual de Capacitación una actividad específica que demande más del 50% del total del presupuesto y cuya realización deberá ser posterior al mes de junio.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

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

- Informe que incluya la justificación de las diferencias entre las Bases Administrativas y los Términos Técnicos utilizados en la licitación de la empresa certificadora y las Bases Administrativas y los Términos Técnicos de Referencia Tipo dispuestos por Dipres, si corresponde.
- Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido.
- Informe de auditoría de pre-certificación, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.
- Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de pre-certificación.
- Informe de auditoría de certificación, señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación.

Objetivo 11

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

- Informes de auditorías de seguimiento del primer año de mantención señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver no conformidades y observaciones detectadas en auditorías de seguimiento del primer año de mantención
- Registro de Revisión por la Dirección

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	Constituir y disponer el funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> ○ La Institución dispone el funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación, quien asesorado por el Jefe o Encargado de Capacitación del Servicio, deberá cumplir con las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de seis reuniones en el año <ul style="list-style-type: none"> ○ Dos reuniones deberán, al menos, efectuarse en el primer semestre del año corriente. ○ Participan dos tercios de los representantes titulares, como promedio total anual. ➤ Identificación de los miembros del Comité Bipartito de Capacitación e ingreso de dicha información al SISPUBLI junto con la Resolución que crea el Comité y las actas de las reuniones realizadas. ➤ Difusión de las principales acciones realizadas y los resultados alcanzados.
	2	Definir la política de capacitación del servicio, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC), las definiciones estratégicas y la política de recursos humanos de la Institución y los acuerdos adoptados por el Comité Bipartito de Capacitación.	<ul style="list-style-type: none"> ○ La Institución formula, perfecciona y aplica, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil⁴, una Política de Capacitación que debe: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar enmarcada en la "política de recursos humanos" y en las definiciones estratégicas del Servicio. ➤ Considerar las Definiciones Estratégicas del Servicio. ➤ Ser considerada como marco de acción estratégica de la gestión de capacitación institucional.
	3	Diagnosticar las Necesidades de Capacitación, utilizando los perfiles de competencias por cargo definidos por la Institución y la política de capacitación definida.	<ul style="list-style-type: none"> ○ La Institución a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, realiza un Diagnóstico de Competencias Laborales transversales y específicas⁵ requeridas para lograr el mejoramiento de la gestión institucional, considerando al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de mecanismo de evaluación de competencias laborales transversales y específicas de la institución. ➤ Identificación y/o actualización del nivel educacional, trayectoria en materia de capacitación e importancia de la capacitación en relación con las funciones que desempeña. ➤ Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las acciones requeridas en los otros sistemas comprometidos en las MEI. ➤ Identificación y/o actualización de competencias transversales de la Institución, necesarias para cumplir los objetivos estratégicos establecidos en el Formulario A-1 de la Formulación Presupuestaria. ➤ Identificación de competencias específicas⁶ de los cargos del servicio, del segundo y tercer nivel jerárquico y funcional⁷. ➤ Aplicación del mecanismo de evaluación de competencias transversales y específicas, y determinación de brechas competencias de de, al menos, el 50% de los/as funcionarios/as que ocupan los cargos del tercer nivel jerárquico. ➤ Identificación de necesidades de capacitación considerado los definiciones estratégicas institucionales y las brechas de competencias laborales transversales identificadas. ○ La Institución, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación realiza un

⁴ Se sugiere consultar Documento "Orientaciones para el Diseño de Políticas de Capacitación y Evaluación del Desempeño" comunicado vía Oficio Ordinario N° 641 del 25 de Julio de 2006 de la DNSC, así como, las sugerencias específicas en la materia que esta Dirección entregue a los Servicios.

⁵ Estas competencias deberán formar parte de las definiciones de perfiles de cargo que deben ser informados a la DNSC según lo establecido en el Sistema de Evaluación de Desempeño.

⁶ Se entiende por Competencias Específicas, "aquellas que son requeridas de manera relevante para el desempeño de un cargo para cumplir exitosamente con su objetivo y sus funciones. Lo anterior involucra la identificación de los conocimientos, habilidades y aptitudes que debe poseer una persona para cumplir con un óptimo desempeño, en un contexto organizacional determinado".

⁷ Las competencias específicas y transversales de los cargos del segundo y tercer nivel jerárquico y funcional, deberán acreditarse a través de la presentación de los perfiles de cargo. Los cargos funcionales son aquellos que siendo parte de la estructura del servicio, no se encuentran definidos expresamente en las leyes de planta respectivas.

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional⁸ que deberá incluir, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las acciones requeridas en los otros sistemas de las MEI. ➤ Brechas de Competencias Laborales de los/las funcionarios, de acuerdo al diagnóstico realizado. <p>○ La Institución identifica las líneas claves de capacitación en base a las brechas detectadas en los diagnósticos anteriores realizando y/o estableciendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los diagnósticos que surjan en relación con competencias laborales de los/as funcionarios/as y los objetivos institucionales. - Áreas claves de capacitación institucional debidamente priorizadas, en función del diagnóstico anterior y los compromisos de períodos anteriores. - Objetivos estratégicos que se apoyarán con la capacitación institucional.
Etapas	4	Diseñar el Plan Anual de Capacitación, en acuerdo con el Comité Bipartito de Capacitación, con la aprobación del Jefe del Servicio y considerando la Detección de Necesidades de Capacitación hecha utilizando los Perfiles de Competencia definidos por la Institución, elaborando además un programa de trabajo para la ejecución del plan, e informando a todos los funcionarios de la institución respecto del plan y programa diseñados.	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La Institución, a través de la Unidad de Recursos Humanos y con la asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, elabora el Plan Anual de Capacitación, considerando, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Áreas claves de capacitación institucional debidamente priorizadas. ➤ Objetivos estratégicos que se apoyarán con la capacitación institucional. ➤ Política de capacitación definida por el servicio. ➤ Identificación de actividades de Capacitación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pertinentes que proporcionen herramientas a los funcionarios para la promoción, según los artículos 36 y 37 del DS/69 del M. Hacienda⁹. ○ Que incluya(n) temáticas de no discriminación e igualdad de oportunidades. ○ Que difunda(n) la normativa sobre acoso sexual en el trabajo e información sobre acoso laboral, a modo de prevención de estas prácticas en el servicio. ○ Para el fortalecimiento de al menos 2 de las competencias transversales, una de las cuales deberá ser probidad¹⁰, que el servicio ha incorporado como competencias institucionales, de las identificadas como comunes para la Administración Pública. ➤ Compromisos asumidos en el período anterior y los plazos de ejecución. ➤ Mecanismo de acceso de la información relacionada al proceso de capacitación y a las actividades de capacitación a realizar en el periodo, el que deberá evitar discriminaciones de cualquier tipo¹¹. ➤ Definir los indicadores de gestión para evaluar el Plan Anual de Capacitación, los cuales deben ser incorporados en el SIG del sistema de Planificación / Control de Gestión de las MEI. ➤ Formulación conjunta del Plan Anual de Capacitación con el proceso de formulación presupuestaria y aprobado por el Jefe de Servicio a más tardar el 31 de diciembre del año anterior al que se implementará. ➤ Formalización a través de resolución de los ajustes o modificaciones al Plan Anual de Capacitación, a más tardar el 31 de marzo del año en que se implementará, la que deberá ser registrada en SISPUBLI.

⁸ Este levantamiento, se debe realizar antes del 31 de Diciembre y debe ser considerado como insumo básico para el Plan Anual de Capacitación que se aplique durante el año 2010.

⁹ La institución deberá garantizar que exista la debida difusión de los procesos de promoción al interior del Servicio, a través de correo electrónico y la publicación de avisos en los lugares más visibles y concurridos de sus dependencias, (Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 sobre Buenas Prácticas Laborales, difundido a los servicios públicos el 15 de Junio de 2006, directriz del instructivo 2a, página 3).

¹⁰ Los servicios deberán participar de capacitaciones que en esta materia se desarrollen para toda la administración del Estado, cuando hayan sido incorporados a las mismas. De lo contrario, podrán desarrollar capacitaciones en esta temática, para lo cual, deberán considerar las orientaciones que entregue la Dirección Nacional del Servicio Civil u otra institución según corresponda.

¹¹ Directriz del Instructivo Presidencial N° 002 de Buenas Prácticas Laborales (directriz 2b, página 3).

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="611 201 1988 261">❑ La Institución elabora el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan Anual de Capacitación aprobado por el Jefe de Servicio que deberá incluir, al menos, los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="659 261 1451 293">➤ Los principales hitos y actividades del Plan Anual de Capacitación a ejecutar. <li data-bbox="659 293 1709 326">➤ El cronograma de trabajo o la secuencia temporal en que se ejecutarán las actividades de capacitación. <li data-bbox="659 326 1486 358">➤ Actividades de capacitación interna¹², externa¹³ sin costo y externas con costo¹⁴. <li data-bbox="659 358 1619 391">➤ El N° de participantes que se capacitará a nivel central y regional en cada actividad realizada. <li data-bbox="659 391 1864 423">➤ Criterios y/o mecanismos de asignación y/o distribución del presupuesto asignado a nivel regional, cuando corresponda. <li data-bbox="659 423 1988 483">➤ Detalle del presupuesto del Servicio, asignado por glosa de capacitación en la Ley de Presupuestos, y su distribución a nivel regional, cuando corresponda. <li data-bbox="611 505 1988 594">❑ La Institución difunde el Plan Anual de Capacitación a los funcionarios y a la Dirección Nacional del Servicio Civil, a través del SISPUBLI, a más tardar el 31 de diciembre del año anterior al que se ejecutará el plan. Esta difusión se deberá realizar al menos a través de correos electrónicos, avisos en lugares visibles y de fácil acceso u otro medio análogo definido por el Servicio.

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

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

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

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 3	5	Ejecutar el Plan Anual de Capacitación aprobado, implementando lo establecido en el Programa de Trabajo, e informando los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo incluyendo el detalle de las acciones de capacitación realizadas de acuerdo al plan y el presupuesto ejecutado.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución ejecuta el Plan Anual de Capacitación de acuerdo al Programa de Trabajo y difunde las actividades realizadas definidas en el Plan a los funcionarios y al Comité Bipartito de Capacitación, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los resultados de la aplicación del mecanismo de selección de los organismos capacitadores. ➤ Los organismos seleccionados en cada actividad de capacitación. ➤ Los resultados de la aplicación del mecanismo de selección de beneficiarios de la capacitación. ➤ Las principales actividades de capacitación realizadas. ➤ El N° de participantes de cada actividad de capacitación realizada, explicitando a nivel central y regional, y desagregados por calidad jurídica y estamento. ➤ Realización de las actividades de capacitación dentro de la jornada laboral, registrando las actividades de capacitación no desarrolladas en la jornada laboral y las causas de esto. ➤ El Monto del Gasto Total Ejecutado o en Ejecución, el que no podrá ser inferior a un 90% del presupuesto asignado por glosa a capacitación¹⁵. ➤ Resultado del cumplimiento de las metas de los indicadores definidos en el Plan. <input type="checkbox"/> La Institución aplica los mecanismos de evaluación de la capacitación de acuerdo al Programa de Trabajo, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de la satisfacción (reacción) de los participantes capacitados/as en actividades de capacitación de 12 o más horas de duración. ➤ Evaluación del aprendizaje a los participantes de actividades de capacitación que involucran, al menos, el 60% del presupuesto por glosa. ➤ Evaluación de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 15% de los/las participantes de actividades de capacitación contempladas en el plan de capacitación 2009 y 2010. <input type="checkbox"/> La Institución registra la ejecución de las actividades de capacitación en el SISPUBLI, o en el sistema indicado para tales efectos por el organismo técnico validador, exclusivamente vía Web. <input type="checkbox"/> La Institución difunde el Informe de Resultados de la ejecución del Programa de Trabajo a los funcionarios y a la Dirección Nacional del Servicio Civil, a través del SISPUBLI, a más tardar el 31 de diciembre del año en que ejecutó el plan. Esta difusión se deberá realizar al menos a través de correos electrónicos, avisos en lugares visibles y de fácil acceso u otro medio análogo definido por el Servicio.
Etapa 4	6	Evaluar el impacto del Plan Anual de Capacitación ejecutado, en términos de la satisfacción, aprendizaje y aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo por parte de los funcionarios capacitados, y teniendo en cuenta las necesidades de capacitación detectadas en el proceso de	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución, a través de la Unidad de Recursos Humanos y con la asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, evalúa el Plan Anual de Capacitación ejecutado, considerando, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las diferencias entre las actividades de capacitación efectivamente realizadas y las programadas, así como el gasto de capacitación ejecutado y programado. ➤ Análisis de las diferencias entre la cantidad de los participantes capacitados/as respecto de lo programado. ➤ Análisis de los participantes capacitados/as en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis del gasto realizado en el periodo, considerando las siguientes variables: región, calidad jurídica y estamento. ➤ Análisis del resultado del cumplimiento de las metas de los indicadores definidos en el Plan. Evaluación de la capacitación de

15 El Presupuesto de Capacitación es asignado por Ley de Presupuestos anualmente en su Subtítulo 22, Glosa de Capacitación y Perfeccionamiento. El gasto ejecutado en acciones de capacitación no podrá incluir para su cálculo compras de equipos computacionales u otros de similar naturaleza. Asimismo, el Servicio debe tener ejecutado al menos el 50% del Presupuesto asignado por glosa para capacitación, al concluir el año.

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		detección realizado utilizando los perfiles de competencia definidos por la institución.	<p>acuerdo al Programa de Trabajo, considerando al menos: Evaluación de la satisfacción (reacción) de los participantes capacitados/as en actividades de capacitación de 12 o más horas de duración; Evaluación del aprendizaje a los participantes de actividades de capacitación que involucran, al menos, el 60% del presupuesto por glosa; y Evaluación de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 15% de los/las participantes de actividades de capacitación en el periodo 2008 y 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de los resultados respecto de las competencias adquiridas por los/as funcionarios/as a través de las actividades de capacitación realizadas. ➤ Análisis de la efectividad¹⁶ y oportunidad¹⁷ de los mecanismos de difusión interna utilizados para informar a los/as funcionarios/as sobre las actividades de capacitación realizadas y la evaluación del proceso. ➤ Análisis del porcentaje del presupuesto utilizado en actividades de evaluación del aprendizaje respecto del presupuesto asignado por glosa a capacitación. ➤ Porcentaje de actividades de capacitación con 11 o menos horas de duración respecto al total de las actividades ejecutadas.
	7	Diseñar y difundir un programa de seguimiento para cerrar las debilidades detectadas por la evaluación del Plan anual de capacitación, incorporándolo como insumo al proceso de diseño del Plan Anual de Capacitación del año siguiente.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la Institución elabora un Programa de Seguimiento, considerando, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones derivadas de la ejecución y evaluación del Plan Anual de Capacitación. ➤ Compromisos asociados a las recomendaciones. ➤ Plazos y responsables para cumplir los compromisos e implementar las recomendaciones que se incorporan al Plan Anual de Capacitación del año siguiente. <input type="checkbox"/> El Servicio difunde a los funcionarios, los resultados de la evaluación del Plan de Capacitación ejecutado, a través de mecanismos que permitan lograr una cobertura en forma oportuna, informando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados de la evaluación del Plan de Capacitación ejecutado, a través de mecanismos que permitan lograr una gran cobertura en forma oportuna, utilizados para informar a los/as funcionarios/as sobre las actividades de capacitación realizadas y la evaluación del proceso.

16 Se entenderá por efectividad, al nivel de acceso que posee el mecanismo de difusión (más personas informadas, más efectivo es el mecanismo de difusión).

17 Se entenderá por oportunidad, al grado de pertinencia en el tiempo en que fue fueron difundidas las actividades de capacitación (más anticipación de la información, más oportuno es el mecanismo de difusión).

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 5	8	Preparar certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de capacitación en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución desarrolla el Plan¹⁸ para la preparación de la Certificación, el que deberá contener al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema de Capacitación respecto a las exigencias definidas en la Norma ISO 9001 que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, no considerados en los requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a otros desarrollos del sistema por parte del Servicio no considerados en los requisitos técnicos y sus necesarias adecuaciones a la norma. ➤ Programa de trabajo de implementación del Plan para la preparación de la Certificación, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades¹⁹. ○ Plazos. ○ Responsables. ➤ Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manual de Calidad. ○ Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procedimientos estratégicos del sistema. ▪ Los controles explícitos y los requisitos técnicos relevantes de estos procedimientos²⁰ del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente. ○ Informe con resultados de las auditorías internas de calidad señalando: <ul style="list-style-type: none"> - no conformidades detectadas. - observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. <p>Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas²¹ realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de calidad.</p>
Etapa 5	9	Certificar bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del sistema de capacitación en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de la auditoría de calidad interna – previa a la certificación del sistema señalando las no conformidades detectadas en dicha auditoría. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoría interna de calidad. ➤ Ejecución de la auditoría de certificación, señalando las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde, detectadas en la auditoría de certificación. <p>El servicio certifica el sistema.</p>

18 El Plan se desarrolla según los lineamientos establecidos, Guía para la Implementación ISO 9001 Sistema Compras y Contratación del Sector Público y la metodología de trabajo definida entre la consultora y el Servicio.

19 Dentro de las actividades que el Servicio deberá considerar para la Preparación de la Certificación está la capacitación del personal que trabaja en el desarrollo de los procesos del Sistema de Compras y Contratación del Sector Público, particularmente en temas de Implementación y Certificación, Documentación para sistemas certificados bajo Norma ISO 9001 y Auditorías Internas de Sistemas de Gestión de Calidad, según ISO 19011.

20 Considerar los aspectos señalados en los objetivos de los procesos del Sistema de Compras.

21 Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 7	10	Mantener la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de capacitación en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoria internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoria de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la(s) auditoría(s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Compras y Contratación del Sector Público sigue operando según norma ISO 9001.
Etapa 8	11	Mantener por segundo año la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de capacitación en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoria internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoria de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la(s) auditoría(s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Compras y Contratación del Sector Público sigue operando según norma ISO 9001.

4.2. SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

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

Objetivo General

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

MEDIO DE VERIFICACIÓN

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

Etapa 1

Objetivo 1

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

- Resultados de las acciones para desarrollar y evaluar las competencias para los funcionarios relacionados con el proceso de abastecimiento.

Objetivo 2

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

- Análisis de los Convenios Marco, Licitaciones Públicas y Convenios de Suministro.

Etapa 3

Objetivo 3

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

- Plan Anual de Compras Institucional.

Objetivo 4

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

- Indicadores definidos en el Panel de Gestión de Compras.
- Resultados de la realización de los procesos de compra y contratación a través de www.chilecompra.cl
- Cumplimiento de las metas comprometidas de los indicadores del Panel de Gestión de Compras.

Objetivo 5

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

- Análisis de los Resultados de los indicadores definidos en el Panel de Gestión de Compras.
- Recomendaciones y compromisos surgidos de la evaluación del cumplimiento de los indicadores del Panel de Gestión de Compras.
- Análisis de los resultados de la implementación del Programa de Seguimiento del cumplimiento de los indicadores del Panel de Gestión de Compras.

Objetivo 6

MEDIO DE VERIFICACIÓN

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

- Evaluación del cumplimiento del plan anual de compras.

Objetivo 7

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

- Resultados de la Gestión de Contratos realizada.

Objetivo 8

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

- Diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público.

Etapa 3

Objetivo 9

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

- Análisis de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público basado en el diagnóstico y diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo.
- Programa de Seguimiento.

Etapa 4

Objetivo 10

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

- Análisis de los resultados del Programa de Seguimiento de la evaluación de la implementación del Modelo de Mejoramiento continuo para la Gestión de Abastecimiento.

Etapa 5

Objetivo 11

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

- Diagnóstico para la preparación de la certificación.
- Programa de Trabajo para la preparación del sistema de Gestión de Calidad Institucional.
- Manual de Calidad.
- Manual de Procedimientos de los procesos del sistema de Compras y Contratación del Sector Público.
- Resultados de auditorías de calidad, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.
- Estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas.

Etapa 6

Objetivo 12

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

- Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido.
- Resultados de la auditoría de pre-certificación, señalando no conformidades detectadas.
- Acciones correctivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de pre-certificación.
- Resultados de la auditoría de certificación, señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/o oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de certificación.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Etapa 7

Objetivo 13

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

- Carta del Jefe de Servicio señalando que mantiene la certificación del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido (1° año de mantención).
- Resultados de auditorías de seguimiento del primer año de mantención señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/o oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de seguimiento del primer año de mantención.

Etapa 8

Objetivo 14

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

- Carta del Jefe de Servicio señalando que mantiene la certificación del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido (1° año de mantención).
- Resultados de auditorías de seguimiento del primer año de mantención señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/o oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de seguimiento del primer año de mantención.

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	Acreditar competencias y habilidades en materias de abastecimiento.	<input type="checkbox"/> La Institución analiza los resultados de las acciones para desarrollar y evaluar las competencias de los funcionarios relacionados con el proceso de abastecimiento. Para ello genera un registro interno de la acreditación, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre y Rut de cada funcionario acreditado. ➤ Unidad de Compra en la que ejerce funciones. ➤ Perfil acreditado.
	2	Definir los requerimientos institucionales y las formas de abastecimiento.	<input type="checkbox"/> La Institución define y analiza los requerimientos institucionales y las formas de abastecimiento de los productos y servicios a utilizar y para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compras por catálogo electrónico (convenio marco). ➤ Compras por licitación pública. ➤ Compras a través de convenios de suministro, compras con entregas parciales, y otras que la institución determine.
Etapa 2	3	Definir el Plan Anual de Compras considerando los requerimientos institucionales y las formas de abastecimiento.	<input type="checkbox"/> La Institución define el Plan Anual de Compras institucional para el período. Para ello debe considerar al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de un procedimiento interno para elaborar el Plan Anual de Compras de acuerdo a lo establecido en la normativa y evalúa su cumplimiento. ➤ Socialización a toda la Institución de dicho procedimiento. ➤ Elaboración del Plan Anual de Compras institucional de acuerdo a la forma y formato que la Dirección de Compras establece²². ➤ Publicación del Plan Anual de Compras en www.chilecompra.cl.
	4	Realizar completa y oportunamente los procesos de compra y contratación a través del portal www.chilecompra.cl sobre la base del Plan Anual de Compras.	<input type="checkbox"/> El Servicio cumple con realizar de manera transparente y eficiente los procesos de compra y contratación a través de www.mercadopublico.cl ²³ . Para ello: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisa y compra de acuerdo a los mecanismos de compra correspondientes a convenio marco, licitación pública y trato directo. ➤ Publica requerimientos (bases o Términos de Referencia) de acuerdo a normativa. ➤ Responde las consultas realizadas por los posibles oferentes a través de la plataforma. ➤ Realiza la apertura electrónica de las ofertas recibidas. ➤ Verifica la publicación de manera completa del acta de apertura electrónica. ➤ Adjudica y genera la resolución de adjudicación electrónicamente, con detalle del resultado de la evaluación. ➤ Emite la orden de compra correspondiente y/o adjunta contrato si lo hubiere. ➤ Recibe cuando corresponde la factura electrónica correspondiente. ➤ En relación con la oportunidad de los procesos éstos se deben llevar a cabo a través de la plataforma de manera integral y respetando los plazos de cada una de las etapas del proceso de compra o contratación relacionado con el tipo de adquisición de que se trate. ➤ Contesta oportunamente los reclamos respectivos de los procesos de compra, que se presentan a la institución.
	5	Evaluar los resultados de los indicadores del Panel	<input type="checkbox"/> El Servicio mide y analiza los indicadores medidos que permitan evaluar el Plan Anual de Compras institucional,

²² El formato establecido por la Dirección de Compras y Contratación Pública para el año 2009, corresponde a informar los 10 proyectos y/o adquisiciones más relevantes a ejecutar durante el periodo. Lo informado en el Plan de Compras forma parte del Informe de Resultados elaborado en el objetivo 2.

²³ Se aclara que mercado público corresponde a una de las varias plataformas que posee ChileCompra.

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		de Compras comprometido y establecer mejoras en la gestión de abastecimiento y analizar y monitorear los indicadores actuales del Panel de Gestión de Compras y sus desviaciones.	<p>definido, e incorporado dentro del portal de Mercado Público.; considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Datos efectivos del periodo, (numerador y denominador). ➤ Medios de Verificación, corresponde a las bases de datos, documentos, etc. que permitirán verificar los valores de la medición del indicador. ➤ El nivel de cumplimiento de cada indicador respecto de la meta (dispuesta por el servicio). ➤ El nivel de cumplimiento del conjunto de indicadores que permiten evaluar el Plan Anual de Compras. ➤ El fundamento y análisis de los resultados de los indicadores cumplidos. ➤ El análisis de causas de las desviaciones de los indicadores no cumplidos respecto de la meta. ➤ Análisis de las desviaciones entre lo planificado en el Plan Anual de Compras aprobado y el resultado del Plan ejecutado. ➤ La elaboración de un reporte ejecutivo basado en los resultados y análisis de los indicadores evaluados, el resultado del plan, señalando recomendaciones para mejorar el Plan Anual de Compras del año siguiente. <p><input type="checkbox"/> El Servicio mide y analiza indicadores pertinentes que permitan evaluar los resultados para la Gestión de Abastecimiento, en base a la selección de al menos el 50% de los indicadores del Panel de Control establecido por la Dirección de Compras Públicas, señalando correctamente para cada indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre Indicador. ➤ Tipo de Indicador. ➤ Algoritmo de cálculo. ➤ Datos efectivos años anteriores. ➤ Meta, identificando numerador y denominador (Meta DCCP solo referencial). ➤ Ponderación. ➤ Frecuencia de medición. ➤ Medios de Verificación corresponde a las bases de datos, documentos, etc. que permitirán medir el indicador. ➤ Supuestos del Indicador. ➤ Nota explicativas si corresponde. <p><input type="checkbox"/> Porcentaje Global de cumplimiento del conjunto de los indicadores del Panel de Control.</p>
	6	Evaluar periódicamente Plan Anual de Compras utilizando los resultados de los indicadores.	<p><input type="checkbox"/> La Institución evalúa periódicamente el cumplimiento del Plan Anual de Compras institucional, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las brechas entre lo establecido en el Plan de Compras y lo efectivamente realizado y generación de acciones preventivas y correctivas. ➤ Actualización del Plan Anual de Compras de acuerdo a la evaluación realizada previamente.
	7	Realizar la gestión de todos los contratos vigentes analizando la continuidad y término de los contratos, en base a la evaluación periódica del Plan Anual.	<p><input type="checkbox"/> El Servicio realiza Gestión todos los Contratos Vigentes. Para ello considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de un procedimiento formal para evaluar periódica y oportunamente todos los contratos vigentes institucionales y realización de acciones de consulta al mercado proveedor y los usuarios internos para decidir su continuidad o licitarlos nuevamente, si existiesen condiciones comerciales más ventajosas. Esto es: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza catastro de todos los contratos vigentes de la institución, identificando al menos: Nombre del

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>contrato, fecha suscripción, fecha de vencimiento, antigüedad, monto, cláusula de renovación automática y/o término anticipado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Define programa de evaluación o calendario. Este incluye al menos: Nombre del contrato, identificación de las acciones de evaluación fecha y responsable. ○ Aplica programa y toma decisiones con base a la información obtenida. ○ Evalúa de las acciones realizadas y sus resultados. ○ Propone acciones de mejoramiento para el proceso de evaluación del próximo período. ○ Presenta resultados de la Gestión de Contratos, identificando al menos: Nombre contrato, actividades de evaluación realizadas, resultados (decisiones ejecutadas).
	8	Diagnosticar y diseñar el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ El Servicio realiza el diagnóstico, elabora el diseño del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, el que deberá incluir al menos los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento para lo cual se sugiere consultar la Guía Metodológica de Compras y Contrataciones, para lo cual se debe considerar al menos los siguientes ámbitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pago a 30 días. ○ Compras verdes. ○ Servicios de bienestar. ➤ Diseño del Modelo de Mejoramiento continuo en base en las conclusiones del diagnóstico realizado, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de las áreas críticas o claves para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento Institucional. ○ Definición de las actividades y/o proyectos para abordar las áreas críticas considerando, para cada proyecto, al menos: nombre de la actividad, área crítica abordada, objetivo, plazo de ejecución, y responsables.
Etapa 3	9	Implementar y evaluar la aplicación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento sobre la base del Programa de Trabajo definido para el año.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución implementa y evalúa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público en base al Modelo diseñado según las conclusiones del diagnóstico realizado, ejecutando para cada proyecto y/o actividades²⁴, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base diseño aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas. ○ Calendarización de las acciones de capacitación. ○ N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan. ➤ La implementación de un sistema de control de gestión y evacuación interna de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mide el sistema de control de gestión y evacuación de reclamos incorporando estándares y control de calidad de las respuestas enviadas al proveedor. ○ Las acciones que dan origen a la evaluación periódica y oportuna de los contratos que definió como gestionables de acuerdo al diagnóstico realizado. ➤ La implementación del sistema de evaluación de proveedores, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Herramientas disponibles en www.mercadopublico.cl ➤ Ejecución de sus compras de acuerdo a los mecanismos de compra establecidos.

24 Corresponde a cualquier acción que realice el servicio con el fin de incorporar mejoras a la Gestión de Abastecimiento en uno o más proyectos.

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ La implementación de los mecanismos para comparar los montos ejecutados en el portal www.chilecompra versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Justifica toda compra realizada fuera del portal www.chilecompra. ○ Mide el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio. ○ Ítems presupuestarios transables en el portal. ➤ La implementación de la política de inventarios definida, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alcance ○ Gestión de Bodegas ○ Actores ➤ La implementación de los proyectos de mejoramiento de las áreas priorizadas de la gestión de abastecimiento con base en el diagnóstico y el Programa de Trabajo Anual, el que debe incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Selección de las áreas críticas o claves para el mejoramiento de la gestión de abastecimiento en las que se implementará un proyecto y/o actividad(es), para las áreas de mejoramiento seleccionadas. ○ Define y ejecuta proyectos y/o actividades de mejoramiento de la gestión de Abastecimiento en las áreas críticas seleccionadas, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos generales y específicos. ▪ Alcance. ▪ Impacto. ▪ Monto a ejecutar (si corresponde). ▪ Cronograma de trabajo señalando actividades, plazos y responsables. ○ El Servicio mide y evalúa el resultado de los indicadores definidos que permitan evaluar los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.
Etapa 4	10	Elaborar un programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación de la aplicación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución elabora de un Programa de Seguimiento estableciendo recomendaciones, compromisos y acciones/actividades, plazos y responsables, basado en los resultados de la evaluación de la aplicación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento.

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapas 5	11	Preparar certificación ISO 9001:2000 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Compras y Contrataciones en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución desarrolla el Plan²⁵ para la preparación de la Certificación, el que deberá contener al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema de Compras y Contratación del Sector Público respecto a las exigencias definidas en la Norma ISO 9001 que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, no considerados en los requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a otros desarrollos del sistema por parte del Servicio no considerados en los requisitos técnicos y sus necesarias adecuaciones a la norma. ➤ Programa de trabajo de implementación del Plan para la preparación de la Certificación, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades²⁶. ○ Plazos. ○ Responsables. ➤ Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manual de Calidad. ○ Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procedimientos estratégicos del sistema, es decir, aquellos relacionados con las etapas para Desarrollar y Evaluar las Competencias de los Funcionarios relacionados con el Proceso de Abastecimiento, Planificación, Ejecución y Análisis de las Compras Institucionales, Análisis de los Indicadores de los Procesos de Compras y Contratación realizados a través de www.mercadopublico.cl, Evaluación de los Contratos Vigentes Institucionales, Informe de Implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo. ▪ Los controles explícitos y los requisitos técnicos relevantes de estos procedimientos²⁷ del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente. ○ Informe con resultados de las auditorías internas de calidad señalando: <ul style="list-style-type: none"> - no conformidades detectadas. - observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. ○ Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas²⁸ realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de calidad.

25 El Plan se desarrolla según los lineamientos establecidos, Guía para la Implementación ISO 9001 Sistema Compras y Contratación del Sector Público y la metodología de trabajo definida entre la consultora y el Servicio.

26 Dentro de las actividades que el Servicio deberá considerar para la Preparación de la Certificación está la capacitación del personal que trabaja en el desarrollo de los procesos del Sistema de Compras y Contratación del Sector Público, particularmente en temas de Implementación y Certificación, Documentación para sistemas certificados bajo Norma ISO 9001 y Auditorías Internas de Sistemas de Gestión de Calidad, según ISO 19011.

27 Considerar los aspectos señalados en los objetivos de los procesos del Sistema de Compras.

28 Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 6	12	Certificar bajo Norma ISO 9001:2000 los procesos asociados al desarrollo del sistema de Compras y Contrataciones de los Servicios Públicos en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección de la empresa certificadora considerando los requisitos definidos por DIPRES. ➤ Ejecución de la auditoria de Pre-Certificación del sistema, señalando las no conformidades detectadas en dicha auditoria. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoria de pre-certificación. ➤ Ejecución de la auditoria de certificación, señalando las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde, detectadas en la auditoria de certificación. <input type="checkbox"/> El servicio certifica el sistema.
Etapa 7	13	Mantener la certificación ISO 9001:2000 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de compras y contrataciones de los Servicios Públicos en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoria internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoria de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la(s) auditoría(s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Compras y Contratación del Sector Público sigue operando según norma ISO 9001. <p>Nota: En el periodo que corresponda incorporar nuevos sistemas a la certificación o incluir nuevas áreas geográficas u otro, el servicio puede solicitar a la empresa certificadora la ampliación del alcance.</p>

Etapas	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapas 8	13	<p>Mantener por segundo año la certificación ISO 9001:2000 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de compras y contrataciones de los Servicios Públicos en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoria internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoria de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la(s) auditoría(s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Compras y Contratación del Sector Público sigue operando según norma ISO 9001. <p>Nota: En el periodo que corresponda incorporar nuevos sistemas a la certificación o incluir nuevas áreas geográficas u otro, el servicio puede solicitar a la empresa certificadora la ampliación del alcance.</p>

4.3. SISTEMA AUDITORIA INTERNA

AREA	GESTIÓN DE RIESGOS
SISTEMA	AUDTORIA INTERNA

Objetivo General

Planificar, programar y ejecutar en forma permanente y continua, auditorías internas de carácter general, estratégico, fundamentalmente preventivas y de apoyo a la gestión, realizando seguimiento a los compromisos. Por otra parte, implementar y desarrollar la gestión de riesgos, formulando estrategias de tratamiento de los principales riesgos de los Servicios.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.

Etapa 1

Objetivo 1

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado²⁹ al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- o Resolución exenta u otro documento oficial del Jefe de Servicio creando la Unidad de Auditoría Interna.
- o Resolución exenta u otro documento oficial referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna.
- o Estatuto de Auditoría Interna.
- o Antecedentes del funcionamiento de la Unidad de Auditoría señalados en los requisitos técnicos

Etapa 2

Objetivo 2

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado³⁰ al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- o Diagnóstico de los procesos de riesgo de la institución para el año corriente³¹.
- o Plan Anual de Auditoría para el año siguiente con el desarrollo de las actividades de auditorías institucionales, ministeriales y gubernamentales.

Etapa 3

Objetivo 3

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- o Programación de cada auditoría contemplada en el Plan Anual de Auditoría del año.
- o Información mensual de la ejecución de las auditorías de acuerdo a lo señalado en el Plan Anual de Auditoría del año.

Etapa 4

Objetivo 4

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- o Compromisos establecidos e implementados.

Objetivo 5

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

29 Hasta el 31 de diciembre de 2010.

30 Hasta el 31 de diciembre de 2010.

31 El año corriente corresponde al año 2010.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Plan de Seguimiento de los compromisos.

Objetivo 6

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Informe del grado de implementación de los Compromisos a los cuales se les ha realizado Seguimiento.
- Cumplimiento de porcentaje de implementación mínimo requerido, respecto a los Compromisos de Seguimiento.

Objetivo 7

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Política de gestión de riesgos institucional.
- Roles, responsabilidades y funciones para el desarrollo del proceso de gestión de riesgos.

Objetivo 8

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Matriz de Riesgos Estratégica desagregando los procesos de la institución.

Objetivo 9

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Ranking de procesos y subprocesos por exposición al riesgo ponderada.

Objetivo 10

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Planes para tratamiento de los riesgos priorizados con su respectivo seguimiento.

Objetivo 11

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Monitoreo a las estrategias de tratamiento de riesgos y los respectivos resultados.

Objetivo 12

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de la línea base del Proceso de Gestión de Riesgos y propuestas de mejora.

Etapas

Objetivo 13

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico para la preparación de la certificación.
- Programa de Trabajo para la preparación del sistema de gestión de la calidad institucional.
- Manual de la Calidad.
- Manual de Procedimientos de los procesos del Sistema Auditoría Interna.
- Resultados de auditorías de calidad, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.
- Estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Etapa 6

Objetivo 14

- Informe de auditoría de Pre-certificación, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.
- Acciones correctivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de Pre-certificación.
- Informe de auditoría de Certificación, señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de certificación.
- Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido.

Etapa 7 y 8

Objetivo 15 y 16

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Carta del Jefe de Servicio señalando que mantiene la certificación del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido. (1° o 2° año de mantención).
- Resultados de auditorías de seguimiento del primer o segundo año de mantención señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas a las no conformidades observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de seguimiento del primer o segundo año de mantención.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	<p>Crear la Unidad de Auditoría Interna a través de resolución exenta u otro documento, estableciendo la dependencia directa del Jefe Superior del Servicio. Enviar al Consejo de Auditoría una copia de la resolución exenta u otro documento, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna. Formular, y enviar al Consejo de Auditoría el Estatuto de Auditoría Interna aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución crea la Unidad de Auditoría Interna a través de una resolución exenta u otro documento identificando, al menos los siguientes¹⁴ aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Misión de la Unidad, las incompatibilidades y sus objetivos. ➤ Las principales funciones de la Unidad de Auditoría, 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. ➤ Que el Jefe de la Unidad de Auditoría Interna, para el ejercicio de sus funciones, depende directa y exclusivamente del Jefe de Servicio. ➤ Que los Auditores Internos deben otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de Gestión de Riesgos de la Institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. ➤ La metodología de trabajo y coordinación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno a través del Auditor Ministerial. ➤ Que 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. <input type="checkbox"/> La institución elabora la resolución exenta u otro documento de la misma jerarquía legal, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna. <input type="checkbox"/> El Servicio debe formular y/o actualizar el Estatuto de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría. En este se debe definir detalladamente las actividades que la Unidad de Auditoría Interna debe desempeñar, las que puede realizar con independencia y objetividad y las que no debe realizar en el marco del proceso de gestión de riesgos, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.
Etapa 2	2	<p>Elaborar un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgo Estratégico y presentar una propuesta del Plan Anual de Auditoría al Jefe de Servicio.</p> <p>Elaborar un Plan Anual de Auditoría, incluyendo las tres líneas de auditoría (Institucional, Ministerial y Gubernamental), el que debe ser presentado al Consejo de Auditoría. Para la elaboración del Plan Anual de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución debe elaborar³² un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Matriz de Riesgos³³ actualizada y aprobada por el Jefe de Servicio, la que debe contener la identificación y análisis de los riesgos de los procesos (estratégicos y de soporte), subprocesos y etapas, construida en el proceso de gestión de riesgos año 2010. ➤ El contenido del diagnóstico debe permitir sustentar el Plan Anual de Auditoría, y debe contener al menos, un ranking de riesgos por proceso, subprocesos y/o etapas y los criterios técnicos definidos por el auditor interno³⁴. ➤ Debe existir consistencia entre el análisis de probabilidades, impactos y eficiencia de los controles realizados en la Matriz de Riesgos en los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado la falta de probidad. ➤ Sobre la base del diagnóstico, el Jefe de la Unidad de Auditoría debe recomendar para su aprobación al Jefe de Servicio, los procesos, subprocesos y etapas a auditar.

³² Según lo considerado en documento técnico N° 33 "Planificación de Auditoría" versión marzo 2008, y el Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

³³ Según criterios considerados en documento técnico "Objetivo de Auditoría Gubernamental 2010" versión marzo de 2010.

³⁴ Según lo considerado en documento técnico N° 33 "Planificación de Auditoría" versión marzo 2008.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		Auditoría, de se deben aplicar las directrices técnicas del Consejo de Auditoría sobre planificación.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución elabora³⁵ el Plan Anual de Auditoría 2011 basado en el diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, que debe contener al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo Gubernamental³⁶. ➤ Objetivo Ministerial³⁷. ➤ Objetivo Institucional: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Plan debe contener al menos cuatro auditorías institucionales a los procesos o subprocesos o etapas, identificadas en la Matriz de Riesgo, con los mayores niveles de criticidad, debiendo justificar para cada uno de ellas el uso eficiente de las horas hombres disponibles. ○ Adicionalmente a las auditorías anteriores, debe considerarse en el Plan de Auditoría el aseguramiento³⁸ al proceso de gestión de riesgos de la institución. ○ El Plan debe contener un cronograma general de las auditorías y actividades. ○ Para cada auditoría se debe fundamentar su incorporación en el Plan Anual. (diagnóstico, solicitud especial de la autoridad, normativa específica, etc.) ○ Los objetivos generales de cada auditoría, deben ser consistentes con los objetivos y riesgos del proceso levantado en la matriz de riesgos. ○ Los objetivos generales de cada auditoría contemplada en el Plan Anual, deben ser consistente con los principios de independencia y objetividad del Auditor Interno. ○ El alcance general de cada auditoría, debe estar descrito en términos que permita cuantificar o medir las actividades que se realizarán. ○ El equipo de trabajo y estimación de horas de auditoría, debe ser consistente con las actividades planificadas. ○ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la ejecución del Plan Anual de Auditoría, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones. ○ Debe existir consistencia entre los procesos, subprocesos y etapas consideradas en la formulación del Plan Anual de Auditoría y el proceso y las situaciones en que se hubiese generado la falta de probidad. ❑ 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.

³⁵ Según lo considerado en documento técnico N° 33 "Planificación de Auditoría" versión marzo 2008 y Documentos Técnicos correspondientes al Objetivo Gubernamental año 2010.

³⁶ El Documento Técnico referido al Objetivo de Auditoría Gubernamental 2010, será parte integrante del Sistema de Auditoría Interna.

³⁷ El Objetivo Ministerial, correspondiente al período 2011, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre de 2010. Definir Objetivos y Alcance y adjuntar su respectivo Programa de Auditoría.

³⁸ Según lo considerado en Documento Técnico "Objetivo Gubernamental de Auditoría 2010 - Aseguramiento al Proceso de Gestión de Riesgos" versión 2010.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 3	3	<p>Formular y enviar al Consejo de Auditoría, los programas e informes de auditoría, para cada auditoría contenida en el Plan Anual de Auditoría e informe final con el análisis de la ejecución del Plan y las conclusiones sobre el resultado del trabajo anual, que corresponde a la evaluación del año. Para ello se deben aplicar directrices técnicas del Consejo de Auditoría sobre programación, ejecución e informe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución debe presentar al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno los Programas de Auditoría³⁹. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para cada auditoría planificada se debe acompañar el programa de auditoría específico utilizado, firmado por el Jefe de la Unidad de Auditoría. El cual debe tener la siguiente estructura mínima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales de cada auditoría, que deben ser los señalados en el Plan Anual de Auditoría. ○ Los objetivos específicos de la auditoría, que deben ser consistentes con los objetivos generales y 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, que debe ser consistente con el señalado en el Plan Anual de Auditoría y definido 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 de los indicadores de desempeño para la programación de las Auditorías, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones. ❑ La auditoría de aseguramiento al proceso de gestión de riesgos, debe basarse en las instrucciones del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y en el Documento Técnico N° 24, "Programación Específica de Auditoría" versión 0.4 marzo 2008.

39 Para el año 2010, la Unidad de Auditoría, debe programar, todas las auditorías de su Plan Anual, utilizando la metodología descrita en el Documento Técnico N° 24 "Programación Específica de Auditoría" versión 0.4 marzo 2008.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución informa mensualmente⁴⁰ las auditorías terminadas⁴⁰ de acuerdo al Plan⁴¹ 2009 y las actividades desarrolladas por la Unidad de Auditoría Interna considerando, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe Ejecutivo. ➤ Informe Detallado: ➤ Los objetivos generales y específicos de auditoría, que deben ser los señalados en el programa de auditoría. ➤ El alcance de la auditoría, debe ser el señalado en el programa de auditoría. ➤ La oportunidad de la auditoría. ➤ Análisis de los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los hallazgos de auditoría detectados, deben contener la descripción de los hechos detectados y el análisis de causas. ○ Los hallazgos deben sustentarse con evidencia de auditoría suficiente y competente dispuesta en los papeles de trabajo. ○ El efecto real o potencial que generan los hallazgos de auditoría, entendiéndose por tal las consecuencias que derivan o puede derivarse de éstos en el ámbito de la auditoría. ○ Las recomendaciones para mitigar los efectos de los hallazgos de auditoría, que deben considerar las causas de los mismos y que permitan a la Dirección, tomar medidas correctivas y preventivas en el proceso de gestión de riesgos. ○ Debe existir consistencia entre los hallazgos y las recomendaciones contenidas en el informe de auditoría y las situaciones en que se hubiesen detectado faltas de probidad de un proceso determinado. ○ Formulación y/o actualización de los indicadores de desempeño para los informes de auditoría del Plan Anual, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones. ❑ El Servicio debe elaborar un informe final de las Auditorías⁴² y/o actividades ejecutadas durante el año, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El total de las auditorías y actividades realizadas en el año. <ul style="list-style-type: none"> ○ El análisis de la ejecución de las auditorías planificadas. ○ El análisis de la ejecución de las auditorías y actividades no planificadas. ○ El análisis sobre el cumplimiento del cronograma de trabajo comprometido. ○ Los resultados y actualizaciones de las mediciones de los indicadores de desempeño (planificación, programación, informe y seguimiento) y aplicación procedimientos de control y monitoreo (programación, informe y seguimiento), formulados por el Servicio. ○ La Conclusión general del trabajo anual.
Etapa 4	4	Informar al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría Interna, surgidos	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio debe presentar al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, un informe aprobado por el Jefe de Servicio, que indica cuales fueron los compromisos implementados durante el mismo período, a los que se les realizó seguimiento por la Unidad de Auditoría Interna, el que debe contener: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa.

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

41 Si existieran modificaciones al Plan Anual de Auditoría deben presentarse al Consejo de Auditoría a más tardar el 30 de agosto de 2010 y estar debidamente justificadas y aprobadas por el Jefe de Servicio. Las auditorías que modifican el Plan Anual original, deben ser respaldadas por un nuevo análisis de riesgos y su respectiva matriz de riesgos estratégica.

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		de la implementación del plan anual de auditoría y del programa de auditoría, enviando un informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Jefe de Servicio durante el periodo. Para esto se deben aplicar directrices técnicas del Consejo de Auditoría sobre seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El hallazgo de auditoría. ○ La recomendación de auditoría. ○ El número / fecha, documento repuesta. ○ El o los compromisos¹⁴ asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El indicador de logro del compromiso. ○ La meta. ○ El plazos/fecha, propuesta para la implementación de las medidas. ○ La fecha de seguimiento de la auditoría. ○ El porcentaje de cumplimiento.
	5	Formular y enviar al Consejo de Auditoría el Plan de Seguimiento con los Compromisos suscritos el año anterior, basándose en el informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Jefe de Servicio en dicho periodo y de acuerdo a las directrices técnicas del Consejo de Auditoría sobre seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2011 aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Objetivo General y Específico ➤ Alcance ➤ Equipo de trabajo ➤ Horas de auditoría ➤ Cronograma ➤ Definición de una metodología, la que debe definir las materias sobre las cuales hacer seguimiento⁴³, considerando al menos las siguientes alternativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Servicio efectuará el seguimiento a todas las auditorías realizadas (100%) ó, ○ Cuando corresponda, el Servicio priorizará y seleccionará las auditorías a las cuales se les va hacer seguimiento, en base, entre otras, a las siguientes variables relevantes y/o estratégicas: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de Riesgo que presenta el proceso o sistema auditado en la última matriz de riesgos del proceso de gestión de riesgos. - La importancia estratégica que posee el proceso o sistema auditado para la Institución. - Existencia de auditorías y seguimientos realizados con anterioridad sobre el proceso o sistema auditado. - Grado de contribución del compromiso al mejoramiento del proceso de gestión de riesgo. ➤ Definición actividades de seguimiento para verificar el monitoreo realizado al Plan de tratamiento del proceso de gestión de riesgos por la administración. ➤ Debe existir consistencia entre el plan de seguimiento de auditoría a los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado las faltas de probidad. ➤ Definición de los procedimientos de control y monitoreo y los indicadores de desempeño utilizados para la ejecución del Plan de Seguimiento e informar los resultados de sus mediciones. ➤ Identificación de los compromisos de seguimiento aprobados por el Jefe de Servicio basados en la priorización descrita en el punto anterior o al 100% de los compromisos no implementados durante el año 2010 y los años anteriores, registrando: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan.

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ○ El hallazgo de auditoría. ○ La sugerencia o recomendación de auditoría. ○ El número/ fecha, documento repuesta. ○ El o los compromisos⁴⁴ asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El indicador de logro del compromiso. ○ La meta. ○ Los plazos/fecha, propuesta para la implementación de las medidas. ○ El responsable de la implementación.
	6	<p>Implementar el Plan de Seguimiento de los compromisos de acuerdo a las directrices técnicas del Consejo de Auditoría sobre seguimiento, enviando al Consejo de Auditoría un informe del grado de implementación de los compromisos de seguimiento del año anterior. Implementar un porcentaje mínimo de los compromisos establecidos producto de las recomendaciones de las auditorías, informados anualmente los que se medirán de acuerdo a una escala definida por el Consejo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora un informe⁴⁵ consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2009 y anteriores, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Evaluación de Resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El número de recomendación. ○ El hallazgo de auditoría. ○ El o los compromisos⁴⁶ asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El porcentaje de cumplimiento o avance de las medidas. ○ El impacto de implementación de las medidas. ○ El motivo del no cumplimiento, cuando corresponda. ○ La nueva recomendación, si corresponde. ➤ Conclusiones ➤ El grado de cumplimiento de implementación mínimo requerido respecto de los compromisos de seguimiento se medirá con la siguiente relación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cantidad de compromisos de Seguimiento está entre 1 y 30, entonces el porcentaje mínimo de implementación corresponde a un 90%. ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento está entre 31 y 70, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 80%. ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento es igual o mayor que 71, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 70%.
	7	<p>Definir formalmente la política y los roles, responsabilidades y funciones para el proceso de gestión de riesgos, enviando dicha información al Consejo de Auditoría.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución define y documenta la Política de Riesgos, a través de una resolución, considerando, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos y compromisos con la gestión de riesgo. ➤ El alineamiento entre la política y los objetivos estratégicos. ➤ El alcance o amplitud de la política. ➤ Los procesos a ser utilizados para gestionar los riesgos.

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

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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Los responsables de gestionar los riesgos y las competencias que estos requieren. ➤ El compromiso de la dirección para la revisión periódica. <input type="checkbox"/> La Institución define y documenta los roles de las personas relacionadas con las siguientes materias: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Iniciar acciones para prevenir o reducir los efectos de los riesgos. ➤ Controlar el tratamiento de los riesgos. ➤ Identificar y registrar cualquier problema relacionado con la gestión de los riesgos. ➤ Iniciar, recomendar o proveer soluciones a través de estrategias. ➤ Verificar a través del monitoreo la implementación de las soluciones contenidas en las estrategias.
	8	Formular y enviar la matriz de riesgos desagregando los procesos, subprocesos, etapas, riesgos y controles, de acuerdo con las directrices técnicas del Consejo de Auditoría y con las definiciones establecidas formalmente en la política para el proceso de gestión de riesgos, por parte del Jefe del Servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución confecciona la Matriz de Riesgos como resultado de las fases de identificación y análisis de riesgos, considerando, al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procesos Transversales. ➤ Proceso Institucional. ➤ Ponderación del proceso con justificación. ➤ Subprocesos. ➤ Ponderación del Subproceso con justificación. ➤ Etapas. ➤ Objetivos Operativos. ➤ Riesgos, incluyendo descripción de los riesgos, su fuente, su tipología, su probabilidad, impacto y severidad. ➤ Controles, incluyendo la descripción del control, la evaluación de efectividad del control, en cumplimiento del mismo con las normas generales y su valor. ➤ La exposición al riesgo por riesgo, etapa, subproceso y proceso. ➤ La exposición al riesgo ponderada por subproceso y proceso.
	9	Presentar al Consejo de Auditoría, un ranking de procesos y subprocesos por exposición al riesgo ponderada.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución, de acuerdo al resultado de la Matriz de Riesgos, construye un Ranking de Riesgos en base al nivel de exposición al riesgo ponderada, tanto a nivel de procesos como a nivel de subprocesos.¹⁶
	10	Formular y enviar planes para tratamiento de los riesgos priorizados efectuado.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución implementa las acciones necesarias para monitorear los riesgos, para lo cual elabora un Plan de Tratamiento de Riesgos, considerando, al menos lo siguiente:¹⁶ <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación del proceso transversal, el proceso institucional, subproceso, etapa y riesgo que se va a tratar. ➤ Estrategia genérica. ➤ Descripción de la estrategia a aplicar. ➤ Efecto potencial en la severidad de riesgo y/o efectividad del control. ➤ Responsable de la estrategia. ➤ Plazo. ➤ Indicador de logro. ➤ Periodo de medición. ➤ Meta. ➤ Evidencia a observar.
	11	Realizar monitoreo a la implementación de las estrategias de	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución realiza el monitoreo de la implementación de las medidas adoptadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos⁴⁷, considerando al menos lo siguiente:

47 Durante el primer año de implementación del Proceso de Gestión de Riesgos, sólo se deberá diseñar el proceso de seguimiento y sólo a partir del segundo año deberá llevarlo a cabo.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		tratamiento de riesgos y enviar un informe con los resultados al Consejo de Auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación del proceso transversal, institucional, subproceso, etapa y riesgo específico, que se consideró el Plan de Tratamiento y sobre el que se realizará el monitoreo. ➤ La estrategia genérica y la descripción de la misma a la cual se realizará monitoreo. ➤ Periodo de evaluación de la implementación de la estrategia. ➤ Resultados de la medición de la metas. ➤ Evidencia del cumplimiento. ➤ Proyecciones de cumplimiento. ➤ Recomendaciones. <p>La Institución durante el primer año de aplicación del Proceso de Gestión de Riesgos, deberá remitirse sólo el formato de seguimiento que se utilizará al año siguiente, que debe contener como puntos mínimos los antes señalados para recolectar información.</p> <p><input type="checkbox"/> A partir del segundo año de aplicación del Proceso de Gestión de Riesgos, la Institución debe comenzar a realizar el monitoreo en forma regular, respecto de las medidas adoptadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos del año anterior y acompañar con información el formato presentado.¹⁶</p>
12		Presentar al Consejo de Auditoría un informe de diagnóstico y propuesta de la fase de comunicación y consulta del proceso de gestión de riesgos.	<p><input type="checkbox"/> La Institución elabora u diagnóstico¹⁶ para determinar el estado en que se encuentra la información relativa al Proceso de Gestión de Riesgos, considerando, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Concluir sobre la existencia de un Proceso de Gestión de Riesgos. ➤ Señalar para las fases del Proceso de Gestión de Riesgos que se han desarrollado en el Servicio, cómo se manejan, en qué soporte, quien es el encargado de su manejo. ➤ Señalar si existen instrumentos definidos por el Servicio que sirvan para contener y/o difundir información acerca de las fases del Proceso de Gestión de Riesgos que se desarrolla en el Servicio. ➤ Indicar cómo se comunica esa información, a través de qué medios, concluir si la comunicación es formal y si se han definido los canales de la misma. ➤ Indicar a qué nivel se comunica, quién tiene acceso a la información, concluir si se da acceso total o parcial, indicar si existen personas responsables de la comunicación de la información. ➤ Concluir sobre la existencia de medios de participación y retroalimentación de la comunicación, si existen mecanismos de recibir y analizar los puntos de vista del personal. <p><input type="checkbox"/> Identificar en qué tipo de sistema se comunica (correo, escrito tradicional, Web del Servicio, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> La Institución propone mejoras en base al diagnóstico anterior, considerando, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de información se espera recopilar en el proceso. ➤ Oportunidad y periodicidad de la recolección de la información. ➤ Tipo de instrumentos para recoger esa información. ➤ Tipo de reportes que podría tener el proceso y análisis que contendrían. ➤ Roles y responsables de la calidad y confiabilidad de la información. ➤ Sistemas involucrados en el manejo de información del proceso de Gestión de Riesgos al interior del Servicio, soportes y sistemas. ➤ Niveles organizacionales y personas a quienes se comunicará la información, diferencia de comunicación por acceso. ➤ Forma de realizar la comunicación (soportes y tecnologías requeridas). ➤ Oportunidad y periodicidad de la comunicación.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acceso a la comunicación, criterios para definir perfiles por tipo de información. ➤ Recolección de opiniones que genere la comunicación, espacios de participación, forma como se hará efectiva la participación. ➤ Señalar roles y responsables de la comunicación y la participación. ➤ Señalar mecanismos de retroalimentación del sistema.
Etapa 5	13	Preparar certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Auditoría en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución desarrolla el Plan para la preparación de la Certificación, el que deberá contener al menos, lo siguiente⁴⁸: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema de Auditoría Interna respecto a las exigencias definidas en la Norma ISO 9001 que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, no considerados en los requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a otros desarrollos del sistema por parte del Servicio no considerados en los requisitos técnicos y sus necesarias adecuaciones a la norma. ➤ Programa de trabajo de implementación del Plan para la preparación de la Certificación, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades⁴⁹. ○ Plazos. ○ Responsables. ➤ Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manual de Calidad. ○ Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Los procedimientos estratégicos del sistema, es decir, aquellos relacionados con las etapas planificación, programación, ejecución, informe y seguimiento del proceso de auditoría. - Los controles explícitos y los requisitos técnicos relevantes de estos procedimientos 50 del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente. ○ Informe con resultados de las auditorías internas de calidad señalando: <ul style="list-style-type: none"> - No conformidades detectadas. - Observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. ○ Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas⁵¹ realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.

48 El Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, podrá realizar auditorías de segunda parte al Sistema Auditoría Interna, cuando lo estime conveniente. Entendiendo por Auditoría de Segunda parte, las que realiza el cliente a un sistema acogido a Normas ISO 9001.

49 Dentro de las actividades que el Servicio deberá considerar para la Preparación de la Certificación está la capacitación del personal que trabaja en el desarrollo de los procesos del Sistema de Auditoría Interna, particularmente en temas de Implementación y Certificación, Documentación para sistemas certificados bajo Norma ISO 9001 y Auditorías Internas de Sistemas de Gestión de Calidad, según ISO 19011.

50 Considerar los aspectos señalados en las etapas de planificación, programación, ejecución, informe y seguimiento en el proceso de auditoría.

51 Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 6	14	Certificar bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del sistema de Auditoría en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección de la empresa certificadora considerando los requisitos definidos por DIPRES. ➤ Ejecución de la auditoría de Pre-Certificación del sistema, señalando las no conformidades detectadas en dicha auditoría. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de pre-certificación. ➤ Ejecución de la auditoría de certificación, señalando las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde, detectadas en la auditoría de certificación. <input type="checkbox"/> El servicio certifica el sistema.
Etapa 7	15	Mantener la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Auditoría en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoría internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la (s) auditoría (s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Auditoría Interna sigue operando según norma ISO 9001. <p>Nota: En el periodo que corresponda incorporar nuevos sistemas a la certificación o incluir nuevas áreas geográficas u otro, el servicio puede solicitar a la empresa certificadora la ampliación del alcance.</p>
Etapa 8	16	Mantener por segundo año la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Auditoría en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	<input type="checkbox"/>

4.4. SISTEMA PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN

AREA	GESTIÓN ESTRATÉGICA
SISTEMA	PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN

Objetivo General

Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de la información necesaria para apoyar la toma de decisiones respecto de los procesos y resultados de la provisión de sus productos (bienes y servicios), y rendir cuentas de su gestión institucional.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Dirección de Presupuestos (DIPRES)

Etapa 1

Objetivo 1

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Definiciones estratégicas del Servicio.

Etapa 2

Objetivo 2

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Diseño del Sistema de Información para la Gestión

Etapa 3

Objetivo 3

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Resultados de la medición de los indicadores de desempeño del Sistema Información de Gestión (SIG).
- Identificación de los aspectos del SIG necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento, aprobados por el Jefe de Servicio y equipo directivo.

Etapa 4

Objetivo 4

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Identificación de los aspectos del sistema corregidos o modificados con la correspondiente justificación de los cambios, debidamente aprobados por el Jefe de Servicio y equipo directivo.
- Identificación y fundamentación de los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos.

Objetivo 5

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Identificación, modificaciones o mejoras a los reportes del SIG utilizados en los procesos de toma de decisión institucional

Etapa 5

Objetivo 6

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Formulario de Definiciones Estratégicas presentado en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año siguiente.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Objetivo 7

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Formulario de Indicadores de Desempeño presentado en el Proyecto de ley de Presupuestos del año siguiente.

Etapa 6

Objetivo 8

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Resultados de la medición de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del Proyecto de Ley de Presupuestos del año anterior incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.

Objetivo 9

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de Seguimiento de los indicadores no cumplidos y sobre – cumplidos, señalando al menos: análisis de resultados, recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.

Objetivo 10

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Resultado del Programa de Seguimiento aplicado el año t, respecto de los indicadores evaluados en el año t-1, incluyendo al menos: Acciones realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento y justificaciones de los compromisos no cumplidos.

Objetivo 11 y 12

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Manual de Procedimientos de Mantención del SIG

Etapa 7, 8, 9 y 10

Objetivo 13, 14, 15 y 16

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico para la preparación de la certificación.
- Programa de Trabajo para la preparación del sistema de Gestión de Calidad Institucional.
- Manual de Calidad.
- Manual de Procedimientos.
- Resultados de auditorías de calidad, señalando no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas.

Objetivo 17

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas.

Objetivo 18 y 19

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido.
- Resultados de la auditoría de pre-certificación, señalando no conformidades detectadas.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Acciones correctivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de pre-certificación.
Resultados de la auditoría de certificación, señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/o oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de certificación.

Objetivo 20, 21 y 22

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a DIPRES, que deberá contener lo siguiente:

- Carta del Jefe de Servicio señalando que mantiene la certificación del sistema bajo Norma ISO 9001, según alcance definido (1° o 2° año de mantención).
- Resultados de auditorías de seguimiento del primer o segundo año de mantención señalando no conformidades detectadas, observaciones y/o oportunidades de mejora, si corresponde.
- Acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/o oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de seguimiento del primer año o segundo año de mantención.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos bienes y servicios y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, las prioridades gubernamentales y presupuestarias, a los recursos asignados en la Ley de Presupuestos, a la opinión del equipo directivo y sus funcionario(a)s, y a las percepciones de sus cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s, y realiza el levantamiento de los procesos claves asociados a la calidad de servicio.	<input type="checkbox"/> La Institución establece sus definiciones estratégicas, que deberán contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Misión y objetivos estratégicos. ➤ Clientes/usuarios/beneficiarios. ➤ Productos (bienes o servicios) Estratégicos. ➤ Misión y objetivos estratégicos en consistencia con los clientes/usuarios/beneficiarios, con los productos estratégicos, las prioridades gubernamentales, las prioridades ministeriales, los Aspectos Relevantes establecidos en la Ley de Presupuestos de cada año⁵² y los recursos asignados a través de la Ley de Presupuestos. ➤ Las percepciones del equipo directivo y los funcionarios del servicio. ➤ La opinión de los clientes / usuarios / beneficiarios del servicio. <input type="checkbox"/> La institución realiza el levantamiento de los procesos claves asociados a la calidad de servicio.

⁵² Considera los aspectos relevantes contenidos en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2009 para el Ministerio a través del cual se presenta el presupuesto de la institución.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	2	<p>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 específicos⁵³ establecidos por la institución, el diseño de los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información para la construcción de indicadores de desempeño, y la metodología definida para la evaluación del nivel de satisfacción de usuarios asociado a la provisión de bienes y servicios definida en el SIAC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El levantamiento y definición de los procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior. ➤ Centros de responsabilidad definidos⁵⁴, los que deben cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser relevantes según las definiciones estratégicas de la Etapa I, esto es contribuir al logro de uno o más objetivos estratégicos de la institución y deben ser responsables de parte o todo el proceso de provisión de los productos estratégicos o de gestión interna o una combinación de ambos. ○ Disponer de cierto grado de autonomía presupuestaria. ○ Tener un ejecutivo responsable por su gestión. ○ Generar información relevante para la medición de indicadores. ➤ Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes⁵⁵ para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios): <ul style="list-style-type: none"> ○ En las dimensiones de eficiencia, eficacia, economía y calidad⁵⁶. ○ En los ámbitos de control: proceso, producto y resultado. ○ Señalando correctamente la fórmula de cálculo. ○ Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula. ○ Señalando el medio de verificación. ○ Señalando las áreas de gestión incorporadas en las MEI y/u otras áreas de gestión relevantes para la institución. ➤ Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes para medir los compromisos establecidos en el Convenio de Desempeño Colectivo, los que deben formar parte del SIG. ➤ Identificar los indicadores de desempeño relevantes del SIG que podrían ser parte del convenio de Alta Dirección Pública, en los casos que corresponda. ➤ Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño. ➤ Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño, de acuerdo al Medio de Verificación identificado para cada indicador. ➤ Identificar los indicadores de desempeño elaborados que se van a medir, justificando los casos de indicadores elaborados que no tendrán medición en el año t. ➤ Señalar los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados. ➤ Señalar los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio. ➤ Identificar los sistemas de información utilizados en la institución en los que sea factible incorporar los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información de los indicadores diseñados, o identificar si existe la necesidad de contar con un sistema de información nueva, actualizada o mejorada.
		<p>⁵³ Convenios de desempeño Colectivo, Compromisos de Alta Dirección Pública, Programación Gubernamental, entre otros.</p> <p>⁵⁴ Basado en la estructura organizacional, las funciones específicas de cada Centro de Responsabilidad y los procesos relevantes definidos.</p> <p>⁵⁵ En aquellos productos estratégicos (bienes y/o servicios) de un centro de responsabilidad que no sea posible definir los indicadores de desempeño por las características del bien y/o servicio o razones técnicas justificadas, se deberá presentar las fundamentaciones técnicas de estos casos.</p> <p>⁵⁶ Ver Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión 2009 en www.dipres.cl</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificar las modificaciones a las definiciones estratégicas definidas en la etapa anterior, si corresponde. ➤ Identificar indicadores de desempeño que midan los aspectos relevantes⁵⁷ de la gestión del Servicio, consistentes con los prioridades aprobadas en la Ley de Presupuestos y centrados en los siguientes focos de medición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Logro de los objetivos estratégicos

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 3	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.	<input type="checkbox"/> El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual: Identifica los aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema de información, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo, si las modificaciones corresponden, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modificaciones a uno o más aspectos del Sistema de Información diseñado. ➤ Incorpora nuevos indicadores de desempeño. ➤ Elimina indicadores de desempeño que ya no muestren un proceso de mejoramiento del desempeño, o no son relevantes para monitorear el desempeño institucional. <input type="checkbox"/> Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados a ser medidos durante el año, definidos en el objetivo 2 (nuevos y existentes).
Etapa 4	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.	<input type="checkbox"/> La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica los aspectos del sistema corregidos o modificados con la correspondiente justificación de los cambios, debidamente aprobados por el Jefe de Servicio y equipo directivo. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos. ➤ Elabora, modifica y mejora los reportes del SIG utilizados en los procesos de toma de decisión institucional, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones. ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del (o los) indicadores en análisis. ○ Ser elaborado según niveles jerárquicos en los que se utiliza la información de los indicadores de desempeño (Jefe de Servicio, Equipo Directivo, Jefe de Centros de Responsabilidad, otros). ○ Resumen Ejecutivo, en los casos en que se presenta una gran cantidad de información.
	5	La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.	
Etapa 5	6	La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades Gubernamentales, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos (bienes y/o servicios), clientes/usuarios/beneficiarios e identificando para cada producto estratégico, el porcentaje del gasto de la institución, la fundamentación de los que no cuentan con indicadores, y la cuantificación de las principales actividades vinculadas a cada uno.	<input type="checkbox"/> La Institución formula Definiciones Estratégicas junto con el proceso de formulación del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año siguiente, en formato establecido por DIPRES, cumpliendo al menos con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta las Definiciones Estratégicas (Misión, Prioridades Gubernamentales, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios). ➤ Presenta la vinculación de los productos estratégicos, cuando corresponda, con programas evaluados y/o vinculación de la institución con la evaluación institucional a través de la línea de evaluación comprehensiva del gasto. ➤ Presenta el porcentaje del gasto total ejecutado que está siendo medido por los productos estratégicos que cuentan con indicadores de desempeño en el Proyecto de Ley de Presupuesto.
	7	La institución presenta en la formulación de la Ley de	<input type="checkbox"/> La Institución formula Indicadores de Desempeño del SIG que miden los aspectos relevantes de la gestión

57 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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión ⁵⁹ , identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la ponderación, la meta, los supuestos y medios de verificación.	<p>del Servicio junto con el proceso de formulación del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año siguiente, en formato establecido por DIPRES y deberá cumplir con señalar,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los supuestos⁶⁰ establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación, información que debe ser consistente con las cifras presupuestarias, valores efectivos y estimados de los indicadores y sus respectivos operandos. ➤ Nombre del indicador de desempeño, por dimensión y ámbito de control y su meta. ➤ Fórmula o algoritmo de cálculo (Unidad de medida, periodicidad o frecuencia). ➤ Los productos estratégicos del Servicio que no cuentan con indicadores de desempeño, como asimismo, aquellos que no cuentan con indicadores en el ámbito del producto o resultado y su justificación o fundamentación. ➤ Los Productos (bienes o servicios) estratégicos al que se vincula cada indicador. ➤ La priorización de los indicadores con sus respectivos ponderadores. ○ Medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos⁶¹.
Etapa 6	8	La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año y los cumple en un rango de 90% a 100% (suma de los ponderadores asignados a los indicadores de desempeño cumplidos), fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 95%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%) y cumplidos (logro de la meta entre un 95% y 105%) ⁶² .	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución cumple al menos un 90% de las metas de los indicadores de desempeño presentados en la formulación presupuestaria del año anterior, identificando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del resultado de la medición de los Indicadores de Desempeño, señalando las causas de los resultados de los indicadores los cumplidos (logro de la meta entre un 95% y 105%), no cumplidos (logro de la meta menor a un 95%) y sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%) y su fundamentación. Dicho porcentaje se obtiene sumando sólo los ponderadores de los indicadores cumplidos. ➤ Consistencia de los medios de verificación de cada indicador con la información proporcionada por los reportes del sistema. ➤ Elabora un reporte Ejecutivo basado en los resultados de los indicadores de desempeño⁶³ evaluados (cumplidos, no cumplidos y sobre cumplidos) y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación.
	9	La institución elabora el Programa de Seguimiento de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos recomendaciones, compromisos, plazos y responsables ⁶⁴ .	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio elabora el Programa de Seguimiento para el año siguiente de los indicadores evaluados señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las causas que originaron los resultados obtenidos en los indicadores de desempeño evaluados, cumplidos, no cumplidos y/o sobre cumplidos.

⁵⁹ Al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de producto y/o resultado o al menos el 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de producto y/o resultado. Deben medir el logro de los objetivos estratégicos y el logro de los aspectos relevantes de la Ley de presupuestos.

⁶⁰ Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

⁶¹ Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

⁶² Excepto para aquellas prestaciones garantizadas por el Estado, en las que el cumplimiento del indicador deberá corresponder al señalado en la normativa respectiva. (Ej. Indicadores AUGE. Ministerio de Salud.)

⁶³ El cumplimiento de los indicadores será verificado a través de los medios de verificación definidos para el sistema en los objetivos anteriores, particularmente para los indicadores presentados en la Formulación Presupuestaria de cada año. La ausencia o inconsistencia de los medios de verificación de cada indicador con la información proporcionada por los reportes del sistema o informes, será motivo de no validación del sistema a la vez que será considerado como indicador no cumplido restándole su ponderación al porcentaje global de cumplimiento. Asimismo, la no presentación de los Medios de Verificación auditados en los plazos establecidos será causa de no validación del sistema.

⁶⁴ Los compromisos deben ser incorporados en las Definiciones Estratégicas, diseño del SIG o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema dado que sus etapas son acumulativas.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las recomendaciones de mejoramiento que surgen del análisis de los resultados de todos los indicadores no cumplidos, sobre cumplidos, hayan sido o no afectados por causas externas justificadas e indicadores cumplidos a los cuales les sea aplicable alguna acción de mejoramiento. ➤ Los compromisos que permitan superar las causas que originaron el resultado obtenido por cada indicador, derivados de las recomendaciones de mejoramiento formuladas, identificando las actividades, los plazos de ejecución, responsables y medios de verificación.
	10	La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio implementa el Programa de Seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior, validado por el jefe de cada centro de Responsabilidad que corresponda y cuenta con los resultados aprobados por el Jefe de Servicio, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento, ➤ Evaluación de los resultados de los compromisos implementados en relación a la superación de las causas que habían originado los resultados del año anterior. ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos (no implementados, implementados parcialmente o implementados fuera del plazo establecido).
	11	La institución, elabora un manual de procedimientos de mantenimiento del Sistema de Información para la Gestión SIG, incluyendo al menos base de datos, mecanismo de recolección de datos y tipos de reportes generados por el Sistema de Información.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio elabora el Manual de Procedimientos de Mantenimiento del SIG, el que incluye al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bases de datos u otros instrumentos de información utilizados, ubicación institucional y responsable por su mantenimiento. ➤ Mecanismos de recolección de datos, periodicidad y unidades responsables por la entrega de la información. ➤ Tipos de reportes generados por el SIG, periodicidad y destinatarios. ➤ Mecanismos de modificación del SIG, responsables y control de cambios en los documentos.
	12	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.	
Etapa 7	13	La Institución prepara la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del Sistema de Planificación y Control de Gestión en el marco de un Sistema de Gestión de Calidad Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución desarrolla el Plan para la preparación de la Certificación, el que deberá contener, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema de Planificación y Control de Gestión, respecto a las exigencias definidas en la Norma ISO 9001 que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, no considerados en los requisitos técnicos del sistema. ○ Identificación de los requerimientos de las normas ISO, correspondientes a otros desarrollos del sistema por parte del Servicio no considerados en los requisitos técnicos y sus necesarias adecuaciones a la norma. ➤ Programa de trabajo de implementación del Plan para la preparación de la Certificación, el que debe
	14	La Institución realiza un diagnóstico de los procesos del sistema de Planificación y Control de Gestión en el marco de un Sistema de Gestión de Calidad	
	15	Los procesos del sistema de Planificación y Control de Gestión están contemplados en el Plan y Programa anual del Sistema de Gestión de Calidad Institucional.	
	16	Los procesos de gestión del Sistema de Planificación y Control de Gestión son auditados internamente conforme con los	

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		requisitos de la norma ISO 9001:2008 y como parte del programa de auditoría del Sistema de Gestión de Calidad Institucional.	<p>incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Actividades⁶⁵. o Plazos. o Responsables. <p>➤ Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Manual de Calidad. o Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Los procedimientos estratégicos del sistema, es decir, aquellos procesos relacionados con las Definiciones Estratégicas, Diseño del SIG (formulación de indicadores en el presupuesto), sistematización de la información (elaboración de reportes), evaluación del cumplimiento de las metas comprometidas en el presupuesto, programa de seguimiento. - Los controles explícitos y los requisitos técnicos relevantes de estos procesos⁶⁶ del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente. - Definir el incumplimiento de metas de los indicadores como una no conformidad e incorporar las acciones que se generen en el Programa de Seguimiento del sistema. o Informe con resultados de las auditorías de calidad señalando: <ul style="list-style-type: none"> - No conformidades detectadas. - Observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.
	17	La Institución define las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades o mejorar el sistema de planificación y Control de Gestión, y documenta los resultados de dichas acciones y la eficacia lograda una vez implementadas las acciones correctivas y preventivas, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional	<input type="checkbox"/> Informe con el estado de avance de las acciones correctivas ⁶⁷ y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.
Etapa 8	18	La Institución realiza la auditoría de Certificación, desarrollada por la empresa certificadora contratada, de manera de verificar el grado de implementación de la norma ISO 9001:2008 en el Sistema de Planificación y Control de Gestión, controlando que los resultados de la auditoría incluyan las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas y asegurando que se revisaron los procedimientos estratégicos del Sistema de Planificación y Control de Gestión señalados en la etapa anterior	<input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección de la empresa certificadora considerando los requisitos definidos por DIPRES. ➤ Ejecución de la auditoría de Pre-Certificación del sistema, señalando las no conformidades detectadas en dicha auditoría. ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en la auditoría de pre-certificación. ➤ Ejecución de la auditoría de certificación, señalando las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde.
	19	La Institución define las acciones correctivas y preventivas	

65 Dentro de las actividades que el Servicio deberá considerar para la Preparación de la Certificación está la capacitación del personal que trabaja en el desarrollo de los procesos del sistema de Planificación y Control de Gestión, particularmente en temas de Implementación y Certificación, Documentación para sistemas certificados bajo Norma ISO 9001 y Auditorías Internas de Sistemas de Gestión de Calidad, según ISO 9001.

66 Considerar los aspectos señalados en los objetivos relacionados con el diseño del SIG, Reportes del SIG, formulación de indicadores para el presupuesto, Cumplimiento de Indicadores en base a metas y Programa de Seguimiento de éstos.

67 Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		necesarias para solucionar las no conformidades detectadas en la auditoría de certificación del sistema de planificación y control de gestión y documentando los resultados de dichas acciones y la eficacia lograda una vez implementadas las acciones correctivas y preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde, detectadas en la auditoría de certificación. <input type="checkbox"/> El servicio certifica el sistema.
Etapa 9	20	La Institución mantiene el primer año la certificación de los procesos del Sistema de Planificación y Control de Gestión certificados en la etapa anterior, para lo cual realiza la auditoría de seguimiento o mantención, desarrollada por la empresa certificadora contratada	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoría internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la (s) auditoría (s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Planificación y Control de Gestión sigue operando según norma ISO 9001.
Etapa 10	21	La Institución mantiene el segundo año la certificación de los procesos del Sistema de Planificación y Control de Gestión certificados en la etapa anterior	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de planificación y control de gestión, asegurando al menos en el Proceso de Revisión por la Dirección lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditoría internas de la calidad realizadas en la institución por la empresa certificadora, producto no conforme, las no conformidades detectadas, observaciones y/u oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Que se han realizado las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas en la auditoría de seguimiento. ➤ Que se han tomado acciones para incorporar los requerimientos de los clientes del sistema (a través de la encuesta de satisfacción del cliente, requerimientos específicos del cliente u otro). ➤ Se registran las acciones de seguimiento realizadas por la dirección sobre la operación del sistema. <input type="checkbox"/> La Institución desarrolla la (s) auditoría (s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Planificación y Control de Gestión sigue operando según norma ISO 9001.
	22	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo de los procesos asociados al Sistema de Planificación y Control de Gestión certificado bajo la Norma ISO 9001:2008.	

4.5. SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	GOBIERNO ELECTRÓNICO – TECNOLOGIAS DE LA INFOMACIÓN

Objetivo General

Contribuir al uso de información sistematizada y oportuna que permita apoyar los procesos de toma de decisiones de las políticas públicas, a través de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para mejorar y simplificar los servicios e información ofrecidos por el Estado a los ciudadanos, y los procesos de soporte institucional.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Secretaría Ejecutiva Estrategia Digital – Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía.

Objetivo 1

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

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

Objetivo 2

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Identificación y justificación de los proyectos de mejoramiento y uso de TIC priorizados, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado.

Objetivo 3

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Plan de mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (incluyendo nuevos productos, si corresponde), sus procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.

Objetivo 4

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC.

Objetivo 5

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- Programa de trabajo para la implementación del Plan de Mejoramiento con uso de TIC.

Objetivo 6

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo.

Objetivo 7

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.

Objetivo 8

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- ⊖ Implementación realizada del Programa de Trabajo para la ejecución del Plan de Mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.

Objetivo 9

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- ⊖ Difusión realizada a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento con uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) procesos transversales y registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos.

Objetivo 10

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.

Objetivo 11

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC.

Objetivo 12

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- ⊖ Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión, con propuestas de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos.

Objetivo 13

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- -Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- ⊖ Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores

Objetivo 14

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de interoperabilidad de uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones y en los que genera información requerida por otras instituciones.

Objetivo 15

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de interoperabilidad de uso de TIC en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, y sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones y en los que genera información requerida por otras instituciones.

Objetivo 16

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC.

Objetivo 17

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de Trabajo para la implementación del Plan de Interoperabilidad.

Objetivo 18

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de Trabajo para la implementación del Plan de Interoperabilidad.

Objetivo 19

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

siguiente:

- Programa de Monitoreo de la ejecución del Programa de Trabajo del Plan de Interoperabilidad.

Objetivo 20

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Implementación realizada del plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.

Objetivo 21

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Implementación realizada del plan de interoperabilidad para la implementación de la estrategia de mejoramiento con uso de TIC, y registro de los resultados de la implementación, que evidencien el cumplimiento de cada hito de control preestablecido en los proyectos comprometidos en esta etapa.

Objetivo 22

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Difusión realizada a los clientes/ usuarios/ beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento en la provisión de sus productos estratégicos y transversales de su institución para los cuales requiere interoperar con otras instituciones y los beneficios asociados.

Objetivo 23

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de interoperabilidad.

Objetivo 24

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Evaluación de resultados de la operación y administración de cada proyecto de interoperabilidad.

Objetivo 25

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación operativa y de la gestión de la implementación del plan de interoperabilidad, con propuesta de recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cada uno de estos aspectos

Objetivo 26

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital - Secretaría y Administración General del Ministerio de Economía, que deberá contener lo siguiente:

- Medición del cumplimiento de las recomendaciones y compromisos formulados en el año anterior.
- Medios de Verificación de los resultados obtenidos en los indicadores.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	<p>La institución realiza un Diagnóstico del uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios⁶⁸, en sus procesos transversales y en los registros⁶⁹ de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico⁷⁰. Como resultado de este diagnóstico, la institución identifica los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales de su institución que requieren mejoramiento y uso de TIC y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución realiza un diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios, los procesos transversales y los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, considerando el cumplimiento de normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico desde la perspectiva de su mejoramiento mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) y lo presenta en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos⁷¹, cumpliendo con señalar al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de los procesos de provisión de los productos estratégicos, de los procesos transversales y de los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, señalando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de los procesos asociados al producto estratégico analizado y de los procesos transversales de la institución. ○ Procesos en los que corresponda incorporar mejoras utilizando TIC (incluyendo aquellos que registran algún avance). ○ Procesos en los que no corresponda incorporar mejoras utilizando TIC. ○ Identificación y descripción de todos los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, especificando su formato (base de datos digital, archivo papel, microfichas, otros). ○ Registros que requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ○ Registros que no requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación. ➤ La selección de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), de los procesos transversales y registros de información susceptibles de mejorar usando TIC y su justificación, considerando la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ➤ La identificación, descripción y análisis de los problemas u oportunidades de mejora asociados a los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), a los procesos transversales y a los registros de información seleccionados, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinación de la línea base existente y brechas a cubrir cumpliendo con la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ➤ La identificación, descripción y análisis de las modificaciones y/o mejoras a los procesos de provisión de los productos estratégicos, a los procesos transversales y a los registros de la institución seleccionados que utilizarán TIC, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativas tecnológicas existentes en el mercado

⁶⁸ La definición de productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios debe corresponder a la definición realizada por la institución en el sistema de Planificación / Control de Gestión y señalada en la Ficha A-1 "Definiciones Estratégicas", presentada en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2010, actualizada según corresponda.

⁶⁹ Colección de unidades de información (conjunto de datos relacionados entre sí). Dependiendo de su naturaleza, un registro de información puede ser una base de datos (digital) o un archivo (físico)

⁷⁰ La normativa a considerar se refiere a las comunicaciones electrónicas, interoperabilidad de documentos electrónicos y su seguridad – confidencialidad (DS. 77, 81 y 83, respectivamente) y nuevas normativas definidas por el Comité de Normas para el Documento Electrónico. Además, se deben considerar las siguientes leyes; Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y datos personales, Ley N° 19.799 sobre documentos electrónicos y firma electrónica, y Ley N° 19.880 sobre bases de procedimientos administrativos.

⁷¹ Se sugiere considerar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Beneficios que incorporan las modificaciones u oportunidades de mejora. ○ Costos estimados asociados a las iniciativas de mejora. ○ Viabilidad de las iniciativas de mejora señaladas. ➤ La identificación y justificación de los proyectos de mejoramiento y uso de TIC, asociándolos a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Modificaciones y/o mejoras a procesos de provisión de los productos estratégicos de la institución. ○ Modificaciones y/o mejoras a procesos transversales de su institución. ○ Modificaciones y/o mejoras en los registros de información de la institución.
	2	La institución prioriza, en base a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, los proyectos de mejoramiento y uso de las TIC ⁷² , propone a la Red de Expertos dicha priorización de los proyectos para su aprobación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento y uso de TIC (Cartera de Proyectos Institucional), de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto ciudadano y apoyo a las áreas estratégicas de la institución. ➤ La relevancia del/los producto/s y/o servicio/s estratégico/s que se proveen a través del proceso que se quiere mejorar con el uso de TIC. ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de TIC. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar con el uso de TIC, cuando corresponda.
Etapa 2	3	La institución elabora el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el jefe de servicio, para la ejecución y evaluación de los proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico aprobado por la Red de Expertos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan de Mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para la ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento con uso de TIC comprometidos en la provisión de sus productos estratégicos, procesos transversales⁷³ e incorporación o mejoramiento de sus registros de información o bases de datos, presentándolo en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costeadada. ➤ Objetivo general de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC que integran la Cartera de Proyectos. ➤ Objetivos específicos de cada proyecto (en términos de impacto). ➤ Áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto. ➤ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año.
	4	La institución elabora un Programa de Trabajo anual institucional, aprobada por el jefe de servicio, para la ejecución de los proyectos priorizados según Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora, de acuerdo al Plan de Mejoramiento y uso de TIC, un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente considerando, la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos y las áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:

⁷² Ejemplos de proyectos que deben ser priorizados: Cambios a la Arquitectura Tecnológica de la Institución (modelo de datos, modelo de software, modelo de hardware, modelo de comunicaciones); Rediseño de procesos de negocio y automatización de éstos o parte de éstos; Rediseño de procesos transversales y automatización de éstos o parte de éstos; entre otros.

⁷³ Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		(TIC), aprobado por el jefe de servicio, definiendo al menos hitos, plazos, presupuesto asignado y responsables para cada uno de ellos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación secuencial de tareas, que considere al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales (considera la ruta crítica) ○ Cronograma de trabajo con plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ➤ El Plan de mitigación de riesgo (define los riesgos asociados al proyecto y sus acciones para resolverlos). ➤ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación.
	5	La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la operación de los proyectos priorizados según Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) e incorporados en el Programa de Trabajo, aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución define, de acuerdo al Plan de Mejoramiento y uso de TIC, los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación, según Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) e incorporados en el Programa de Trabajo, aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	6	La institución diseña un Programa de Monitoreo, que incluya hitos, plazos y responsables, para controlar la ejecución del programa de trabajo de cada proyecto y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución diseña un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC definido en el Programa de Trabajo Anual, que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mecanismos de control. ➤ Frecuencia de control. ➤ Hitos de control. ➤ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). ➤ Fecha de implementación planificada.
Etapa 3	7	La institución implementa el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan definido en la etapa anterior, incorporando los hitos identificados en el Programa de Monitoreo.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución implementa el Programa de Trabajo Anual⁷⁴. Esta implementación se presenta a la Red de Expertos para su aprobación y deberá considerar, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas. ➤ El análisis de las actividades realizadas, en términos del tiempo y recursos utilizados.
	8	La institución registra los resultados de la implementación de los proyectos priorizados en el programa de trabajo anual en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación de los proyectos incluidos en el Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El programa de monitoreo y control establecido para cada proyecto comprometido. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos.

⁷⁴ Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico 2009, elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía, en www.estrategiadigital.gob.cl.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	9	La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de los proyectos priorizados según el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento desarrollado con los proyectos de interoperabilidad implementados, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos de interoperabilidad implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas en la difusión.
Etapa 4	10	La institución evalúa los resultados de la operación ⁷⁵ de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC, registrando sus resultados al menos de manera trimestral, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, indicando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de cada uno de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ Fundamentación y análisis de los resultados de los indicadores y el cumplimiento de las metas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 95% a 105%, cumplida ○ Menor a 95%, no cumplida ○ Mayor a 105%, sobre cumplida ➤ Informe ejecutivo que detalle resultados de mejora para cada una de las áreas o procesos (estratégicos, transversales y registros de información) a los cuales se les incorporó TIC, en términos de eficiencia, eficacia, impacto y sustentabilidad ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado.
	11	La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación ⁷⁶ , y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto y elabora un reporte ejecutivo considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados.

⁷⁵ Los resultados de la operación de cada proyecto se evalúan con el proyecto ya operando y respecto de las metas de los indicadores establecidos en el programa de trabajo, a través de los cuales se verifica que los aspectos que se esperaba mejorar con la incorporación de TIC, se cumplan. Estos resultados deberían también evidenciar los aspectos de la operación no considerados en el proyecto implementado y que requieren modificación.

⁷⁶ Se refiere a la evaluación de los procesos vinculados a la administración y gestión de cada proyecto, que considera, en general, si la implementación realizada se hizo de acuerdo a lo establecido en el programa de trabajo, en términos de plazos, presupuesto ejecutado, implementación de medidas correctivas, entre otros aspectos.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	12	La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos ⁷⁷ , plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación de los proyectos ejecutados y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC definido en el Programa de Trabajo Anual, que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mecanismos de control. ➤ Frecuencia de control. ➤ Hitos de control. ➤ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). Fecha de implementación planificada.
	13	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.	
Etapa 5	14	La institución realiza un diagnóstico de interoperabilidad con uso de TIC en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y en sus procesos transversales, para los cuales requiere información de otras instituciones, considerando al menos la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La Institución realiza un Diagnóstico de Interoperabilidad y uso de TIC en sus registros de información o bases de datos, en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y sus procesos transversales, para los cuales genera información requerida por otras instituciones. El Diagnóstico de Interoperabilidad deberá considerar, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y análisis de todos los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y de sus procesos transversales que generan información requerida por otras instituciones. Para cada proceso, se debe considerar, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de los documentos generados en el proceso. ○ Caracterización de los mecanismos (canal, formato) en que se genera(n) actualmente el(los) documento(s), considerando frecuencia y volumen de entrega. ➤ Identificación de las modificaciones y/o mejoras mediante la utilización de TIC a los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y los procesos transversales que generan información requerida por otras instituciones, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Alternativas tecnológicas de implementación de las modificaciones propuestas, considerando canal y formato de intercambio de información. ○ Análisis de los beneficios y costos asociados a las alternativas tecnológicas consideradas, para la implementación de las modificaciones. ➤ Identificación y justificación los proyectos de interoperabilidad, asociados a las mejoras en términos de interoperabilidad de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) y sus procesos transversales, para los cuales genera información a otras instituciones.

⁷⁷ Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico plan o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema donde sus etapas son acumulativas.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	15	La institución prioriza, en base a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, los proyectos de interoperabilidad ⁷⁸ con uso de las TIC, y propone a la Red de Expertos dicha priorización de los proyectos para su aprobación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución identifica y prioriza todos los proyectos de interoperabilidad (Cartera de Proyectos Institucional), de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto ciudadano, interacción con otras Instituciones y apoyo a las áreas estratégicas de la institución. ➤ La identificación de las instituciones con las que se establecerán convenios de trabajo para la interoperabilidad. ➤ La relevancia del/los producto/s y/o servicio/s estratégico/s que se proveen a través del proceso que se quiere mejorar con interoperabilidad ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con interoperabilidad. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar con interoperabilidad, cuando corresponda.
	16	La institución elabora el Plan de interoperabilidad con uso de TIC, aprobado por el jefe de servicio, para la ejecución y evaluación de los proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico, y aprobados por la Red de Expertos, presenta los convenios de trabajo acordados con los servicios públicos que participan en los diferentes proyectos de interoperabilidad declarados y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico realizado, el Plan de Interoperabilidad con uso de TIC para la ejecución y evaluación de los proyectos de interoperabilidad comprometidos ⁷⁹ y lo presenta en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Cartera de Proyectos de Interoperabilidad, debidamente priorizada y costeadada. ➤ Que todo documento XML requerido para el proyecto de interoperabilidad comprometido, debe tener su esquema inscrito y aprobado por el Administrador de Esquemas y Metadatos (AEM). ➤ El objetivo general de cada proyecto de interoperabilidad comprometido. ➤ Los objetivos específicos para cada proyecto de interoperabilidad comprometido (en términos de impacto). ➤ Áreas o procesos (estratégicos, transversales, registros de información) a los cuales se vincula cada proyecto de interoperabilidad. ➤ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. <input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Plan de Interoperabilidad, el Programa de Trabajo Anual para cada uno de los proyectos de interoperabilidad seleccionados para el año siguiente considerando la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos, que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación secuencial de tareas que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales (identificación de la ruta crítica), incluyendo inscripción en el AEM. ○ Cronograma de trabajo que incluya plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ○ Plan de mitigación de riesgo. ○ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación.

⁷⁸ Ejemplos de proyectos que deben ser priorizados: Rediseño del modelo de negocio y comunicaciones para el intercambio de información con otra institución pública, que permita mejorar la calidad de los productos que recibe un usuario, y/u optimizar la calidad de la información que registra la institución en sus bases de datos; etc.

⁷⁹ Se sugiere utilizar lo señalado en la Guía Metodológica de Gobierno Electrónico elaborada por la Secretaría Ejecutiva de Estrategia Digital del Ministerio de Economía.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	17	La institución elabora un Programa de Trabajo anual institucional, aprobado por el jefe de servicio, para los proyectos priorizados según Plan de interoperabilidad con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el jefe de servicio, definiendo al menos hitos, plazos, presupuesto asignado y responsables para cada uno de ellos, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Plan de Interoperabilidad, el Programa de Trabajo Anual para cada uno de los proyectos de interoperabilidad seleccionados para el año siguiente considerando la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos, que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación secuencial de tareas que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales (identificación de la ruta crítica), incluyendo inscripción en el AEM. ○ Cronograma de trabajo que incluya plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ○ Plan de mitigación de riesgo. ○ Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación.
	18	La institución define Indicadores de Desempeño para evaluar los resultados de la operación de cada proyecto de interoperabilidad priorizado y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	
	19	La institución diseña un Programa de Monitoreo, que incluya hitos, plazos y responsables, para controlar la ejecución de cada proyecto de interoperabilidad que integra el Programa de Trabajo anual institucional, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de interoperabilidad comprometido, que incluya, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mecanismos de control. ➤ Frecuencia de control. ➤ Hitos de control. ➤ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). <p>Fecha de implementación planificada.</p>
Etapa 6	20	La institución implementa el Programa de Trabajo para la ejecución del plan de interoperabilidad comprometido, incorporando los hitos identificados en el Programa de Monitoreo.	<input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual. Esta implementación se presenta a la Red de Expertos para su aprobación y deberá considerar, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas. ➤ El análisis de las actividades realizadas en términos del tiempo y los recursos utilizados.
	21	La institución registra los resultados de la implementación de cada proyecto de interoperabilidad priorizado en el programa de trabajo anual, en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas	<input type="checkbox"/> La Institución registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El programa de monitoreo y control establecido en la etapa anterior para la implementación de cada proyecto de interoperabilidad comprometido. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente de acuerdo a los resultados obtenidos.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		respecto a lo programado.	
	22	La institución difunde a los clientes/ usuarios/ beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de los proyectos priorizados según Plan de interoperabilidad con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado por el jefe de servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios sobre el mejoramiento desarrollado con los proyectos de interoperabilidad implementados, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos de interoperabilidad implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas en la difusión.
Etapa 7	23	La institución evalúa los resultados de la operación ⁸⁰ de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño.	<input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de interoperabilidad registrando sus resultados, al menos de manera trimestral en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, indicando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El resultado de cada uno de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ Fundamentación y análisis de los resultados de los indicadores y el cumplimiento de las metas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 95% a 105%, cumplida ○ Menor a 95%, no cumplida ○ Mayor a 105%, sobre cumplida ➤ Informe ejecutivo que detalle resultados de mejora para cada una de las áreas o procesos (estratégicos, transversales y registros de información) a los cuales se les incorporó TIC, en términos de eficiencia, eficacia, impacto y sustentabilidad ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto de interoperabilidad implementado.
	24	La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad con uso de TIC durante su implementación ⁸¹ , y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<input type="checkbox"/> La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad con uso de TIC implementado y elabora un reporte Ejecutivo, considerando para el análisis al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus los plazos planificados.
	25	La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos ⁸² , plazos y responsables, para cerrar las brechas y	<input type="checkbox"/> La institución diseña un programa de seguimiento de los resultados de la evaluación de la operación y de los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto de interoperabilidad, en la cual deberá considerar: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación ➤ Recomendaciones derivadas de los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto

⁸⁰ Los resultados de la operación de cada proyecto de interoperabilidad se evalúan con el proyecto ya operando y respecto de las metas de los indicadores establecidos en el programa de trabajo, a través de los cuales se verifica que los aspectos que se esperaba mejorar con la incorporación de TIC, se cumplan. Estos resultados deberían también evidenciar los aspectos de la operación no considerados en el proyecto implementado y que requieren modificación.

⁸¹ Se refiere a la evaluación de los procesos vinculados a la administración y gestión de cada proyecto, que considera, en general, si la implementación realizada se hizo de acuerdo a lo establecido en el programa de trabajo, en términos de plazos, presupuesto ejecutado, implementación de medidas correctivas, entre otros aspectos.

⁸² Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico plan o implementación, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema donde sus etapas son acumulativas.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		debilidades detectadas por la evaluación de los proyectos de interoperabilidad ejecutados, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	<p>realizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables.
	26	La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando el seguimiento y control de la gestión de los proyectos a través de la implementación de un procedimiento de control de proyectos, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos: <p>Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior.</p>

4.6. SISTEMA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Objetivo General
Contar con un sistema de gestión de seguridad de la información que permita lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para todos los activos de información institucional considerados relevantes, de manera tal que se asegure la continuidad operacional de los procesos institucionales y la entrega de productos y servicios a los usuarios / clientes / beneficiarios.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN 2010
<p>Red de Expertos: Subsecretaría del Interior del Ministerio del Interior y Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda</p> <p>Etapa I</p> <p>Informe aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83 <input type="checkbox"/> Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83. <p>Etapa II</p> <p>Informe aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83. <input type="checkbox"/> Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83. <input type="checkbox"/> Plan General de Seguridad de la Información que considere el análisis de brechas realizado, donde se expliciten claramente todas las brechas detectadas, el resumen de actividades/proyectos a realizar priorizados de acuerdo a los criterios de gestión de riesgos de la institución, el plan de sensibilización y capacitación a ejecutar, la estrategia de coordinación entre las unidades involucradas y los métodos/estrategias para consolidar el cumplimiento del DS83-Nivel Avanzado. <input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información, indicándose claramente el porcentaje de cumplimiento meta del DS83 en el año para cada uno de los dominios indicados: Políticas de Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional. Los porcentajes de cumplimiento deben estar claramente apoyados por indicadores "ad hoc". <p>Etapa III</p> <p>Informe de Implementación aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, enviado a la Red de Expertos, que deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnóstico de la situación actual de la seguridad de la información en la institución, usando como referencia el Decreto Supremo N° 83, Nivel Avanzado. <input type="checkbox"/> Análisis de las brechas detectadas por cada dominio señalado en Decreto Supremo N° 83. <input type="checkbox"/> Plan General de seguridad de la Información que considere el análisis de brechas realizado, donde se expliciten claramente todas las brechas detectadas, el resumen de actividades/proyectos a realizar priorizados de acuerdo a los criterios de gestión de riesgos de la institución, el plan de sensibilización y capacitación a ejecutar, la estrategia de coordinación entre las unidades involucradas y los métodos/estrategias para consolidar el cumplimiento del DS83. <input type="checkbox"/> Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información, indicándose claramente el porcentaje de cumplimiento meta del DS83 en el

MEDIOS DE VERIFICACIÓN 2010

año para cada uno de los dominios indicados : Políticas de Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional. Los porcentajes de cumplimiento deben estar claramente apoyados por indicadores "ad hoc".

- Memoria de Ejecución del Programa de Trabajo Anual, donde se considere adicionalmente informe sobre problemas de ejecución detectados, propuestas de solución, medición de los indicadores.
- Resolución que nombra al Encargado de Seguridad de la Información y a integrantes del (de los) Comité(s) de Seguridad.
- Cartera de proyectos/actividades de implementación de controles de seguridad de la información.
- Memoria de Ejecución del programa de sensibilización y capacitación a Funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios cuando corresponda) en materias de seguridad de la información.

Etapa IV

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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisito Técnico
Etapa 1	1	La institución realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional considerando el cumplimiento del Decreto Supremo N° 83 (DS 83) del 12 de enero de 2005 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.	<input type="checkbox"/> La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información en las condiciones y dominios de seguridad ⁸³ exigidos por el Decreto Supremo N° 83. Este análisis deberá contener, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión y verificación del nivel de cumplimiento de todos los requerimientos establecidos en el Decreto Supremo N°83, Artículo Primero, Títulos I a V. ➤ Entrevistas a los responsables de los ámbitos de seguridad cubiertos por cada dominio de seguridad. ➤ Documentos que soporten o entreguen más elementos al análisis, como por ejemplo, políticas, procedimientos, normas, registros, configuraciones de dispositivos, etc. ➤ La identificación de metodologías/normativas de gestión de riesgos, gestión de la calidad u otra metodología de gestión por procesos que se encuentre en uso en la Institución, señalando alcance y ámbito de aplicación.
	2	La institución identifica en el Diagnóstico, todos aquellos aspectos de seguridad de la información que establece el DS 83, estableciendo el nivel en que la institución se encuentra respecto de: su 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, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional.	
	3	La institución compara los resultados del Diagnóstico con lo establecido en el DS 83, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.	
Etapa 2	4	La institución elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información señalados y los métodos para implementar los requisitos del DS 83.	<input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, en el contexto de lo indicado en el DS 83 y aprobado por la Autoridad Superior del de Servicio, el que debe considerar al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulación de la documentación y las actividades necesarias para establecer en la institución una "Política General de Seguridad de la información", que considere al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La Declaración Institucional, dando énfasis en el compromiso de la dirección en el cumplimiento de los objetivos de gestión de seguridad de la Información. ○ Los objetivos de la gestión de seguridad de la información dentro de la institución. ○ El alcance o amplitud de la política de seguridad de la información, por cada dominio establecido en el

⁸³ Los dominios de seguridad señalados en la normativa son: Política de seguridad; Seguridad organizacional; Clasificación y control de bienes; Seguridad del personal; Seguridad física y del ambiente; Gestión de las operaciones y comunicaciones; Control de acceso; Desarrollo y mantenimiento de sistemas; Gestión de continuidad del negocio; Cumplimiento.

Etapa	N°	Objetivos	Requisito Técnico
	5	La institución establece el porcentaje de cumplimiento del DS 83 que alcanzará cada año en cada uno de los dominios de seguridad allí establecidos, esto es Política de Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, y Gestión de la Continuidad del Negocio y Equipos de respuesta a incidentes de Seguridad Computacional.	<p>DS-83.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La metodología y los estándares de apoyo a utilizar para la implementación del Sistema de Seguridad de la Información. ○ La definición de roles y responsabilidades. ○ El marco general que defina la estructura y el contenido de la política de seguridad de la información para la institución. <p>➤ Elaboración de la cartera de proyectos para la implementación de controles de seguridad de la información por dominio, priorizada a través de los criterios de gestión de riesgos institucionales, la que debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El conjunto estructurado y priorizado de actividades generadas a partir del diagnóstico inicial y las propuestas de proyectos de segurización por cada dominio de seguridad indicado en la normativa. ○ Objetivo general de cada proyecto de seguridad de la Información. ○ Objetivos específicos de cada proyecto. ○ Tiempos de realización de cada proyecto, inicio y término. ○ Indicadores para evaluar el nivel de eficacia en la implementación de las medidas tecnológicas y los controles de seguridad, tendientes a cerrar las brechas de seguridad detectadas. ○ Metas a alcanzar para cada uno de los dominios de seguridad que la Institución comprometa, en acuerdo con la Red de Expertos. <p>➤ Constitución del Comité de Seguridad de la Información, roles e instancias de aprobación para el desarrollo del programa de implantación del Sistema de Seguridad de la Información.</p> <p>➤ Definición de una metodología de gestión de riesgos para los activos de información institucionales o adaptar una existente si es que se cuenta con ella.</p>
	6	La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos el porcentaje de cumplimiento del DS 83 que alcanzará para el año en cada uno de los dominios de seguridad, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, y lo difunde al resto de la organización, asegurándose que es conocido y comprendido por todos los funcionarios del servicio.	<p>☐ La institución elabora un Programa de Trabajo Anual, de acuerdo al Plan aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación secuencial de tareas para cada uno de los proyectos definidos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hitos principales con sus respectivos productos, que permitan cuantificar el cierre de la actividad o proyecto. ○ Cronograma de trabajo que incorpore plazos y responsables de la implementación. ➤ Identificación de una ruta crítica que asegure que se complete cada proyecto. ➤ Plan de mitigación de riesgo que defina los riesgos asociados a cada proyecto y sus acciones para resolverlos. ➤ Relación de proyecto versus dominio de seguridad que permita verificar el nivel de cumplimiento o grado de avance por dominio, durante el desarrollo de la fase de implementación. ➤ Plan de capacitación del personal clave⁸⁴ y sensibilización de todos los funcionarios, con el detalle de las actividades a realizar para instalar en las personas la importancia de contar con un sistema de seguridad de la información institucional. ➤ Plan de Difusión del Programa de Trabajo Anual, aprobado por la autoridad superior del servicio. ➤ Plan de Gestión de Riesgos del Sistema de Seguridad de la Información.

⁸⁴ Personal clave corresponde a los Encargados de Proceso, sus Jefaturas de Área y aquellas personas involucradas en comités de seguridad y/o instancias de aprobación para el desarrollo del programa de trabajo del SSI.

Etapa	N°	Objetivos	Requisito Técnico
			<input type="checkbox"/> La institución difunde a sus directivos, jefaturas y encargados de proceso, el Programa de Trabajo Anual, así como el efecto esperado en la gestión del servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y específico de las iniciativas y los proyectos a implementar. ➤ Mensaje central que debe ser conocido e internalizado por los funcionarios involucrados. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión.
Etapa 3	7	La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido por el Plan General de Seguridad de la Información y porcentaje de cumplimiento del DS 83 establecido.	<input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual para dar cumplimiento al Plan General de Seguridad de la Información Institucional, el que deberá considerar, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas, analizándolas en términos del tiempo y recursos utilizados. ➤ La implementación del Plan de Mitigación e Riesgos de cada proyecto ➤ El grado de avance en el cierre de las brechas por cada dominio de seguridad comprometido por el Servicio. ➤ Las acciones de capacitación realizadas al personal clave. ➤ Las acciones de sensibilización realizadas a todos los funcionarios. ➤ Las acciones de difusión realizadas a los funcionarios involucrados. ➤ La implementación del Plan de Gestión de Riesgos del Sistema de Seguridad de la Información.
	8	La institución registra y controla los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando al menos las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.	<input type="checkbox"/> La Institución registra y controla ⁸⁵ los resultados de la implementación, considerando al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El Programa de Trabajo Anual para cada proyecto de seguridad de la información comprometido e implementado. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Las modificaciones a lo programado originalmente de acuerdo a los resultados obtenidos. ➤ La documentación pertinente para efectos de trazabilidad y auditorias de cumplimiento.
Etapa 4	9	La institución evalúa los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento del DS 83 establecido y las brechas detectadas en el diagnóstico y formula recomendaciones de mejora.	<input type="checkbox"/> La institución evalúa los resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados obtenidos de la medición de los indicadores. ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado. ➤ Nivel de cumplimiento DS 83 alcanzado por dominio de seguridad comprometido por la Institución ➤ Nivel de cumplimiento de la normativa y legislación vigente. ➤ Nivel de efectividad⁸⁶ de los controles de seguridad implementados. ➤ Resultados de la gestión de los riesgos identificados en la etapa de diagnóstico. ➤ Nivel de interacción del Sistema Seguridad de la Información con el Plan de Gestión de Riesgos u otras metodologías de gestión que se encuentren en uso en la institución. ➤ Resultados de los planes de difusión y capacitación a los funcionarios.

⁸⁵ Se entenderá por registro y control, aquel seguimiento sistemático de las actividades de cada proyecto, para monitorear su rendimiento real y su avance contra lo estimado en el Programa de Trabajo.

⁸⁶ Efectividad de los controles: se refiere a la capacidad de mitigación, contención y/o reducción de impacto para un riesgo de seguridad que se ha materializado.

Etapa	N°	Objetivos	Requisito Técnico
			<input type="checkbox"/> La Institución evalúa la administración y/o gestión del Plan General de Seguridad de la Información, considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Productos generados para el cumplimiento de los hitos del proyecto.
	10	La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual, señalando los compromisos, plazos y responsables, que permitan superar las causas que originaron las brechas aún existentes y las debilidades detectadas por la evaluación de la implementación del Plan de Seguridad de la Información Institucional.	<input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación, en la cual deberá considerar: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación y de la gestión de cada proyecto realizado. ➤ Establecer compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables, de la evaluación. ➤ Implementar los compromisos y revisar el grado de cumplimiento de cada uno de ellos.
	11	La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.	
	12	La institución difunde a sus funcionarios los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información y el Programa de Trabajo Anual.	<input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios involucrados los resultados de la evaluación de la implementación del Plan de Seguridad de la Información y del Programa de Trabajo Anual, considerando al menos, lo siguiente <ul style="list-style-type: none"> ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión. ➤ Mensaje central que debe ser conocido e internalizado por los funcionarios involucrados.
	13	La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.	<input type="checkbox"/> La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguimiento y control de la gestión del Plan General de Seguridad de la Información a través de la implementación de un sistema de control y mejora continua, el cual deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estado actual de las recomendaciones formuladas. Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior. ○ Establecer un ciclo de revisión de los controles de seguridad implementados, de manera de verificar su efectividad, al menos 3 veces en el año.

4.7. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN CIUDADANA

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

Objetivo General

Contar con mecanismos que faciliten el acceso oportuno a la información, la transparencia de los actos y resoluciones y el ejercicio de los derechos ciudadanos, desarrollando instrumentos de medición de calidad del servicio prestado y estableciendo mecanismos de mejora.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Organismo Técnico Validador: Secretaría General de Gobierno (SEGEOB) y Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)

Etapa 1

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Diagnóstico de todos los espacios de atención existentes.

Etapa 2

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Diseño del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.
- Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana
- Formulario de los indicadores de desempeño del SIAC a medir en 2011.
- Programa de Trabajo Anual para el 2011.

Etapa 3

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Resultados de la implementación del Programa de Trabajo Anual ejecutado durante el 2010.
- Reportes de los indicadores de desempeño del SIAC medidos durante el 2010.

Etapa 4

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

- Resultados de la evaluación de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.
- Programa de Seguimiento del SIAC para el 2011.
- Resultados de la implementación del Programa de Seguimiento del SIAC aplicado durante el año 2010.

Etapa 5

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, enviado a la Secretaría General de Gobierno, que deberá contener lo siguiente:

MEDIO DE VERIFICACIÓN

- Diagnóstico para la preparación de la certificación.
- Programa de Trabajo para la preparación del sistema de Gestión de Calidad Institucional.
- Manual de Calidad.
- Manual de Procedimientos.
- Resultados de auditorías internas de calidad, señalando no conformidades detectadas.
- Estado de avance de las acciones correctivas realizadas para resolver las no conformidades detectadas.

Etapa 6
No aplica

Etapa 7 No aplica

Etapa 8
No aplica

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	<p>La institución realiza un diagnóstico respecto de:</p> <p>El estado actual de todos los espacios de atención institucionales (OIRS, Centros de documentación, Buzones Ciudadanos, portales Web, Teléfonos, Oficinas Móviles, Call Center, Oficina de Partes, etc.) vinculando todos los espacios de atención a las definiciones estratégicas institucionales en materia de atención y entrega de información pública a la ciudadanía.</p> <p>Los procesos de provisión de bienes y servicios necesarios y factibles de realizar una evaluación del grado de satisfacción de los clientes/usuarios/beneficiarios, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y selección de procesos de provisión de bienes y servicios susceptibles de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios. - Priorización de procesos o áreas de negocio donde es factible medir satisfacción de usuarios. <p>Análisis de disponibilidad de información para definir línea base.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución realiza un Diagnóstico del estado actual de todos los espacios de atención, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, identificando y analizando los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definiciones Estratégicas⁸⁷ de la institución, considerando su Misión, Objetivos Estratégicos, Productos Estratégicos y Cliente(a)s, Usuario(a)s y Beneficiario(a)s: <ul style="list-style-type: none"> ○ Señalando las funciones y atribuciones del servicio en materias de atención ciudadana, y cómo estas son parte de la Misión y Objetivos Estratégicos de la institución; ○ Determinando qué productos estratégicos, subproductos y productos específicos se entregan a través de los espacios de atención; ○ Determinando si la entrega de información institucional y/o la gestión de reclamos/denuncias de los ciudadanos es un producto estratégico o a qué producto estratégico se vincula. ○ Verificando la pertinencia de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas de la institución; y ○ Determinando para cuales de los cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s identificados en la Definiciones Estratégicas no se han definido puntos de contacto en los espacios de atención. ➤ Catastro de cada uno de los espacios de atención existentes, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ○ Distribución y cobertura territorial; ○ Especificación de los productos y/o servicios que entrega; ○ Tipificación de sus usuario(a)s; ○ Ubicación en la estructura organizacional de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstos y otros centros de responsabilidad del servicio; y ○ Nivel de equipamiento e infraestructura disponible para la atención ciudadana, identificando herramientas tecnológicas, conexión a redes, facilidad de acceso para los ciudadanos/as y la visibilidad de los espacios de atención. ➤ Personal de los espacios de atención. Identificación de los funcionarios de los espacios de atención y del personal involucrado en transparencia activa, diagnóstico de sus competencias⁸⁸ y comparación con el perfil de cargos correspondiente, de acuerdo a los requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia de la función pública y de acceso a la información de la administración del estado, identificando al menos la calificación, manejo de las herramientas del Sistema y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana.
	2	<p>La institución identifica y analiza en el diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo de todos sus espacios de atención ciudadana para la 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución como parte del mismo Diagnóstico identifica y analiza los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de los siguientes procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la gestión de solicitudes de acceso a información pública: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos para el proceso de atención ciudadana considerando

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

88 El diagnóstico corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la institución en el marco del proceso transversal de capacitación.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		<p>recepción, seguimiento y respuesta a solicitudes ciudadanas⁸⁹.</p> <p>Metodología para la medición de satisfacción de usuarios asociada a los procesos de provisión de bienes y servicios priorizados como susceptibles de evaluar.</p>	<p>cada de las siguientes etapas: recepción⁹⁰, tipificación⁹¹, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas⁹², y su grado de adecuación a los plazos legales⁹³.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos para un Sistema de Gestión y de Registro de solicitudes ciudadanas, considerando la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana⁹⁴. ○ Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa, destinadas a retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana, identificando: <ul style="list-style-type: none"> • La disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa; y ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio. • Instancias de generación de información, con datos tales como estadísticas de las atenciones, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y niveles de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e • Instancias de análisis de información, mediante informes y/o reuniones del equipo

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

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

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

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

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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>directivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Metodologías de atención⁹⁵ y su respeto por los derechos de las personas⁹⁶. ○ Metodología existente para la aplicación de instrumentos para medir los niveles de satisfacción ciudadana. ➤ Planes anuales de difusión y diseño de instrumentos para la información y difusión de los productos y servicios institucionales, de acuerdo al perfil de la ciudadanía atendida en los espacios de atención. ➤ Evaluación de la Carta de Derechos Ciudadanos, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Su difusión en los espacios de atención catastrados; ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; a los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos y Deberes Ciudadanos atinentes a la Atención y el acceso a la información pública, los mecanismos de reclamo y compensación ante disconformidades en la entrega de productos y/o servicios entregados, por la institución para evaluar la calidad del servicio e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicio para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Identificación de indicadores de desempeño que midan la calidad de servicio proporcionada por la institución, la satisfacción ciudadana con el servicio proporcionada por la institución y por los espacios de atención y el logro en los procesos de atención del SIAC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Describiendo los instrumentos de registro y recolección de datos para su medición, y ○ Señalado al menos la existencia de los siguientes tipos de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); • Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros); • Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de

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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>solicitudes ciudadanas que operan a través de los distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, u otros); y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades⁹⁷.
	3	<p>La institución identifica en el diagnóstico, aquella información pública que actualmente dispone bajo el mecanismo de Transparencia Activa, los procedimientos y herramientas utilizados para su publicidad y actualización, y la periodicidad con que es actualizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución como parte del mismo Diagnóstico identifica y analiza los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de los siguientes procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo relacionados con el proceso de Transparencia Activa⁹⁸: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos actualmente operativos para dar cumplimiento de cada uno de los antecedentes que la institución debe mantener a través de su sitio electrónico obligatoriamente o que estén a disposición permanente del público relacionados con el proceso de Transparencia Activa (Artículos 6° y 7° de la Ley 20.285 y Reglamento Ley 20.285). Incluyendo: la disposición de roles y responsabilidades de la(s) unidad(es) organizacional(es) a cargo de la generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar permanentemente; y ubicando esta(s) unidad(es) en el organigrama de la institución, identificando los flujos comunicacionales entre éstas y otros centros de responsabilidad del Servicio.
	4	<p>La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas con el modelo de Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución compara los resultados del diagnóstico y establece brechas de funcionamiento entre el estado actual de todos los espacios de atención institucionales y el modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno y presentado en la Guía Metodológica 2010, analizando al menos las siguientes variables⁹⁹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vinculación entre Definiciones Estratégicas de la institución, sus funciones y atribuciones en materias de atención ciudadana y los espacios de atención. ➤ Perfil de los espacios de atención catastrados. ➤ Estructura organizacional para atención ciudadana (incluido el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa).

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

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

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

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para la atención ciudadana, que incluye la gestión de solicitudes de acceso a información pública y aspectos relacionados con el proceso de Transparencia Activa. ➤ Carta de Derechos Ciudadanos. ➤ Competencias y capacitación del personal de los espacios de atención. ➤ Planes anuales de difusión y sus instrumentos. ➤ Indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.
Etapa 2	5	<p>La institución diseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC), adaptado a su realidad institucional, de acuerdo a los resultados del diagnóstico, que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordine todos los espacios de atención institucional, y permita y promueva el ejercicio de los derechos ciudadanos y el conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos, definiendo para las solicitudes ciudadanas: metodologías de atención; procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta; un sistema de gestión; y un sistema de registro. - Coordine la evaluación de los niveles de satisfacción de usuarios asociada a los procesos de provisión de bienes y servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución diseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana aplicable a todos sus espacios de atención, a partir de los resultados del diagnóstico, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, que incluya al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar su contribución a las definiciones estratégicas del Servicio y sus funciones en materia de atención ciudadana. ➤ Objetivos generales y específicos del Sistema. ➤ Ubicación de los espacios de atención en la estructura organizacional, identificando los flujos comunicacionales entre estos y otras secciones del Servicio. ➤ Diseño del proceso de atención ciudadana, que garantice el ejercicio de los derechos de las personas de acuerdo con la Ley N°19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado y la Ley N°20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (en lo referido a solicitudes de acceso a la información pública), a través de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, que respeten los plazos legales, y basados en flujogramas; ○ Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento institucional de los espacios de atención y de transparencia activa, destinadas a retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana. ○ Un Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas, que considere la existencia de: mecanismos de seguimiento de cada una de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana; y ○ Metodologías a utilizar para la atención a ciudadanos/as¹⁰⁰, que asegure el respeto de los derechos de las personas. ➤ Diseño de un procedimiento para la operación del proceso de Transparencia Activa, que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público¹⁰¹.

¹⁰⁰ Las Metodologías de Atención también pueden ser denominadas como "Protocolos de Atención".

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana, señalando, cuando sea aplicable: el equipamiento tecnológico, la conexión a redes, la facilidad de acceso, visibilidad y otros aspectos de este tipo que la institución considere relevantes. ➤ Definición de una metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y la periodicidad de la medición. ➤ Definición de una metodología para la elaboración de la Carta de derechos ciudadanos que asegure: <ul style="list-style-type: none"> ○ La inclusión de contenidos referidos a información descriptiva de la institución; los compromisos de calidad y tiempo con que la institución brindará el servicio, además de las indicaciones que faciliten el acceso al mismo por parte de las personas; los Derechos y Deberes Ciudadanos atinentes a la atención y el acceso a la información pública, los mecanismos de reclamo y compensación ante disconformidades en la entrega de productos y/o servicios entregados, por la institución para evaluar la calidad del servicio e información complementaria referida a la localización de oficinas, horario de atención y responsable a cargo de la atención ciudadana; y ○ Los mecanismos de participación de los los/as funcionarios/as que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicios para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable. ➤ Perfil de competencias del personal de los espacios de atención, al menos en relación la calificación, manejo de las herramientas del sistema, y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana. ➤ Procedimientos e instrumentos a través del cual se asegure la coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC, que considere: <ul style="list-style-type: none"> ○ La elaboración de informe(s) con estadísticas de las solicitudes ciudadanas recibidas, perfiles de los ciudadanos atendidos, sus demandas y nivel de satisfacción, así como de indicadores de desempeño que se elaboren a partir de dichas estadísticas; e ○ Instancias periódicas de análisis del equipo directivo, que permitan retroalimentar la gestión institucional en materias de atención ciudadana.
6		La institución define indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC.	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución define los indicadores de desempeño para medir la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y el logro en los procesos de atención del SIAC, de acuerdo a los resultados del Diagnóstico y el Modelo Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando el nombre de cada indicador de desempeño; ➤ Señalando la meta anual de cada indicador de desempeño, cuando exista información que

¹⁰¹ Este procedimiento debe también asegurar la aplicación de las instrucciones para el cumplimiento de obligaciones de transparencia activa, señaladas en el Reglamento de la Ley N°20.285, así como en el ORD. (GABMIN) N°413 del 13 de abril de 2009 del Ministro de Hacienda y Ministro Secretario General de la Presidencia, dirigido a todos los jefes de Servicio y cuya copia está disponible en la página web <http://www.probidadytransparencia.gov.cl>

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>permita su establecimiento;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Señalando los supuestos¹⁰² establecidos para determinar el valor de la meta de cada indicador y su fundamentación; ➤ Señalando correctamente la fórmula o algoritmo de cálculo (Unidad de medida, periodicidad o frecuencia); ➤ Señalando el o los medios de verificación para cada uno de los indicadores definidos¹⁰³; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados; ➤ Señalando los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información para elaborar los reportes a las autoridades del Servicio; y ➤ Asegurando que consignen información relevante al menos de las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> ○ Satisfacción ciudadana con el servicio proporcionado por la Institución y el servicio entregado en los espacios de atención (evaluando por ejemplo para estos últimos su infraestructura, calidad de la respuesta recibida, tiempo de espera para la atención, comodidad y cortesía en la atención, y/u otros); ○ Cumplimiento de plazos legales (según lo establecido en Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, la Ley 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, y/u otros); ○ Cumplimiento de procedimientos relativos a derivaciones internas y externas de solicitudes que operan a través de los distintos espacios de atención (informar a usuario/a sobre la derivación de su solicitud y solicitudes derivadas efectivamente respondidas, y/u otros); y ○ Calidad de servicio proporcionada por la institución, evaluando el grado en que la entrega de los bienes y/o servicios proporcionada por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de sus usuarios/clientes/beneficiarios y satisfacen sus necesidades. ¡Error! Marcador no definido.
	7	<p>La institución incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) indicador(es) de desempeño relevantes de aquellos definidos para el SIAC, en cuanto midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución incorpora en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes de aquellos definidos para el SIAC, en cuanto a midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleccionando los indicadores de desempeño definidos, que midan aspectos relevantes relacionados con la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC; ➤ Identificando el centro de responsabilidad a cargo de los indicadores de desempeño seleccionados¹⁰⁴;

¹⁰² Los supuestos deben corresponder a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores.

¹⁰³ Los Medios de Verificación deben estar disponibles, debidamente auditados, para consulta de Contraloría General de la República, el Consejo de Auditoría General de Gobierno, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda u organismo validador del sistema.

¹⁰⁴ Basado en la estructura organizacional del Servicio y definidos en el Sistema de Planificación y Control de Gestión.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incorporando los indicadores de desempeño seleccionados en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de la Institución; y ➤ Asegurando que los indicadores de desempeño sean parte de los reportes del SIG, con el respectivo análisis de sus resultados, identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del (o los) indicadores en análisis.
	8	<p>La institución elabora un Plan General de Implementación del SIAC diseñado, para el año en curso y siguientes, especificando: su objetivo general y específicos; los espacios de atención que se integrarán al SIAC cada año; la implementación de infraestructura para la atención; la capacitación funcionaria en materias que se vinculen al Sistema; y la difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materias de atención ciudadana; y un plan para realizar la evaluación de los niveles de satisfacción de usuarios asociados a la provisión de bienes y servicios, que identifique objetivos generales y específicos, establecer hipótesis causales, las relaciones causa-efecto de la aplicación de los procesos de provisión de bienes y servicios definidos en el diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora, de acuerdo con el Modelo SIAC diseñado, un Plan General de Implementación del SIAC, para el año en curso y siguientes, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, el cual deberá incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general y específicos del Plan; ➤ Espacios de atención a implementar cada año, bajo el Modelo SIAC diseñado, con su respectivo alcance geográfico cuando corresponda; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la infraestructura que tendrán los espacios de atención para la atención ciudadana; ➤ Alcance que cada año tendrá la implementación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos Ciudadanos, según las definiciones establecidas en el Modelo SIAC diseñado. ➤ Plan de difusión que incorpore: <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión de la carta de derechos y deberes ciudadanos y los compromisos institucionales en materias de atención ciudadana; ○ Instrumentos para la difusión y entrega de información sobre los productos y servicios institucionales, considerando todos los espacios de atención; ○ La promoción y conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos; y ○ El alcance que cada año tendrá la implementación del Plan de difusión. ➤ Acciones de capacitación para los funcionarios y funcionarias, según perfiles y competencias analizados en el diagnóstico, para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana y la aplicación de la metodología de atención¹⁰⁵, y el alcance que cada año tendrá su ejecución.
	9	<p>La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, señalando al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para la ejecución del Plan General de implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, el cual deberá incluir los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos de la implementación del Sistema para el siguiente periodo; y ➤ Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

¹⁰⁵ La institución debe capacitar a sus funcionarios especialmente para asegurar el nivel de conocimiento y destrezas en la entrega de respuestas a solicitudes de información pública y para el desempeño de las funciones del SIAC, según lo dispuesto en el párrafo II, Título II de la ley N° 18.834.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 3	10	La institución implementa el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, con base al Programa de Trabajo Anual elaborado en la etapa anterior, poniendo en operación las metodologías de atención, los procedimientos de recepción, seguimiento y respuesta, el sistema de gestión de solicitudes ciudadana, el sistema de registro de solicitudes ciudadana, y la evaluación de los niveles de satisfacción de usuarios asociados a la provisión de bienes y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución implementa el SIAC de acuerdo al programa de trabajo definido en la etapa anterior¹⁰⁶: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementando el proceso de atención ciudadana, a través de la operación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; ○ Aplicación de las metodologías de atención; ○ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución; y ○ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de derechos y deberes ciudadanos. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del proceso de transparencia activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público. ➤ Ejecutando el plan de difusión, considerando la carta de derechos ciudadanos y la promoción del conocimiento público de toda información inherente al funcionamiento de la Institución por mecanismos expeditos y oportunos. ➤ Ejecutando las acciones de capacitación a los funcionarios/as para asegurar el desempeño adecuado del SIAC y la aplicación de las metodologías de atención. ➤ Implementando los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional del SIAC.
	11	La institución mide los indicadores de desempeño, elaborados e identificados a ser medidos durante el año, definidos en la etapa anterior y analiza sus resultados.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución mide los indicadores de desempeño para monitorear el logro en los procesos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados en la etapa anterior (nuevos y existentes) a ser medidos en el año. ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de recolección de información, necesaria para poblar los datos, a través de la aplicación de encuestas, creación de bases de datos, otros. ➤ Opera los mecanismos e instrumentos de sistematización de la información, a través de la elaboración de informes consolidados, reportes a las autoridades de la Institución, registros con datos agregados, otros. ➤ Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana.
	12	La institución controla el funcionamiento del SIAC e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución elabora, modifica y/o mejora los reportes de los indicadores de desempeño, dirigido a las autoridades del Servicio, los que deberán considerar al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tener una periodicidad adecuada a las necesidades de información para la toma de decisiones.

¹⁰⁶ Para apoyar el proceso de implementación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://siac.msgg.gov.cl>

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporar análisis de los resultados de los indicadores identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe a cargo de los espacios de atención. ○ Resumen Ejecutivo del Reporte con un análisis de los resultados relevantes de los indicadores de desempeño evaluados y lo presenta al Jefe de Servicio para su aprobación. <input type="checkbox"/> La Institución identifica los aspectos del Sistema que no permiten su pleno funcionamiento y realizando las modificaciones necesarias, que permitan el mejoramiento del desempeño del Sistema, las que deben estar justificadas.
Etapa 4	13	<p>La institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana de acuerdo a lo establecido en Programa de Trabajo Anual y analiza el funcionamiento de todos los espacios de atención institucional, el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño, el perfil de los usuario/as que estos atienden, las brechas entre los resultados efectivos y las metas comprometidas, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período.</p>	<input type="checkbox"/> La Institución evalúa los resultados de la implementación del SIAC, considerando, al menos, los siguientes aspectos ¹⁰⁷ : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis del funcionamiento de los todos los espacios de atención institucional y el perfil de los ciudadanos(as) que éstos atienden. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de atención ciudadana para todos los espacios de atención, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los procedimientos e instrumentos de recepción, tipificación, derivación y respuesta a solicitudes ciudadanas, para todos los espacios de atención; ○ El Sistema de Gestión y de Registro de Solicitudes Ciudadanas; y ○ Las metodologías de atención. ➤ Aplicación de la metodología para medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos/as que atiende la Institución y análisis de sus resultados, es particular de la evaluación de los niveles de satisfacción de usuarios asociada a los procesos de provisión de bienes y servicios. ➤ Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de Derechos y Deberes Ciudadanos. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de Transparencia Activa que asegure la generación, revisión y la publicación mensual de los antecedentes actualizados que se deben mantener a disposición permanente del público. ➤ Análisis de la ejecución del Plan de difusión. ➤ Análisis de los resultados de la capacitación a los funcionarios para asegurar el desempeño adecuado del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana y los procesos de acceso a la información pública y de transparencia activa, conforme a la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, y la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado. ➤ Análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que miden la calidad de servicio proporcionada por la institución, satisfacción ciudadana y del logro en los procesos de atención del SIAC. ➤ Análisis de los procedimientos relacionados con la operación del proceso de coordinación, control y seguimiento institucional SIAC.

¹⁰⁷ Para apoyar el proceso de evaluación la Institución puede también revisar la Guía Metodológica 2010 del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) publicada en el sitio Web <http://siac.msgg.gov.cl>

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación y análisis de las brechas entre los logros alcanzados y el Modelo SIAC diseñado, y las causas que los originaron. ➤ Formulación de recomendaciones de mejoramiento, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, que permitan superar las brechas detectadas y el mejoramiento continuo del sistema.
	14	<p>La institución diseña un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas, e identificando los plazos de ejecución y responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución diseña un Programa de Seguimiento que deberá incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las Recomendaciones formuladas en la evaluación de resultados de la implementación del SIAC; ➤ Los compromisos derivados de las recomendaciones de mejoramiento formuladas que permitan superar las brechas y sus causas y que aseguren la realización de acciones tendientes a la mejora del modelo SIAC de la institución, ➤ Identificando para cada compromiso las actividades, los plazos de ejecución, responsables e indicadores para medir su cumplimiento.
	15	<p>La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución implementa el Programa de Seguimiento para el Sistema Integral de Atención Ciudadana, definido en el año anterior, señalando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El grado de cumplimiento de cada uno de los compromisos; ➤ Acciones de mejoramiento realizadas para cumplir cada compromiso establecido en el programa de seguimiento; y ➤ Justificaciones de los compromisos no cumplidos.
	16	<p>La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, asegurando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La actualización y difusión permanente de los procedimientos de registro, recepción, derivación y respuesta de las solicitudes ciudadanas. ➤ La actualización y difusión permanente de la Carta de Derechos y Deberes Ciudadanos de acuerdo al plan anual de difusión. ➤ La capacitación continua del personal del SIAC, con el fin de optimizar el desempeño de los espacios de atención, y de actualizar conocimientos y orientar el quehacer funcionario, de acuerdo a los nuevos requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención ciudadana y la transparencia. ➤ La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del SIAC, relativos a la optimización de los procesos de atención, tiempos de respuesta a las solicitudes, la calidad de la atención y el acceso a la información pública de la institución, y el cumplimiento regular de las metas comprometidas para cada uno de ellos. ➤ La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional, con información estadística respecto al tipo de solicitudes y perfil de los usuarios/as, que facilite la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de atención ciudadana y acceso a la información pública.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 5	17	La institución prepara la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema integral de información y atención ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional	No aplica.
Etapa 6	18	La institución certifica bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del sistema integral de información y atención ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	No aplica.
Etapa 7	19	La institución mantiene la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema integral de información y atención ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.	No aplica.
Etapa 8	20	La institución mantiene por segundo año la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema integral de información y atención ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional	No aplica.

4.8. SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD

AREA	Área Calidad de Gestión.
SISTEMA	Sistema de Gestión de la Calidad

Objetivo General
Mejorar la gestión de la institución, a través de implementar un Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional certificado bajo la Norma ISO 9001:2008 para los procesos relacionados con la provisión de bienes y servicios relevantes para el desempeño de la institución.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener los siguientes medios de verificación¹⁰⁸ del sistema de gestión de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnóstico Institucional del Sistema de Gestión de la Calidad y/o actualización, que incluya los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios y/o procesos de apoyo transversales a la institución¹⁰⁹, con alcance regional cuando corresponda. <input type="checkbox"/> Plan Trienal Institucional y/o su actualización, para la certificación del sistema unificado de gestión de la calidad que incluya los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios y/o procesos de apoyo transversales a la institución con alcance regional, cuando corresponda. Programa de Trabajo de implementación del año, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> o Definición de actividades, plazos y responsables de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios que prepararon certificación en el sistema de gestión de la calidad, definidos en el primer año del Plan Trienal Institucional. <input type="checkbox"/> Manual de Calidad Institucional actualizado. <input type="checkbox"/> Manual de Procedimientos actualizados-Informe de resultados de auditorías de la calidad, señalando hallazgos detectados. <input type="checkbox"/> Informe del estado de avance de acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver no conformidades y observaciones detectadas. <input type="checkbox"/> Registro de Revisión por la Dirección. <input type="checkbox"/> Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.

¹⁰⁸ Para los servicios que se encuentran en la etapa 1 a la 3 se aplican los medios de verificación señalados, para los servicios que comprometen la etapa 4 sólo se solicitará el Certificado ISO 9001 según alcance definido.

¹⁰⁹ En el diagnóstico el servicio deberá evaluar el costo beneficio de implementar un sistema de gestión de calidad partiendo con los procesos de provisión de bienes y servicios y/o con los procesos de apoyo transversales como planificación y control de gestión, auditoría, compras y contrataciones, entre otros.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	La institución realiza un diagnóstico de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos bienes o servicios que no corresponda certificar.	<p>La institución realiza un diagnóstico, con apoyo de una empresa consultora¹¹⁰, de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) y/o procesos de apoyo transversales a la institución¹¹¹, necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, que incluya lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de los procesos¹¹² asociados a la provisión de todos los bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) y/o procesos de apoyo transversales a la institución¹¹³, y su interrelación, desde la identificación de los requerimientos de partes interesadas¹¹⁴ hasta la entrega del bien o servicio al cliente, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Información del Sistema Planificación y Control de Gestión, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Definiciones Estratégicas, (formulario A1) ▪ Presupuesto y Nivel de Actividad por Producto Estratégico, disponible en Matriz de Definiciones Estratégicas presentado en el proceso de Formulación Presupuestaria. ▪ Matriz de Riesgos del Sistema Auditoría Interna aprobado por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. ▪ Aspectos Relevantes contenidos en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año. ▪ Programación Gubernamental comprometida con Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES). ▪ Prioridades Ministeriales establecidas con el Ministro del Ramo. ▪ Impacto en la ciudadanía¹¹⁵ de los bienes y servicios de la institución. ➤ Identificación de otros procesos transversales relevantes para la institución, asociados a la

110 Para la contratación de la empresa consultora, el Servicio debe considerar los requisitos definidos en las Bases Administrativas y Términos Técnicos de Referencia Tipo para la preparación de la certificación ISO Programa Marco de la Calidad, elaborados por la Dirección de Presupuestos.

111 En el diagnóstico el servicio deberá evaluar el costo beneficio de implementar un sistema de gestión de calidad partiendo con los procesos de provisión de bienes y servicios y/o con los procesos de apoyo transversales como planificación y control de gestión, auditoría, compras y contrataciones, entre otros.

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

Dentro de los criterios de definición de procesos asociados a la provisión de bienes y servicios en las instituciones se debe considerar al menos lo siguiente:

A- Identificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios;

B- Identificación de subprocesos relacionados con los procesos;

Considerando las siguientes definiciones:

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que transforman elementos de entrada en salidas.

Subproceso: Corresponden a un conjunto de actividades mutuamente relacionadas de un proceso.

113 En el diagnóstico el servicio deberá evaluar el costo beneficio de implementar un sistema de gestión de calidad partiendo con los procesos de provisión de bienes y servicios y/o con los procesos de apoyo transversales como planificación y control de gestión, auditoría, compras y contrataciones, entre otros.

114 Parte Interesada: persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización, por ejemplo: clientes, Red de Expertos, SEGPRES, Ministerio de Hacienda, etc.

115 Impacto en la ciudadanía se refiere a efectos en potenciales beneficiarios (as), beneficiarios (as) directos, tipos de clientes, usuarios (sectores vulnerables, jefas de hogar, indigentes, sectores medios, pequeños empresarios u otros) de los procesos de provisión de bienes y servicios que provee la institución en el marco de las prioridades gubernamentales, ministeriales o del servicio.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ provisión de bienes y servicios, cuando sea aplicable. ➤ Identificación de necesidades de recursos tecnológicos, humanos, financieros, espacios de trabajo, si corresponde para lograr la certificación a nivel institucional del Sistema Unificado de Gestión de la Calidad, considerando la optimización de los recursos. ➤ Propuesta de ampliación de la certificación por año incluyendo: los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios necesarios y factibles de incorporar en el sistema unificado de gestión de la calidad.
	3	La institución elabora un Plan Institucional para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) identificados en el diagnóstico como posibles de certificar.	<p>La institución elabora un Plan Trienal Institucional para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) identificados en el diagnóstico necesarios y factibles de certificar bajo norma ISO 9001:2008. El Plan Institucional debe incluir, al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar cada año, incluidos en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, ➤ Definición cuando sea aplicable, de otros procesos transversales relevantes para la institución, asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar cada año y por regiones, incluido en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad.
	4	La institución señala en el Plan Institucional Trienal al menos los procesos de provisión de bienes y servicios que certificará cada año, los sistemas de gestión que incorporará cada año en el alcance de la certificación, todo ello en el marco de un Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional ¹¹⁹ .	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades de Sensibilización¹¹⁶ al Estamento Directivo de nivel central y regional, por año. ➤ Actividades de Capacitación¹¹⁷ para el personal involucrado en los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar por año y por región. ➤ Actividades de Difusión al menos para el personal involucrado en el Sistema de Gestión de la Calidad. ➤ Actividades necesarias para la preparación de la certificación ISO 9001, de acuerdo a lo establecido en las etapas de preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema capacitación. ➤ Programa de auditorías internas y de tercera parte¹¹⁸ al sistema de gestión de la calidad incluyendo los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios. ➤ Definición de costos, recursos humanos, infraestructura y recursos tecnológicos necesarios para la certificación del Sistema Unificado de Gestión de la Calidad por año y por región, considerando la optimización de los recursos.
	5	La institución elabora un Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables para cada proceso	La institución elabora un Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables, para la preparación de la certificación según lo establecido en el Plan Trienal Institucional

¹¹⁶ Actividades de Sensibilización: corresponden a las actividades de involucramiento en el sistema de gestión de la calidad, éstas se pueden realizar dentro de las actividades habituales de la Dirección.

¹¹⁷ Las actividades de capacitación deben estar incorporadas en el Programa Anual de Capacitación (PAC) de la institución.

¹¹⁸ Las Auditorías de Tercera Parte se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas, tales como organismos certificadores que ejecutan las auditorías de pre-certificación, de certificación y posteriormente de mantenimiento del sistema de gestión de la calidad. Las Auditorías de Segunda Parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes y las Auditorías de Primera Parte corresponden a las auditorías internas que se realizan por, o en nombre de, la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos.

¹²⁰ La auditoría de certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios se podrá realizar en la auditoría de re certificación o en la auditoría de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad incluyendo regiones para los procesos estratégicos, de soporte institucional y Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, según corresponda.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		asociado a la provisión de bienes y servicios que se preparará para la certificación según lo establecido en el Plan Institucional Trienal para el primer año.	<p>para el primer año, que contenga al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de Objetivos Generales del Programa de Trabajo del primer Año. ➤ Sensibilización al Estamento Directivo. ➤ Capacitación en temas relacionados con Análisis e Implementación de la norma ISO 9001, documentación para sistemas certificados bajo norma ISO 9001, curso de formación o reforzamiento de auditores internos de la calidad, entre otros. ➤ Elaboración, adecuación y/o ajuste del de Manual de la Calidad, incluyendo al menos: la Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad institucionales, la interacción de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos para el primer año de implementación y el alcance del sistema de gestión de la calidad. ➤ Programación de la elaboración e implementación de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios que preparará para la certificación, durante el primer año. ○ Otros procedimientos transversales relevantes para la institución, asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar cada año incluido en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable. ○ Adecuación/ ajuste/ actualización y/o desarrollo de documentación del sistema de gestión de la calidad incluyendo: procedimientos obligatorios ISO 9001:2008 y otros documentos que la organización considere necesarios. ➤ Actividades de difusión para comunicar las Definiciones Estratégicas, la Política de la Calidad, Objetivos de la Calidad, procedimientos, entre otros. ➤ Programa institucional de auditorías internas al sistema de gestión de la calidad, para el primer año. ➤ Actividades de implementación y seguimiento de acciones correctivas y/o preventivas para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en auditorías internas. ➤ Programación de la Revisión por la Dirección.
	6	La institución implementa el Programa de Trabajo Anual para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) de acuerdo lo establecido en el Plan Institucional Trienal, incluyendo al menos; i)Un Manual de la Calidad para el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional; ii)un Manual de Procedimientos para los procesos de provisión de bienes y servicios a certificar; iii) los resultados de las auditorías internas de calidad ejecutadas a los procesos del Sistema del Unificado de Gestión de la Calidad Institucional para detectar no conformidades a la implementación; iv) las acciones correctivas a las no conformidades detectadas; y v)las	<p>La institución implementa el Programa de Trabajo del primer año definido para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los nuevos procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) de acuerdo lo establecido el Plan Trienal Institucional actualizado, incluyendo al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de las actividades de sensibilización al Estamento Directivo. ➤ Ejecución de las actividades de capacitación definidas en el Programa de Trabajo del primer año. ➤ Adecuación/ajuste del Manual de la Calidad, de acuerdo a lo definido en el Programa de Trabajo del primer año de implementación, según lo establecido en el Programa de Trabajo. ➤ Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos señalados en el Programa de Trabajo del primer año, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicio que preparará para la certificación, durante el primer año. ○ Otros procedimientos relevantes para la institución comunes a dos o más procesos

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.	<p>asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Otros Instructivos, Procedimientos y/o Manuales que la organización considere necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y su aplicación regional. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de auditorías internas de la calidad, que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Programa de Auditoría Interna de la Calidad, incluyendo procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el Programa de Trabajo del primer año ○ Informes de Auditorías Internas de la calidad ejecutadas incorporadas en el Programa de Auditoría. ➤ Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas, ➤ Realización del seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad. ➤ Ejecución de la Revisión por la Dirección institucional, incluyendo al menos lo siguiente: ➤ Revisión del estado de avance de los procedimientos asociados a la provisión de bienes y servicios en preparación de certificación en el segundo año. ➤ Revisión de los resultados de las auditorías de la calidad internas y externas; ➤ Análisis del cumplimiento de los requerimientos del cliente (externo e interno) del sistema, <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisión del estado de las acciones correctivas y/o preventivas realizadas; ○ Análisis de recomendaciones para la mejora del sistema; ○ Definición de acciones de mejora cuando existen no conformidades y productos no conformes. ○ Emisión de un registro de Revisión por la Dirección que incluya las decisiones tomadas y las acciones de mejora a realizar en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad en cada área y en cada región que se incorporan al sistema de gestión de la calidad que incluyan: Política de la Calidad, Objetivos de la calidad y procedimientos aplicables en cada área y región, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo del primer año de implementación.
Etapa 2	7	La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) implementados de acuerdo al Programa de Trabajo Anual de la etapa anterior y establecidos en el Plan Institucional Trienal para el primer año.	<p>La institución certifica¹²⁰ o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 a los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos), para lo cual debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar la realización de auditoría de pre-certificación para la ampliación de alcance del sistema unificado de gestión de la calidad incluyendo los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos en el Programa de Trabajo de la etapa anterior. ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y

¹²⁰ La auditoría de certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios se podrá realizar en la auditoría de re certificación o en la auditoría de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad incluyendo regiones para los procesos estratégicos, de soporte institucional y Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, según corresponda.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>observaciones detectadas en auditoría de pre-certificación y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación incluyendo los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos en el Programa de Trabajo de la etapa anterior ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad Institucional y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones. ➤ Presentar el plan de acciones correctivas a la empresa certificadora en caso de presentar no conformidades en auditoría de certificación.
	8	<p>La Institución actualiza el Diagnóstico¹²¹ y el Plan Institucional Trienal para la preparación de la certificación de los productos estratégicos e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p>	<p>La institución realiza la evaluación y seguimiento de la implementación del Plan Trienal Institucional y Programa de Trabajo del año anterior incluyendo al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de resultados de la aplicación del Plan Trienal Institucional elaborado. ➤ Determinación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados en el Plan Trienal, considerando las actividades definidas y ejecutadas del programa de trabajo del segundo año. <p>La institución actualiza Diagnóstico y el Plan Trienal Institucional para la preparación de la certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su ejecución, de acuerdo a los aspectos determinados anteriormente.</p>
	9	<p>La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables para cada proceso asociado a la provisión de bienes y servicios que se preparará para la certificación en el segundo año, de acuerdo a lo establecido en el Plan Institucional Trienal actualizado.</p>	<p>La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables de la preparación para la certificación en el segundo año de acuerdo a lo establecido en el Plan Trienal Institucional actualizado, que contenga al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de Objetivos Generales del Programa de Trabajo del segundo año. ➤ Sensibilización al Estamento Directivo responsable de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el segundo año. ➤ Capacitación, para el personal involucrado en el sistema de gestión de la calidad en el segundo año y aquellas necesidades que surjan de la evaluación realizada del programa de trabajo del primer año. ➤ Adecuación y ajuste del de Manual de la Calidad, incluyendo al menos: la Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad institucionales, la interacción de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos para el segundo año de implementación ➤ Programación de la elaboración de los siguientes documentos para el segundo año de implementación <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicio que preparará para la certificación, durante el segundo año. ○ Otros procedimientos relevantes para la institución comunes a dos o más

¹²¹ Se deben actualizar sólo los aspectos necesarios del Diagnóstico que serán modificados en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>procesos asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar durante el segundo año incluido en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecuación/ ajuste/ actualización y/o desarrollo de documentación del sistema de gestión de la calidad incluyendo: procedimientos obligatorios ISO 9001:2008 y otros documentos que la organización considere necesarios. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Difusión del proceso de implementación del segundo año para comunicar las definiciones estratégicas, la Política de la Calidad, Objetivos de la Calidad, procedimientos, entre otros. ➤ Programa Institucional de Auditorías de calidad del segundo año de implementación al sistema de gestión de la calidad, considerando las auditorías internas y de tercera parte. ➤ Actividades de implementación y seguimiento de acciones correctivas y/o preventivas para el tercer año. ➤ Programación de Revisión por la Dirección para el segundo año.
	10	<p>La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los nuevos procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) de acuerdo lo establecido el Plan Institucional Trienal actualizado, incluyendo al menos; i)Un Manual de la Calidad para el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional; ii)un Manual de Procedimientos para los procesos de provisión de bienes y servicios a certificar; iii) los resultados de las auditorías internas de calidad ejecutadas a los procesos del Sistema del Unificado de Gestión de la Calidad Institucional para detectar no conformidades a la implementación; iv) las acciones correctivas a las no conformidades detectadas; y v)las observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.</p>	<p>La institución implementa el Programa de Trabajo del segundo año definido para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los nuevos procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos), incluyendo al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de las actividades de sensibilización al Estamento Directivo, incluyendo la ejecución de las actividades de sensibilización al Estamento Directivo para las regiones definidas en el segundo año. ➤ Ejecución de las actividades de capacitación definidas en el Programa de Trabajo del segundo año. ➤ Adecuación/ ajuste del Manual de la Calidad, de acuerdo a lo definido en el Programa de Trabajo del segundo año de implementación. ➤ Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos señalados en el Programa de Trabajo del segundo año, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicio que preparará para la certificación, durante el segundo año ○ Otros procedimientos relevantes para la institución comunes a dos o más procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable. ○ Otros Instructivos, Procedimientos y/o Manuales que la organización considere necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y su aplicación regional. ➤ Ejecución de auditorías internas de la calidad, que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Auditoría Interna de la Calidad, incluyendo procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el Programa de Trabajo del segundo año. ○ Informes de Auditorías Internas de la calidad ejecutadas incorporadas en el Programa de Auditoría, identificando aquellas auditorías ejecutadas en las 5 nuevas regiones que se incorporarán al alcance de la certificación, incluyendo las no conformidades detectadas, observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>auditorías internas,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización del seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad. ➤ Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad en cada área responsable de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, y en cada región que se incorpora al sistema de gestión de la calidad incluyendo: Política de la Calidad, Objetivos de la calidad y procedimientos aplicables en cada área y región, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo del segundo año de implementación.
Etapa 3	11	La institución mantiene el primer año la certificación de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) certificados en la etapa anterior.	<p>La institución mantiene el primer año la certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios certificados en la etapa anterior, certifica¹²² o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los nuevos procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) implementados de acuerdo al Programa de Trabajo del segundo año, para lo cual debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar la realización de auditoría de pre-certificación para la ampliación de alcance del sistema unificado de gestión de la calidad incluyendo los nuevos procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos en el Programa de Trabajo de la etapa anterior. ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de pre-certificación y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.
	13	La institución Certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los nuevos procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) implementados de acuerdo al Programa de Trabajo Anual de la etapa anterior y establecidos en el Plan Institucional Trienal actualizado, ampliando en el alcance de la certificación los nuevos procesos de provisión de bienes y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación incluyendo los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos en el Programa de Trabajo de la etapa anterior. ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de ampliación de alcance al Sistema de Gestión de la Calidad Institucional y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones. ➤ Presentar el plan de acciones correctivas a la empresa certificadora en caso de presentar no conformidades en auditoría de certificación.
	12	La institución realiza el proceso de Revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías	<p>La institución realiza auditorías de seguimiento o mantención que demuestren que el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional opera bajo la Norma ISO 9001:2008 asegurando en el proceso de Revisión por la Dirección, se realice considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de la aplicación de los procedimientos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> o la provisión de bienes y servicios en preparación de certificación en el segundo año.

¹²² La auditoría de certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios se podrá realizar en la auditoría de re certificación o en la auditoría de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad incluyendo regiones para los procesos estratégicos, de soporte institucional y Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, según corresponda.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
		internas y externas de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; ii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas, iv) logro de la conformidad con los productos estratégicos por parte de las "partes interesadas" de la Institución ¹²³ ; v) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> o la provisión de bienes y servicios certificados, en mantención. ➤ Revisión de los resultados de las auditorías de la calidad internas y externas; ➤ Análisis del cumplimiento de los requerimientos del cliente (externo e interno) del sistema; ➤ Análisis de conformidad de los productos estratégicos de la institución por parte de "partes interesadas"; ➤ Revisión del estado de las acciones correctivas y/o preventivas realizadas; ➤ Análisis de recomendaciones para la mejora del sistema; ➤ Definición de acciones de mejora cuando existen no conformidades y productos no conformes. ➤ Realización de las acciones de seguimiento por la dirección sobre la operación del sistema, la revisión de la Política y de los Objetivos de la calidad y la ampliación del alcance del Sistema unificado de Gestión de la Calidad. ➤ Emisión de un registro de Revisión por la Dirección que incluya las decisiones tomadas y las acciones de mejora a realizar en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad. ➤
	14	La Institución actualiza el Diagnóstico y Plan Institucional Trienal para la preparación de la certificación de los productos estratégicos e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su ejecución, si corresponde.	<p>La institución realiza la evaluación y seguimiento de la implementación del Plan Trienal Institucional y Programa de Trabajo del tercer año incluyendo al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de resultados de la aplicación del Plan Trienal Institucional elaborado. ➤ Determinación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados en el Plan Trienal, considerando las actividades definidas y ejecutadas del programa de trabajo del segundo año. <p>La institución actualiza Diagnóstico; Error! Marcador no definido. y el Plan Trienal Institucional para la preparación de la certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su ejecución, de acuerdo a los aspectos determinados anteriormente.</p>
	15	La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables para cada proceso asociado a la provisión de bienes y servicios que se preparará para la certificación en el tercer año, de acuerdo a lo establecido en el Plan Institucional Trienal actualizado.	<p>La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables de la preparación para la certificación en el tercer año de acuerdo a lo establecido en el Plan Trienal Institucional actualizado, que contenga al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de Objetivos Generales del Programa de Trabajo del Tercer Año. ➤ Sensibilización al Estamento Directivo responsable de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el tercer año y para los directivos de las regiones pendientes. ➤ Capacitación, para el personal involucrado en el sistema de gestión de la calidad en el tercer año y aquellas necesidades que surjan de la evaluación realizada del programa de trabajo del segundo año. ➤ Adecuación y ajuste del de Manual de la Calidad, incluyendo al menos: la Política de la Calidad

¹²³ Parte Interesada: persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización. Esto corresponde a los Clientes/ Usuarios/Beneficiarios que reciben los bienes y/o servicios de la Institución, los clientes internos que reciben los productos de gestión interna de los procesos estratégicos, de soporte Institucional y SIAC de la institución y la red de expertos de cada sistema de gestión del PMG que son clientes de los productos generados por dichos sistemas.

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<p>y Objetivos de la Calidad institucionales, la interacción de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios definidos para el tercer año de implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programación de la elaboración de los siguientes documentos para el tercer año de implementación <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicio que preparará para la certificación, durante el tercer año. ○ Otros procedimientos relevantes para la institución comunes a dos o más procesos asociados a la provisión de bienes y servicios a certificar durante el tercer año incluido en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable. ○ Adecuación/ ajuste/ actualización y/o desarrollo de documentación del sistema de gestión de la calidad incluyendo: procedimientos obligatorios ISO 9001:2008 y otros documentos que la organización considere necesarios. ➤ Difusión del proceso de implementación del tercer año para comunicar las definiciones estratégicas, la Política de la Calidad, Objetivos de la Calidad, procedimientos, entre otros. ➤ Programa Institucional de Auditorías de calidad del tercer año de implementación al sistema de gestión de la calidad, considerando las auditorías internas y de tercera parte. ➤ Actividades de implementación y seguimiento de acciones correctivas y/o preventivas para el tercer año. ➤ Programación de Revisión por la Dirección para el tercer año.
	16	<p>La institución implementa el Programa de Trabajo Anual para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) pendientes de certificar de acuerdo lo establecido en el Plan Institucional Trienal actualizado, incluyendo al menos; i)Un Manual de la Calidad para el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional; ii)un Manual de Procedimientos para los procesos de provisión de bienes y servicios a certificar; iii) los resultados de las auditorías internas de calidad ejecutadas a los procesos del Sistema del Unificado de Gestión de la Calidad Institucional para detectar no conformidades a la implementación; iv) las acciones correctivas a las no conformidades detectadas; y v)las observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.</p>	<p>La institución implementa el Programa de Trabajo del tercer año definido para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los nuevos procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos), incluyendo al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de las actividades de sensibilización al Estamento Directivo. ➤ Ejecución de las actividades de capacitación definidas en el Programa de Trabajo del tercer año. ➤ Adecuación/ ajuste del Manual de la Calidad, de acuerdo a lo definido en el Programa de Trabajo del tercer año de implementación, incluyendo la ampliación de alcance regional, según lo establecido en el Programa de Trabajo. ➤ Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos señalados en el Programa de Trabajo del tercer año, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos operativos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicio que preparará para la certificación, durante el tercer año. ○ Otros procedimientos relevantes para la institución comunes a dos o más procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el alcance de la certificación del sistema de gestión de la calidad, cuando sea aplicable. ○ Otros Instructivos, Procedimientos y/o Manuales que la organización considere necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y su aplicación regional. ➤ Ejecución de auditorías internas de la calidad, que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Auditoría Interna de la Calidad, incluyendo procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incluidos en el Programa de Trabajo del tercer año

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
			<ul style="list-style-type: none"> ○ Informes de Auditorías Internas de la calidad ejecutadas incorporadas en el Programa de Auditoría, identificando aquellas auditorías ejecutadas en las 5 nuevas regiones que se incorporarán al alcance de la certificación, incluyendo las no conformidades detectadas, observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas ➤ Realización del seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad. ➤ Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad en cada área responsable de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, y en cada región que se incorpora al sistema de gestión de la calidad incluyendo: Política de la Calidad, Objetivos de la calidad y procedimientos aplicables en cada área y región, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo del tercer año de implementación.
Etapa 4	19	<p>La institución realiza el proceso de Revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías internas y externas de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) que se ejecutan las acciones correctivas y preventivas para resolver las no conformidades detectadas, iv) Logro de conformidad con los productos estratégicos por parte de las "partes interesadas" de la Institución; vii) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema Unificado de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>La institución mantiene la certificación de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) certificados, asegurando en el proceso de Revisión por la Dirección se realice, considerando al menos :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión del desempeño de los procesos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> ○ la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad. ○ Procesos transversales estratégicos y de soporte institucional definidos en el sistema de gestión de la calidad. ➤ Revisión de los resultados de las auditorías de la calidad internas y externas; ➤ Análisis del cumplimiento de los requerimientos del cliente (externo e interno) del sistema; ➤ Análisis de conformidad de los productos estratégicos de la institución por parte de "partes interesadas"; ➤ Revisión del estado de las acciones correctivas y/o preventivas realizadas; ➤ Análisis de recomendaciones para la mejora del sistema; ➤ Definición de acciones de mejora cuando existen no conformidades y productos no conformes. <p>Realización de las acciones de seguimiento por la dirección sobre la operación del sistema, la revisión de la Política y de los Objetivos de la calidad.</p> <p>Emisión de un registro de Revisión por la Dirección que incluya las decisiones tomadas y las acciones de mejora a realizar en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad.</p>

Etapa	N°	Objetivos	Requisitos Técnicos
	17	La institución mantiene el segundo año la certificación de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) certificados en la etapa 2 (Objetivo N° 7).	<p>La Institución mantiene la certificación y/o amplia alcance de la certificación, para lo cual realiza la auditoría de seguimiento o mantención y/o de certificación, desarrollada por la empresa certificadora contratada, de manera de verificar el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad de la Institución con los requisitos de la norma ISO 9001, para ello debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinar y controlar que en la auditoría de mantención/ certificación y de ampliación de alcance de la certificación, se auditen los procesos incluidos en el Sistema Unificado de Gestión de la Calidad, es decir, aquellos relacionados con los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios certificados ➤ Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de ampliación de alcance al Sistema de Gestión de la Calidad Institucional y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones. ➤ Presentar el plan de acciones correctivas a la empresa certificadora en caso de presentar no conformidades en auditoría de certificación. <p>La Institución implementa un Sistema Unificado de Gestión de la Calidad para el mejoramiento del desempeño institucional considerando en él, al menos los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios certificados y los procedimientos obligatorios en la norma ISO 9001, para lo cual realiza Revisiones por la Dirección periódicas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia continua del Sistema Unificado de Gestión de la Calidad a nivel nacional de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios ➤ Asegurar la pertinencia del sistema implementado en cuanto a mejorar la atención al cliente interno y externo a la institución.
	18	La institución mantiene el primer año la certificación de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) certificados en la etapa anterior.	
	20	La institución Certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos, subproductos y productos específicos) pendientes de certificar implementados de acuerdo al Programa de Trabajo Anual de la etapa anterior y establecidos en la tercera etapa del Plan Institucional Trienal actualizado, las mejoras a los procesos de provisión de bienes y servicios ya certificados, y las mejoras o ajustes a los sistemas de gestión.	
	21	La institución implementa un Sistema Unificado de Gestión de la Calidad para el mejoramiento del desempeño institucional considerando en él, al menos los procesos de provisión de bienes y servicios certificados y los procedimientos obligatorios en la norma ISO 9001: 2008.	

4.9. SISTEMA EVALUACIÓN DE IMPACTO

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 1	1	<ul style="list-style-type: none"> • La institución realiza un diagnóstico de los procesos de provisión de bienes y servicios, necesarios y factibles de realizarles una evaluación de impacto o señalar los fundamentos para no hacerles una evaluación de impacto, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación y selección de los procesos susceptibles de ser evaluados a través de una evaluación de impacto ○ Estimación de los posibles beneficios con los que quedará la población beneficiaria una vez que concluya su participación en las acciones que lidera la Superintendencia. ○ Priorización de procesos o áreas de negocio donde es factible medir impacto ○ Identificación de la existencia de grupos de control ○ Análisis de la disponibilidad de información para definir línea base • La institución realiza elabora un Plan y Programa de Trabajo para realizar Evaluación de Impacto de aquellos procesos de provisión de bienes y servicios que corresponda según resultado del diagnóstico, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos generales y específicos del Plan. ○ Establecer hipótesis causales. ○ Indagar en las relaciones de causa-efecto de la aplicación de los procesos de provisión de bienes y servicios definidos en el diagnóstico. ○ Programa de Trabajo de la Evaluación de Impacto, identificando las actividades, plazos y responsables. ○ 	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica.

Etapa	N° Objetivo	Descripción Objetivos	Requisitos Técnicos
Etapa 2	2	<p>La Institución actualiza el Diagnóstico y el Plan Institucional Trienal para evaluación de impacto e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p> <p>La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables para la evaluación de impacto en el segundo año, de acuerdo a lo establecido en el Plan Institucional Trienal actualizado.</p> <p>La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido para la evaluación de impacto de acuerdo lo establecido el Plan Institucional Trienal actualizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica.
Etapa 3	3	<p>La Institución actualiza el Diagnóstico y el Plan Institucional Trienal para evaluación de impacto e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p> <p>La institución elabora el Programa de Trabajo Anual que define al menos actividades, plazos y responsables para la evaluación de impacto en el segundo año, de acuerdo a lo establecido en el Plan Institucional Trienal actualizado.</p> <p>La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido para la evaluación de impacto de acuerdo lo establecido el Plan Institucional Trienal actualizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aplica.