



REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

(VERSIÓN FINAL)

**METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL (MEI)
AÑO 2011**

Tabla de contenido

1. SISTEMA DE PLANIFICACIÓN - CONTROL DE GESTIÓN.....	3
2. SISTEMA AUDITORIA INTERNA	9
3. SISTEMA CAPACITACIÓN.....	17
4. SISTEMA DE HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO.....	23
5. SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO	28
6. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	36
7. SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN.....	50
8. SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	54
9. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	57

1. SISTEMA DE 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.

REQUISITOS TECNICOS	
Objetivo N°1	<p>Establecer las Definiciones Estratégicas de la institución (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, prioridades gubernamentales y presupuestarias, los recursos asignados en la Ley de Presupuestos, la opinión del equipo directivo y sus funcionarios, y las percepciones de sus cliente(a)s, usuario(a)s y beneficiario(a)s.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio establece las Definiciones Estratégicas para el período 2012 – 2014 como resultado de un proceso de planificación institucional. Éstas deberán ser aprobadas por el Jefe de Servicio, validadas por el Ministro del ramo y difundidas a los funcionarios del servicio, y considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Legislación vigente. ➤ Compromisos a nivel de Gobierno, sectoriales y ministeriales. ➤ Prioridades presupuestarias. ➤ Recursos asignados en la Ley de Presupuestos de cada año. ➤ Recomendaciones surgidas de procesos de evaluaciones de programas, institucionales o de impacto realizadas por la Dirección de Presupuestos u otros estudios relevantes realizados por externos, si corresponde. <p><input type="checkbox"/> Las Definiciones Estratégicas establecidas deben señalar al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Misión institucional. ➤ Compromisos a nivel de Gobierno. ➤ Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados. ➤ Productos estratégicos definidos como bienes y/o servicios. ➤ Clientes/usuarios/beneficiarios precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos. ➤ Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.
Objetivo N°2	<p>Diseñar un Sistema de Información de Gestión¹ (SIG) tomando como base las definiciones estratégicas establecidas en el objetivo 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 específicos² establecidos por la institución y el diseño de mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información para la construcción de indicadores de desempeño.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El levantamiento y definición de los procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior. ➤ Centros de responsabilidad definidos (basado en la estructura organizacional, las funciones específicas de cada Centro de Responsabilidad y los procesos relevantes definidos) los que deben cumplir con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ser relevantes según las definiciones estratégicas establecidas, 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.

1. El Servicio puede elegir el tipo de sistema a implementar, pudiendo ser desde un sistema manual o una herramienta más sofisticada como el Cuadro de Mando Integral, u otro que estime conveniente la autoridad de la Institución. La idea es que el sistema elegido sea factible de implementar en el servicio, que cuente con información relevante del desempeño institucional y útil para sus procesos de toma de decisiones.

2. Convenios de Desempeño Colectivo, Compromisos de Alta Dirección Pública, Programación Gubernamental, entre otros.

- Tener un ejecutivo responsable por su gestión.
- Generar información relevante para la medición de indicadores.
- Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios):
 - En las dimensiones de eficiencia, eficacia, economía y calidad (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión 2009 en www.dipres.cl/control de gestión/PMG/sistema gestión/planificación)
 - En los ámbitos de control: proceso, producto y resultado.
 - Señalando correctamente la fórmula de cálculo.
 - Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula.
 - Señalando el medio de verificación.
 - Señalando las áreas de gestión incorporadas en las MEI y/u otras áreas de gestión relevantes para la institución.
 - En aquellos productos estratégicos (bienes y/o servicios) de un centro de responsabilidad que no sea posible contar con indicadores de desempeño por las características del bien y/o servicio o razones técnicas justificadas, se deberá presentar las fundamentaciones técnicas de estos casos.
- Los centros de responsabilidad deberán definir los indicadores de desempeño relevantes para medir los compromisos establecidos en el Convenio de Desempeño Colectivo, los que deben formar parte del SIG.
- Identificar los indicadores de desempeño relevantes del SIG que podrían ser parte del convenio de Alta Dirección Pública, en los casos que corresponda.
- Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño.
- Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño, de acuerdo al Medio de Verificación identificado para cada indicador.
- Identificar los indicadores de desempeño elaborados que se 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 nuevo, actual modificado o perfeccionado.
- Justificar las modificaciones a las definiciones estratégicas definidas en la etapa anterior, si corresponde.
- Identificar indicadores de desempeño que midan los aspectos relevantes de la gestión del Servicio, consistentes con los prioridades aprobadas en la Ley de Presupuestos y centrados en los siguientes focos de medición:
 - Logro de los objetivos estratégicos
 - Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos.
 - Logro de las Prioridades de Gobierno.
 - Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos.
 - Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.
 - 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 80% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado.
 - Considerar, cuando corresponda, a los indicadores surgidos de las evaluaciones realizadas en el período 2000- 2010, 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.

Objetivo N°3	Poner en funcionamiento el SIG, midiendo los indicadores de desempeño construidos e identificando aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.
---------------------	--

- 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:
 - Modificaciones a uno o más aspectos del Sistema de Información diseñado.
 - Incorpora nuevos indicadores de desempeño.
 - Elimina indicadores de desempeño que ya no muestren un proceso de mejoramiento del desempeño, o no son relevantes para monitorear el desempeño institucional.
 - Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados a ser medidos en el año en las etapas anteriores (nuevos

y existentes).

El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:

- Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados a ser medidos en el año en las etapas anteriores (nuevos y existentes).
- Operan todos los sistemas de recolección de información (fichas, encuestas, OIRS, bases de datos, otros).
- Operan los sistemas de sistematización de información a través de informes consolidados, reportes, documentos, registros con datos agregados, otros.
- Identifica los aspectos del sistema corregidos o modificados con la correspondiente justificación de los cambios, debidamente aprobados por el Jefe de Servicio y equipo directivo.
- Identifica y fundamenta los indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos.
- Elabora, modifica y mejora los reportes del SIG utilizados en los procesos de toma de decisión institucional, los que deberán considerar al menos lo siguiente:
 - 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.

Objetivo N°4	Comprometer en la formulación presupuestaria del año siguiente las Definiciones Estratégicas del Servicio, identificando la misión, prioridades gubernamentales, objetivos estratégicos, productos estratégicos, gasto y nivel de actividad por producto estratégico, junto con los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, indicando para cada uno la meta, ponderación, supuestos válidos y producto estratégico al que se vincula.
---------------------	---

- El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos 2012 las Definiciones Estratégicas establecidas y aprobadas por el Ministro del ramo.
- El Servicio define los indicadores de desempeño consistentes con las definiciones estratégicas establecidas, los cuales deben cumplir con:
 - Aspectos Metodológicos:
 - Nombre del indicador
 - Fórmula o algoritmo de cálculo
 - Ámbito de control y dimensión
 - Vinculación con productos estratégicos
 - Meta
 - Supuestos
 - Notas técnicas
 - Medio de verificación
 - Ponderador
 - Incorporar las recomendaciones surgidas de procesos de evaluaciones de programas, institucionales o de impacto realizadas por la Dirección de Presupuestos u otros estudios relevantes realizados por externos, si corresponde.
 - Medir los aspectos relevantes de la gestión del Servicio, lo que debe considerar:
 - Los resultados de los productos estratégicos en los clientes / usuarios / beneficiarios.
 - La eficacia, eficiencia y/o calidad en la provisión de los productos estratégicos.
 - Establecer metas exigentes, esto es:
 - Los valores comprometidos se ajustan a los recursos presupuestarios asignados.
 - Los valores de las variables son igual o mejor al desempeño histórico del indicador.
- El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos 2012 los Indicadores de Desempeño establecidos en los requisitos precedentes, aprobados por el Ministro del ramo.
- El Jefe de Servicio informa al Ministro del ramo y funcionarios de la institución los indicadores comprometidos en la formulación presupuestaria para el año 2012.

Objetivo N°5	<p>Evaluar 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%), elaborando el Programa de Seguimiento de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Jefe de Servicio establece un proceso de revisión de resultados, a intervalos planificados, de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el año 2011, en donde se considera, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desempeño de los bienes y servicios, a través del análisis de los resultados de los indicadores de desempeño. ➤ El resultado de cada indicador comparando los datos efectivos con la meta comprometida. ➤ Análisis de la consistencia de la información de las variables de cada indicador con los medios de verificación previamente definidos. ➤ Identificación de los indicadores cumplidos (>95% de la meta), no cumplidos (< 95% de la meta) o sobre-cumplidos (> 105% de la meta). ➤ En el caso de los indicadores cumplidos, análisis con el centro de responsabilidad correspondiente, de los resultados de cada variable de los indicadores con el objeto de identificar posibles oportunidades de mejora. ➤ En el caso de los indicadores no cumplidos o sobre-cumplidos, análisis con el centro de responsabilidad correspondiente, de las causas que originaron los resultados, tanto internas como externas a la gestión del Servicio. ➤ El Jefe de Servicio informa al Ministro del ramo y funcionarios de la institución el resultado de los indicadores comprometidos. ➤ El Jefe de Servicio da cuenta pública de los resultados de los indicadores y sus metas en su cuenta pública anual (Balance de Gestión Integral, BGI). ❑ El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año 2012, aprobado por el Jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos y sobre cumplidos, hayan sido o no afectados por causas externas justificadas, señalando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las causas que originaron los resultados obtenidos. ➤ Compromisos que permitan superar las causas analizadas. ➤ Plazos y responsables para la implementación de los compromisos. ➤ Medios de verificación. ➤ Ponderador para cada indicador del Programa de Seguimiento, cuya sumatoria sea 100%.
Objetivo N°6	<p>La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio evalúa, a intervalos planificados, el cumplimiento de los compromisos de cada indicador evaluado el año 2010 y establecido en el Programa de Seguimiento del año 2011. Para ello analiza las acciones y compromiso realizados durante el año considerando: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los compromisos cumplidos y no cumplidos (cumplimiento parcial o fuera de plazo) e identifica las causas de los incumplimientos. ➤ En el caso de los compromisos cumplidos analiza, con el centro de responsabilidad correspondiente, si efectivamente su implementación permitió superar las causas que originaron los resultados de los indicadores en el año anterior, o deben realizarse acciones adicionales. ➤ En el caso de compromisos no cumplidos analiza, con el centro de responsabilidad correspondiente, las causas de los incumplimientos, los efectos en los resultados institucionales y las acciones que se deben implementar para mejorar los resultados.
Objetivo N°7	<p>Preparar certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Planificación/Control de Gestión en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.</p>
	<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 incluir:
 - Actividades³.
 - Plazos.
 - Responsables.
- Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente:
 - Manual de Calidad.
 - Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente:
 - 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 procesos⁴ 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.
 - Informe con resultados de las auditorías de calidad señalando:
 - No conformidades detectadas.
 - Observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.
 - Informe con el estado de avance de las acciones correctivas⁵ y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.

Objetivo N°8	Certificar bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del sistema de Planificación/Control de Gestión en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.
---------------------	---

- La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas:
 - 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.
- El servicio certifica el sistema.

Objetivo N°9	Mantener la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Planificación/Control de Gestión en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.
---------------------	--

- 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:
 - 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.

3 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.

4 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.

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

- 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.

2. SISTEMA AUDITORIA INTERNA

AREA	GESTIÓN DE RIESGOS
SISTEMA	AUDTORIA INTERNA

Objetivo General	
Implementar una política de gestión de riesgos, desarrollando en forma permanente y continua, auditorías de carácter general, estratégico, fundamentalmente preventivas y de apoyo a la gestión.	
REQUISITOS TECNICOS	
Objetivo N°1	Crear y dejar en funcionamiento la Unidad de Auditoría Interna a través de resolución exenta u otro documento, estableciendo la dependencia directa del Jefe Superior del Servicio, formular el Estatuto de Auditoría Interna aprobado por el Jefe de Servicio y definir formalmente la política y los roles, responsabilidades y funciones para el proceso de gestión de riesgos, enviando toda la información al Consejo de Auditoría.
<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La Misión de la Unidad, las incompatibilidades y sus objetivos. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Que el Jefe de la Unidad de Auditoría Interna, para el ejercicio de sus funciones, depende directa y exclusivamente del Jefe de Servicio. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> La metodología de trabajo y coordinación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno a través del Auditor Ministerial. <input type="checkbox"/> 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. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora la resolución exenta u otro documento de la misma jerarquía legal, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna.</p> <p><input type="checkbox"/> El Servicio debe formular y/o actualizar el Estatuto de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría. En este se debe definir detalladamente las actividades que la Unidad de Auditoría Interna debe desempeñar, las que puede realizar con independencia y objetividad y las que no debe realizar en el marco del proceso de gestión de riesgos, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p> <p><input type="checkbox"/> La Institución define y documenta la Política de Riesgos, a través de una resolución, considerando, al menos lo siguiente:</p> <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. ➤ Los responsables de gestionar los riesgos y las competencias que estos requieren. ➤ El compromiso de la dirección para la revisión periódica. <p><input type="checkbox"/> La Institución define y documenta los roles de las personas relacionadas con las siguientes materias:</p> <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 	

Objetivo N°2	Formular una matriz de riesgos desagregando los procesos, subprocesos, etapas, riesgos y controles, de acuerdo con las definiciones establecidas en la política para el proceso de gestión de riesgos, por parte del Jefe de Servicio, estableciendo el ranking de por proceso. Enviar la Matriz de Riesgo y el ranking al Consejo de Auditoría.
	<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"> ➤ Proceso Institucional. ➤ Subprocesos. ➤ Etapas. ➤ Objetivos Operativos. ➤ Riesgos, incluyendo descripción de los riesgos, su probabilidad, impacto y severidad. ➤ Controles, incluyendo la descripción del control, la evaluación de efectividad del control y su valor. ➤ La exposición al riesgo por riesgo. <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 de procesos. <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 siguiente³: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de los procesos institucionales, 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.
Objetivo N°3	Elaborar un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgos y presentar una propuesta del Plan Anual de Auditoría que incluya las tres líneas de auditoría (institucional, Ministerial y Gubernamental) y presentarlo al Consejo de Auditoría. Formular planes para tratamiento de los riesgos priorizados.
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución debe elaborar un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Matriz de Riesgos⁶ 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 2011. ➤ 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 interno⁷. ➤ 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, etapas y riesgos a auditar. <input type="checkbox"/> La institución elabora 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 Gubernamental. ➤ Objetivo Ministerial⁸. ➤ Objetivo Institucional: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Plan debe contener al menos cinco auditorías institucionales a los procesos o subprocesos o etapas, 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 aseguramiento⁹ al proceso de gestión de riesgos de la institución.

6 Según criterios considerados en documento técnico "Objetivo de Auditoría Gubernamental 2011"

7 Según lo considerado en documento técnico N° 33 "Planificación de Auditoría" versión 2010.

8 El Objetivo Ministerial, correspondiente al período 2012, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre de 2011. Definir Objetivos y Alcance y adjuntar su respectivo Programa de Auditoría.

- 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.

Objetivo N°4	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.
---------------------	--

- La Institución debe presentar al Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno los Programas de Auditoría¹⁰.
- Para cada auditoría planificada y no 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:
 - 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.
- La Institución informa mensualmente¹⁴ las auditorías terminadas¹¹ de acuerdo al Plan¹² 2010 y las actividades desarrolladas por la Unidad de Auditoría Interna considerando, al menos lo siguiente:

9 Según lo considerado en Documento Técnico "Objetivo Gubernamental de Auditoría 2011.

10 Para el año 2011, 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.

11 De no existir auditorías terminadas en el mes, se debe informar el detalle de las actividades (con los hallazgos críticos detectados) 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.

12 Si existieran modificaciones al Plan Anual de Auditoría deben presentarse al Consejo de Auditoría a más tardar el 30 de agosto de 2011 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.

- 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:
 - Los hallazgos de auditoría detectados, deben contener la descripción de los hechos detectados y el análisis de causas.
 - Los hallazgos deben sustentarse con evidencia de auditoría suficiente y competente dispuesta en los papeles de trabajo.
 - El efecto real o potencial que generan los hallazgos de auditoría, entendiendo por tal las consecuencias que derivan o puede derivarse de éstos en el ámbito de la auditoría.
 - Las 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 Auditorías¹³ y/o actividades ejecutadas durante el año, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:
 - El total de las auditorías y actividades realizadas en el año.
 - 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.

Objetivo N°5	Informar al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría Interna, surgidos 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.
---------------------	--

- 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:
 - El número y fecha de emisión del informe de auditoría.
 - El proceso, subproceso o etapa.
 - El nombre de la auditoría contemplada en el Plan.
 - El hallazgo de auditoría.
 - La 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.

¹³ 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 2011 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.

Objetivo N°6	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.
	<p>❑ La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2012 aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Objetivo General y Especifico ➤ Alcance ➤ Equipo de trabajo ➤ Horas de auditoría ➤ Cronograma ➤ Definición de una metodología, la que debe definir las materias sobre las cuales hacer seguimiento¹⁴, 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. ○ El hallazgo de auditoría. ○ La sugerencia o recomendación de auditoría. ○ El número/ fecha, documento repuesta. ○ El o los compromisos¹⁵ 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.
Objetivo N°7	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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

- La institución elabora un informe¹⁶ consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2010 y anteriores, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:
 - Introducción
 - Evaluación de Resultados:
 - 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 compromisos¹⁷ 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:
 - 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%.

Objetivo N°8

Realizar monitoreo a la implementación de las estrategias de tratamiento de riesgos y enviar un informe con los resultados al Consejo de Auditoría.

- La Institución realiza el monitoreo de la implementación de las medidas adoptadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos¹⁸, considerando al menos lo siguiente:
 - Identificación del proceso, 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.

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.

- 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

Objetivo N°9

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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

- La Institución desarrolla el Plan para la preparación de la Certificación, el que deberá contener al menos, lo siguiente¹⁹:
 - Diagnóstico de los procesos del Sistema de Auditoría Interna respecto a las exigencias definidas en la Norma ISO 9001 que contempla al menos:
 - 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:
 - Actividades²⁰.
 - Plazos.
 - Responsables.
 - Antecedentes respecto de la implementación del Plan para la preparación de la certificación el que debe incluir, al menos, lo siguiente:
 - Manual de Calidad.
 - Manual de Procedimientos que incluya al menos lo siguiente:
 - 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 21 del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente.
 - Informe con resultados de las auditorías internas de calidad señalando:
 - No conformidades detectadas.
 - Observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde.
 - Informe con el estado de avance de las acciones correctivas y preventivas²² realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.

Objetivo N°10	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.
----------------------	--

- La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas:
 - 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.
- El servicio certifica el sistema.

Objetivo N°11	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.
----------------------	---

- 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:
 - 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

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ Considerar los aspectos señalados en las etapas de planificación, programación, ejecución, informe y seguimiento en el proceso de auditoría.

²² Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

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.
- 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.

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.

3. 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.	
REQUISITOS TECNICOS	
Objetivo N°1	Constituir y disponer el funcionamiento del Comité Bipartito de Capacitación del Servicio. Definir y formular la Política de Capacitación del servicio, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil (DNSC), las Definiciones Estratégicas ²³ y la Política de Recursos Humanos de la Institución con la asesoría del Comité Bipartito de Capacitación.
<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> La Institución formula, perfecciona y aplica, considerando las orientaciones de la Dirección Nacional del Servicio Civil ²⁴ , 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. 	
Objetivo N°2	Detectar las Necesidades de Capacitación del Servicio, a través de la Unidad Encargada de Capacitación con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, que incluya un diagnóstico de competencias transversales y específicas ²⁵ y las respectivas brechas de competencias que constituyen necesidades de capacitación, y que incorpore un diagnóstico de necesidades de capacitación institucional para detectar líneas claves de capacitación de acuerdo a los objetivos estratégicos institucionales.
<input type="checkbox"/> 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 específicas ²⁶ 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. 	

²³ Las definiciones estratégicas institucionales son presentadas cada año por las instituciones en la formulación presupuestaria, formulario A1.

²⁴ 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.

²⁵ Se entiende por Competencias Transversales a "aquellos comportamientos laborales que son propios del desempeño en diferentes sectores o actividades y que, por lo mismo, no necesariamente se relacionan con un puesto en particular", por ejemplo, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, tecnologías de información u otros. (Corresponden a las competencias "Genéricas" que se exigieron durante el año 2003. El cambio de nombre se resolvió para concordar la nomenclatura con la vigente en el ámbito privado). Se entiende por Competencias Específicas, "aquellas que son requeridas de manera relevante para el desempeño de un cargo para cumplir exitosamente con su objetivo y sus funciones. Lo anterior involucra la identificación de los conocimientos, habilidades y aptitudes que debe poseer una persona para cumplir con un óptimo desempeño, en un contexto organizacional determinado".

²⁶ Estas competencias deberán formar parte de las definiciones de perfiles de cargo de la institución.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las actividades requeridas en los otros sistemas 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 específicas²⁷ de los cargos del servicio, del segundo y tercer nivel jerárquico y funcional²⁸. ➤ 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. <p><input type="checkbox"/> La Institución, a través de la Unidad de Recursos Humanos (RR HH.) y con asesoría del Comité Bipartito de Capacitación realiza un Diagnóstico de Detección de Necesidades de Capacitación Institucional²⁹ que deberá incluir, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de las definiciones estratégicas institucionales para determinar necesidades de mejoramiento de la gestión, incluyendo las actividades requeridas en los otros sistemas de las MEI. ➤ Brechas de Competencias Laborales de los/las funcionarios, de acuerdo al diagnóstico realizado. <p><input type="checkbox"/> 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 periodos anteriores. - Objetivos estratégicos que se apoyarán con la capacitación institucional.
<p>Objetivo N°3</p>	<p>Diseñar el Plan Anual de Capacitación (PAC) aprobado por el Jefe de Servicio, a través de la Unidad de Capacitación con la asesoría del Comité Bipartito de Capacitación, considerando las líneas de capacitación identificadas en el diagnóstico y en el marco del proceso de formulación presupuestaria del año siguiente, elaborando además un Programa de Trabajo definiendo al menos actividades, plazos y responsables para la ejecución del plan, e informando a todos los funcionarios de la institución respecto del plan y programa diseñados.</p>

²⁷ 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".

²⁸ 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.

²⁹ 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 2012.

- ❑ 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:
 - 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:
 - Pertinentes que proporcionen herramientas a los funcionarios para la promoción, según los artículos 36 y 37 del DS/69 del M. Hacienda³⁰.
 - Que la Dirección Nacional del Servicio Civil determine relevantes en materia de gestión de personas³¹.
 - Para el fortalecimiento de al menos 2 de las competencias transversales, 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 tipo³².
 - 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.
- ❑ 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:
 - Los principales hitos y actividades del Plan Anual de Capacitación a ejecutar.
 - El cronograma de trabajo o la secuencia temporal en que se ejecutarán las actividades de capacitación.
 - Actividades de capacitación interna³³, externa³⁴ sin costo y externas con costo³⁵.
 - El N° de participantes que se capacitará a nivel central y regional en cada actividad realizada.
 - Criterios y/o mecanismos de asignación y/o distribución del presupuesto asignado a nivel regional, cuando corresponda.
 - Detalle del presupuesto del Servicio, asignado por glosa de capacitación en la Ley de Presupuestos, y su distribución a nivel regional, cuando corresponda.

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.

Objetivo N°4	Diseñar los mecanismos de selección de organismos capacitadores, considerando disposiciones del Sistema de Compras y Contrataciones Públicas reguladas por la Ley de Compras y Procedimientos de la Dirección de Compras (www.mercadopublico.cl) y lo definido en el Plan Anual de Capacitación y diseñar los mecanismos de identificación y selección de beneficiarios de la capacitación.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio diseña un mecanismo objetivo de evaluación y selección de los oferentes, considerando al menos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perfil profesional de los relatores ➤ Trayectoria del organismo en la materia específica a capacitar. ➤ Análisis de la Oferta Técnica 	

30 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).

31 La Dirección Nacional del Servicio Civil informará oportunamente la oferta de actividades de capacitación vigentes para el periodo respectivo.

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

33 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.

34 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.

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

- Análisis de la Oferta Económica.
 - La justificación de los organismos preseleccionados.
- El Servicio diseña un mecanismo objetivo de selección de los beneficiarios de la capacitación.

Objetivo N°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 actividades de capacitación realizadas de acuerdo al plan y el presupuesto ejecutado
---------------------	--

- 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:
- 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 capacitación³⁶.
 - Resultado del cumplimiento de las metas de los indicadores definidos en el Plan.
- La Institución aplica los mecanismos de evaluación de la capacitación de 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.
 - Evaluación de aplicación de lo aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 15% de los/las participantes de actividades de capacitación con costo en el periodo 2010 y 2011.
- 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.

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.

Objetivo N°6	Evaluar el 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, así como las competencias adquiridas por los mismos, realizando un análisis global de la gestión de la capacitación ejecutada.
---------------------	---

- 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:
- 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 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

³⁶ 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.

	<p>aprendido en el puesto de trabajo, al menos, al 15% de los/las participantes de actividades de capacitación con costo en el periodo 2010 y 2011.</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 efectividad³⁷ y oportunidad³⁸ 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. <p>Porcentaje de actividades de capacitación con 11 o menos horas de duración respecto al total de las actividades ejecutadas.</p>
Objetivo N°7	Diseñar y difundir un programa de seguimiento para cerrar las debilidades detectadas por la evaluación del Plan anual de capacitación ejecutado, 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: <p>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.</p>
Objetivo N°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"> <input type="checkbox"/> 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 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. <input type="checkbox"/> Programa de trabajo de implementación del Plan para la preparación de la Certificación, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades³⁹. ➤ Plazos. ➤ Responsables. <input type="checkbox"/> 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 procesos 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. ➤ 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.

³⁷ Se entenderá por efectividad, al nivel de acceso que posee el mecanismo de difusión (más personas informadas, más efectivo es el mecanismo de difusión).

³⁸ 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).

³⁹ 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 Capacitación, 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.

Informe con el estado de avance de las acciones correctivas ⁴⁰ y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.	
Objetivo N°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.
<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. 	
El servicio certifica el sistema.	
Objetivo N°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 Capacitación, 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. 	
La Institución desarrolla la (s) auditoría (s) de mantención con el objeto de demostrar que su sistema de Capacitación sigue operando según norma ISO 9001	

⁴⁰ Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

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

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

Objetivo General	
Formalizar y fortalecer los procesos asociados al mejoramiento de los ambientes de trabajo de los funcionarios, la prevención de riesgos y en general, de las condiciones del lugar de trabajo con participación de los trabajadores.	
REQUISITOS TÉCNICOS	
Objetivo N°1	Disponer el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad. De no reunir los requisitos legales para constituir un Comité Paritario, organizar un Comité Voluntario ⁴¹ . Elaborar un Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de Trabajo, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o con la participación del o de los Comité(s) Paritario(s).
<input type="checkbox"/> La institución dispone el funcionamiento del o de los Comité(s) Paritario(s), y da las facilidades para que cumplan con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización doce reuniones en el año, con al menos una reunión mensual. ➤ Participan dos tercios de los representantes titulares, tanto de los funcionarios como de los Institucionales, como promedio anual. ➤ Realización de las actividades que les permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en el art. 24 del Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad. ➤ Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación. 	
<input type="checkbox"/> La institución dispone el funcionamiento de un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del sistema. La conformación de este Comité dependerá de la dotación total del Servicio y deberá cumplir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de al menos 6 reuniones en el año, una cada dos meses. ➤ Realización de actividades de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes. ➤ Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación. 	
<input type="checkbox"/> La institución elabora un diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo, a partir de la opinión emitida por expertos ⁴² en materia de prevención de riesgos, con la participación del o de los Comité(s) Paritario(s), o el Comité Voluntario y del Encargado del Sistema, que deberá incluir, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de la metodología utilizada para identificar los problemas existentes en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. ➤ Descripción general de la Institución, considerando las funciones que realiza, las características de su(s) dependencia(s), la dotación de funcionarios, la organización existente para la prevención de los riesgos laborales. ➤ Identificación de los problemas (peligros y riesgos) en materia de higiene y seguridad, considerando la reglamentación legal vigente. ➤ Identificación de los problemas existentes para enfrentar situaciones de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo.	
Objetivo N°2	Elaborar en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario, el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo basado en el Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación. Elaborar el Programa de Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo y lo comunica a los funcionarios, definiendo al menos actividades, plazos y responsables.
<input type="checkbox"/> La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o el Encargado, elabora el Plan	

⁴¹ Si la dotación total del Servicio es entre 1 a 10 funcionarios, el Comité Voluntario estará constituido por el Jefe de Servicio y un funcionario designado por éste. Si la dotación total es de 11 o más, el Comité Voluntario estará constituido por dos funcionarios designados por el Jefe de Servicio.

⁴² Del Organismo administrador del Seguro Ley 16.744 y/o contratado por el servicio y/o bomberos, entre otros.

Anual⁴³ de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo⁴⁴ y lo aprueba a más tardar el 30 de abril del año en curso. Dicho Plan deberá considerar, a lo menos, los siguientes contenidos:

- Resultados del análisis del Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo.
- Áreas claves de mejoramiento de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo.
- Mecanismos de selección de proyectos específicos de mejoramiento a implementar.
- Definición de la metodología para detectar el grado de satisfacción de los funcionarios y canalizar sus reclamos.
- Definición de los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, considerando, al menos:
 - Mediciones de la Tasa de Accidentabilidad y del Grado de Satisfacción de los beneficiarios.
 - Los indicadores deben ser incorporados en el SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión.
 - Establecer las metas de los indicadores definidos.
- Definición de los Mecanismos de difusión interna que se utilizarán para informar a los funcionarios sobre las acciones de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo.

- La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia, con la asistencia técnica de expertos en materia de prevención de riesgos, considerando al menos, lo siguiente:
 - La planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Plan de Emergencia deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.

La institución informa a los funcionarios el Plan de Emergencia que se aprueba durante la semana siguiente a su aprobación.

- La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.
 - La institución informa a los funcionarios el Procedimiento de Actuación frente a la ocurrencia de Accidentes del Trabajo que se aprueba durante la semana siguiente a su aprobación.

- La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo aprobados, durante la semana siguiente a la aprobación de los respectivos planes o procedimiento.

- La institución elabora el Programa de Trabajo⁴⁵ para la ejecución del Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio, y lo aprueba a más tardar el 30 de abril de año en curso. Dicho programa deberá contener lo siguiente:
 - Cronograma de trabajo o secuencia temporal de las Actividades que se ejecutarán, señalando el nivel a que corresponden, central y/o regional.
 - Principales hitos o actividades del Programa de Trabajo a ejecutar.
 - Responsables de cada una de las actividades.
 - El N° de funcionarios que se beneficiará a nivel central y regional de cada actividad.
 - Monto del gasto presupuestado para cada actividad programada.
 - Definición de indicadores de desempeño relevantes para evaluar la ejecución del Programa de Trabajo.
 - Los indicadores que deberán incorporarse al SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión.
 - Establecer las metas de los indicadores definidos.

- La institución difunde a los funcionarios el Programa de Trabajo a más tardar la semana siguiente a su aprobación.

Objetivo N°3	Ejecutar el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según lo establecido en el Programa de Trabajo y mide los indicadores de desempeño del Plan anual de Prevención de Riesgos.
<input type="checkbox"/>	La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según el Programa de Trabajo

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

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

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

Objetivo N°4	Registrar los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluidos el detalle de las acciones en materia de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo realizadas y difundir a los funcionarios
<input type="checkbox"/> La institución registra los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividades realizadas en el periodo en materias de Mejoramiento de Ambientes e Higiene y Seguridad, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ Actividades realizadas en el período, relativas al desarrollo y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ N° de funcionarios beneficiados con cada actividad realizada. ➤ Monto de gasto ejecutado en cada actividad realizada. ➤ Principales desviaciones entre los resultados efectivos de las actividades en ejecución y la programación efectuada por la institución en su Programa de Trabajo y su justificación. ➤ Registro de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el período, efectuando a lo menos la descripción de lo ocurrido, identificando las causas y señalando las medidas correctivas determinadas y/o implementadas, según corresponda. ➤ Observaciones realizadas por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o por los funcionarios sobre las acciones realizadas en materia de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo, o sobre aquellas que estimen se requiere realizar. ➤ Principales acciones extraordinarias realizadas en el período. ➤ Difusión de las actividades realizadas, precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad 	
Objetivo N°5	Evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo ejecutado en el periodo, en término de las acciones realizadas, la efectividad de dichas acciones, el gasto ejecutado y los funcionarios beneficiados, considerando la medición de los indicadores de desempeño. Difundir a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada y diseñar un Programa de Seguimiento a las Recomendaciones que incluya, compromisos ⁴⁶ , plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación
<input type="checkbox"/> La institución evalúa los Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las causas de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada por la institución en el Programa de Trabajo, incluyendo las actividades del Plan de Emergencia. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan Anual. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Programa de Trabajo. ➤ Cumplimiento del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Recomendaciones derivadas de la implementación de las actividades de mejoramiento de ambientes de trabajo y de higiene y seguridad. ➤ Recomendaciones derivadas de las situaciones extraordinarias ocurridas. <input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, considerando al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de los compromisos asociados a las recomendaciones, plazos de los compromisos y responsables. ➤ Incorporación de los compromisos en el siguiente Plan Anual y su respectivo Programa de Trabajo, cuando corresponda. ➤ La institución difunde a los funcionarios la Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, durante la semana siguiente a su aprobación. Lo que deberá informar precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad. 	
Objetivo N°6	Preparar certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.
<input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el Plan para la preparación de la Certificación, el que deberá contener, al menos, lo siguiente:	

⁴⁶ Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, 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"> ➤ Actividades⁴⁷. ➤ 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 procesos relacionados con la elaboración del Diagnóstico de la Calidad de los Ambientes y Condiciones de Trabajo, la Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de los Resultados de la Ejecución del Plan Anual según Programa de Trabajo del Sistema de Higiene-Seguridad y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo. o Los controles explícitos y los requisitos técnicos relevantes de estos procesos del sistema, considerando los requisitos definidos por el cliente. o 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. ➤ Informe con resultados de las auditorías de calidad señalando: <ul style="list-style-type: none"> o No conformidades detectadas. o Observaciones y oportunidades de mejora, si corresponde. ➤ Informe con el estado de avance de las acciones correctivas⁴⁸ y preventivas realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de la calidad.
<p>Objetivo N°7</p>	<p>Certificar bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del sistema de Higiene, Seguridad y Mejoramiento de los Ambientes de Trabajo en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.</p>
	<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"> ➤ 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. ❑ El servicio certifica el sistema.
<p>Objetivo N°8</p>	<p>Mantener la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del sistema de Higiene, Seguridad y mejoramiento de los Ambientes de Trabajo en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución mantiene el sistema de gestión de la calidad en el sistema de Higiene, Seguridad y mejoramiento de los Ambientes de Trabajo, 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.

47 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 Higiene, Seguridad y mejoramiento de los Ambientes de Trabajo, 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.

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

- 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.
- 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

5. SISTEMA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL SECTOR PÚBLICO

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

Objetivo General	
Mejorar la transparencia, eficiencia y calidad de los procesos de compras y contrataciones de los Servicios Públicos, así como fortalecer el acceso a mayor y mejor información.	
REQUISITOS TÉCNICOS	
Objetivo N°1	Realizar un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento identificando y analizando las competencias de los funcionarios en materia de compras públicas, la normativa interna, los procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y sus recursos financieros, el uso del portal de www.mercadopublico.cl la gestión de contratos, la gestión de los reclamos recibidos a través del portal, la gestión de inventarios, la gestión de proveedores y los mecanismos de compras que usa para realizar los procesos de compras, de acuerdo a las necesidades que el Servicio requiere.
<input type="checkbox"/>	<p>La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento el que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Catastro de usuarios que participan en la gestión de abastecimiento de la Institución⁴⁹. ➢ Diagnóstico de competencias específicas⁵⁰ en materias de gestión de abastecimiento y utilización de plataformas de Chilecompra para determinar la línea base. Esto es, identificar las competencias⁵¹ que permitan alcanzar con un nivel de desarrollo adecuado, para las funciones necesarias para una eficiente gestión de abastecimiento del Sector Público y aquellas que presentan brechas o desviaciones. ➢ Catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.mercadopublico.cl el año 2010. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presupuesto asignado para compras de bienes y servicios en la Ley de Presupuestos; Fondos provenientes de empréstitos internacionales, otros fondos para compras de bienes y servicios ○ Compras que no fueron transadas en el sitio www.mercadopublico.cl, tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la ejecución por fuera del portal, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31. ○ Compras transadas en el sitio www.mercadopublico.cl, tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, porcentaje monto total ejecutado respecto del total de los subtítulos 22 y 31, número de transacciones realizadas en el portal. ○ Compras de productos o servicios que habiendo contrato marco, el servicio las ha realizado por fuera del contrato marco. tipo de compra, fecha de la compra, montos ejecutados, justificación de la no utilización del contrato marco. ○ Catastro de compras estratégicas⁵². ○ Normativa interna, procedimientos legales, procedimientos de normativa de organismos internacionales, cuando corresponda. ○ Diagnóstico de las necesidades de compra de la institución por centro de responsabilidad⁵³. ➢ Catastro de todos los Contratos Vigentes. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos los contratos vigentes⁵⁴ de la Institución, identificando al menos: Nombre del contrato, fecha suscripción,

⁴⁹ Consiste en elaborar un catastro de los funcionarios de la Institución que participen en la gestión de Abastecimiento, cuenten o no con clave en www.mercadopublico.cl. Se incluyen usuarios requirentes, comisiones evaluadoras o cualquier funcionario que utilice la plataforma de compras. Para facilitar la elaboración de este catastro, la Dirección de Compras pondrá a disposición el formulario correspondiente.

⁵⁰ Las competencias específicas a considerar dependiendo de cada perfil son a lo menos: Realizar procesos de Compras y contratación Pública de forma eficiente y transparente, de acuerdo con normas éticas y normativa de compras públicas, Verificar el cumplimiento de la normativa en los procesos de adquisiciones realizados por la Institución a través del Sistema de Compras Públicas, Velar por la legalidad de los procedimientos de adquisición de bienes y servicios de la Institución, Generar condiciones para que las áreas de la organización realicen los procesos de compra y contratación de acuerdo a la normativa vigente, preservando máxima eficiencia y transparencia. Además podrán agregar aquellas competencias que complementen la función de abastecimiento propia de la Institución.

⁵¹ El diagnóstico de este perfil corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la Institución en el marco del sistema de capacitación de las MEI.

⁵² Las compras estratégicas corresponden a aquellas compras que por su importancia o magnitud, ya sea financiera o de relevancia para el organismo, son consideradas significativas. Es decir, compras sensibles para la Institución, importancia de monto de la compra, o que la suma de dichas compras representen al menos el 80% del gasto total.

⁵³ Centro de Responsabilidad: Corresponde al concepto utilizado por el Sistema de Planificación y Control de Gestión definido en la etapa II de dicho sistema.

	<p>fecha de vencimiento, antigüedad, monto, bienes y/o servicios prestados, cláusula de renovación automática y/o término anticipado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comparación del precio o costo del contrato vigente con convenios marcos, si los hay, cotizaciones o precios y valores de mercado. ➤ Catastro de los reclamos recibidos en el portal. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad de reclamos recibidos los años 2007, 2008, 2009. ○ Temas más reclamados. ○ Metodología utilizada para resolver reclamos recibidos. ➤ Catastro de proveedores que operan con la Institución, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rubros utilizados. ○ Uso de Chileproveedores. ○ Registro de proveedores identificando proveedores habituales, licitaciones, montos, cumplimiento de plazos y calidad de los servicios prestados. ○ La Institución identifica el proceso de inventario considerando al menos: Conservación, Identificación, Instrucción, Formación⁵⁵. ➤ Catastro de los mecanismos de compra utilizados, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Convenio Marco ○ Licitación Pública ○ Otros mecanismos fuera y dentro del portal. ➤ Identificación de a lo menos las siguientes áreas críticas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Compras Sustentables: incorporación en sus procesos de compra criterios de eficiencia energética. ○ Acceso: evitar la existencia de barreras de entrada a los proveedores. ○ Sistema de pago⁵⁶: análisis de cumplimiento⁵⁷ del pago a 30 días a sus proveedores. ○ Transparencia: La institución realiza sus procesos de compra a través de www.mercadopublico.cl. <p><input type="checkbox"/> Servicios de Bienestar: se incorpora a www.mercadopublico.cl</p>
Objetivo N°2	Identificar y priorizar ⁵⁸ áreas críticas para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, en base a los resultados del Diagnóstico y acreditar competencias y habilidades en materias de abastecimiento.
<input type="checkbox"/>	<p>La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización⁵⁹, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto institucional y apoyo a la gestión de abastecimiento de la institución. ➤ La relevancia del proceso que se quiere mejorar. ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de la Gestión de Abastecimiento. <p>La relevancia de la política pública que se quiere mejorar, a través de las compras que realiza la institución, cuando corresponda.</p>
Objetivo N°3	Definir el Plan anual de Compras considerando la normativa interna, procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y los recursos financieros del Servicio.
<input type="checkbox"/>	El Servicio define el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, con base en el Diagnóstico de la etapa anterior.

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

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

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

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

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

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

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

<p>Para ello debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compras Estratégicas definidas para el periodo y el resto de las compras del servicio. ➤ Definición de un procedimiento interno para elaborar el Plan anual de compras de acuerdo a lo establecido en la normativa. ➤ Socialización a toda la Institución de dicho procedimiento. ➤ Elaboración del plan anual de compras institucional⁶⁰ aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las necesidades de compras de la institución. ○ Los recursos financieros del Servicio. ➤ Identificación de indicadores de compras con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las metas comprometidas por la institución diseñada según el diagnóstico aplicado. ○ Datos históricos obtenidos en los años anteriores. 	
Objetivo N°4	Diseñar el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público.
<ul style="list-style-type: none"> ☐ La Institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento el que debe incluir al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseño del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base a las conclusiones del diagnóstico de competencias aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas. ○ Calendarización de las acciones de capacitación. ○ N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan. ➤ Diseño de un sistema de gestión de los reclamos identificando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Definición del compromiso de la institución para la disminución de reclamos el año 2010. ○ Flujo interno de derivación y evacuación de los reclamos. ➤ Diseño de mecanismos de evaluación periódica de sus contratos considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre del contrato. ○ Fecha de inicio y término. ○ Procedimientos para su gestión. ➤ Diseño de un sistema de evaluación de proveedores considerando los resultados obtenidos en el Diagnóstico. ➤ La Institución define los mecanismos de compra que utilizará durante el periodo, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presupuesto asignado. ○ Tipo de compra. ○ Montos. ➤ Diseño de una política de inventarios de acuerdo a sus necesidades. Considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilidad de productos. ○ Planificación de sus compras. ○ Volúmenes. ○ Mecanismos de registro y control. ➤ La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan de Mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento para la ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La Cartera de Proyectos Institucional debidamente priorizada y costeadada. ○ Objetivo general de cada proyecto de mejoramiento ○ Objetivos específicos de cada proyecto (en términos de impacto). ○ Áreas críticas priorizadas. ○ Tiempos de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. ○ Indicadores de Desempeño para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación. 	
Objetivo N°5	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 y elaborar un programa de

⁶⁰ El Plan Anual de Compras Institucional, corresponde a informar los 10 proyectos y/o adquisiciones más relevantes a ejecutar durante el periodo. La Dirección de Compras ha dispuesto como sugerencia para informar dichos proyectos en un formulario, el que se encuentra disponible en www.mercadopublico.cl.

seguimiento de los resultados de la evaluación de la aplicación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento

- ❑ La Institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento considerando lo siguiente:
 - 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:
 - 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:
 - 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:
 - Herramientas disponibles en www.mercadopublico.cl.
 - Ejecución de sus compras de acuerdo a los mecanismos de compra establecidos.
 - La implementación de los mecanismos para comparar los montos ejecutados en el portal [www.chilecompra](http://www.chilecompra.cl) versus lo transado fuera por el portal, para ello:
 - Justifica toda compra realizada fuera del portal [www.chilecompra](http://www.chilecompra.cl).
 - Mide el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio.
 - Ítems presupuestarios transables en el portal.
 - La implementación de la política de inventarios definida, para ello considera:
 - Alcance
 - Gestión de Bodegas
 - Actores
 - La implementación de los proyectos de mejoramiento de las áreas priorizadas⁵⁹ de la gestión de abastecimiento con base en el diagnóstico y el Programa de Trabajo Anual, el que debe incluir al menos:
 - Objetivos generales y específicos,
 - Alcance,
 - Impacto, monto a ejecutar (si corresponde),
 - Cronograma de trabajo señalando actividades, plazo y responsables.
- ❑ La Institución evalúa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido y registra los resultados, considerando al menos:
 - Evaluación de los usuarios capacitados en el marco del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento implementado, considerando al menos:
 - Presenta resultados de la de las actividades identificando al menos, número de funcionarios capacitados, áreas a las que pertenecen estos funcionarios,
 - Aprobación del sistema de acreditación de competencias en gestión de abastecimiento, cumpliéndose la meta anual comprometida con la Dirección de Compras⁶¹.
 - Genera un Registro⁶² interno de los funcionarios acreditados en los perfiles⁶³ 1, 2, 3, 4 y 5, incluyendo al menos:
 - Nombre y Rut de cada funcionario acreditado.
 - Unidad de Compra en la que ejerce funciones.
 - Perfil de usuario.
 - Proponen acciones de mejoramiento para las actividades de capacitación para el próximo periodo.
 - La Institución evalúa el sistema de gestión de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl. Para ello:

⁶¹ La meta anual será acordada con la Dirección de Compras.

⁶² Los usuarios aprueban la prueba de acreditación con nota igual o superior a 65% para el año 2010 y en las condiciones que lo establece la Ley 19.886 y su reglamento.

⁶³ los perfiles 1, 2, 3, 4 y 5 corresponden a: operador, supervisor, auditor, abogado y Jefe de Servicio respectivamente.

- Propone acciones para mejorar los temas más reclamados por parte de los proveedores.
- Compromete acciones concretas de mejora para el año siguiente.
- La institución evalúa la gestión implementada en la evaluación periódica y oportuna de los contratos gestionables, para ello:
 - Analiza el resultado de la gestión implementada.
 - Propone acciones de mejoramiento en el sistema de evaluación de contratos.
- La Institución evalúa el sistema de evaluación de proveedores, para ello:
 - Analiza el resultado de las acciones realizadas durante el periodo.
 - Propone acciones correctivas para el sistema para el siguiente periodo.
- La Institución evalúa los mecanismos de compra utilizados, para ello considera:
 - Análisis de resultados de las acciones realizadas
 - Propone acciones correctivas para el próximo periodo.
- Evaluación de los mecanismos implementados para comparar los montos ejecutados en el portal www.chilecompra.cl⁶⁴ versus lo transado fuera por el portal, para ello:
 - Analiza las Justificaciones toda compra realizada fuera del portal www.chilecompra.cl.
 - Evalúa el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio.
 - La Institución evalúa los montos ejecutados en el portal www.mercadopublico.cl respecto a los ítems presupuestarios transables en el portal. Para ello:
 - Propone acciones a seguir de mejoramiento permanente en la incorporación de aquellos procesos que debiendo haber sido transados por la plataforma no lo fueron.
- La Institución evalúa la política de inventarios elaborada, para ello considera al menos:
 - Exceso de stock
 - Insuficiencia de stock
 - Robo
 - Mermas
 - Obsolescencia
- ❑ Evaluación de los Proyectos de mejoramiento de las áreas críticas priorizadas⁵⁹ basadas en:
 - Análisis del resultado de la implementación de cada actividad y o proyecto, señalando los compromisos cumplidos y no cumplidos en el proceso, su justificación, identificando causas internas y externas
 - Análisis del resultado de los indicadores definidos para cada proyecto o actividad
- ❑ La institución elabora un programa de seguimiento como resultado de la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, generando recomendaciones de mejora, compromisos y acciones/actividades, con plazos y responsables para ser implementado el año (t+1), considerando al menos:
 - Cumplimiento de los compromisos que surgen de las recomendaciones, acciones/ actividades, establecidas en el Programa de Seguimiento.
 - Medidas a adoptar para el cumplimiento de los compromisos no alcanzados.
 - Programación de Acciones/actividades, con plazos y responsables.
 - Difusión de los resultados anuales del proceso de mejoramiento a todos los funcionarios de la institución. Esta debe realizarse a través de medios internos, tales como: Circulares, oficios, correo electrónico, publicación intranet, memorias u otros.

Objetivo N°6

Realizar completa y oportunamente los procesos de compra y contratación a través del portal www.mercadopublico.cl sobre la base del Plan Anual de Compras.

- ❑ El Servicio cumple con realizar de manera transparente y eficiente los procesos de compra y contratación a través de www.mercadopublico.cl⁶⁵. Para ello:
 - 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.

⁶⁴ Corresponde a la plataforma www.mercadopublico.cl

⁶⁵ Se aclara que mercado público corresponde a una de las varias plataformas que posee ChileCompra.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
Objetivo N°7	Realizar la gestión de todos los contratos vigentes analizando la continuidad y término de los contratos, en base a la evaluación periódica de la totalidad de las compras realizadas por la Institución.
	<input type="checkbox"/> El Servicio realiza Gestión todos los Contratos Vigentes. Para ello considera: <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 contrato, fecha suscripción, fecha de vencimiento, antigüedad, monto, cláusula de renovación automática y/o término anticipado. ○ 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).
Objetivo N°8	Evaluar los resultados de los indicadores del Panel de Compras comprometido y establecer mejoras en la gestión de abastecimiento, a través del análisis y monitoreo de los indicadores actuales del Panel de Gestión de Compras y sus desviaciones y evaluar periódicamente el Plan Anual de Compras utilizando los resultados de los indicadores.
	<input type="checkbox"/> El Servicio evalúa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo. considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las compras realizadas por la institución. ○ Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. Para ello toma en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoras en las políticas de adquisiciones de la organización. ▪ Participación del Servicio de Bienestar en sus procesos de abastecimiento. ➤ La Institución evalúa la meta comprometida para los indicadores de desempeño a través del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de cada indicador ○ Realiza un programa de seguimiento a los indicadores de desempeño del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl a través de la medición de su cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el indicador supera en un 5% la meta propuesta por la institución debe justificar su sobrecumplimiento. ▪ Si el indicador está un 5% bajo la meta propuesta por la institución debe justificar su no cumplimiento. Porcentaje Global de cumplimiento del conjunto de los indicadores del Panel de Control.
Objetivo N°9	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.
	<input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el Plan ⁶⁶ 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.

⁶⁶ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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"> ○ Actividades⁶⁷. ○ 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 procedimientos⁶⁸ 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 preventivas⁶⁹ realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de calidad.
Objetivo N°10	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.
	<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"> ➤ 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. ❑ El servicio certifica el sistema.
Objetivo N°11	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.
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ 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.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Considerar los aspectos señalados en los objetivos de los procesos del Sistema de Compras.

⁶⁹ Esto incluye la detección de oportunidades de mejora para el sistema.

- La Institución desarrolla la(s) auditoría(s) de mantenimiento con el objeto de demostrar que su sistema de Compras y Contratación del Sector Público sigue operando según norma ISO 9001.

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.

6. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

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

Objetivo General

Contar con mecanismos que faciliten el acceso oportuno a la información, la calidad de servicio⁷⁰, la transparencia de los actos y resoluciones, la participación ciudadana y promuevan el ejercicio de los derechos ciudadanos, para contribuir a la calidad de atención a la ciudadanía

REQUISITOS TÉCNICOS

Objetivo N°1	<p>Realizar un diagnóstico del estado actual de los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, considerando al menos el análisis de: a) Las definiciones estratégicas de la Institución y su vinculación con materias de calidad de atención a la ciudadanía; b) La estructura organizacional de la institución; c) La normativa vigente relacionada; d) Todos los espacios de atención⁷¹ institucional vinculados a la provisión de productos estratégicos y solicitudes ciudadanas⁷²; e) La gestión de las solicitudes ciudadanas, considerando procedimientos, metodologías e instrumentos de trabajo para su recepción, derivación, seguimiento, respuesta y registro; f) La calidad de servicio en la provisión de productos estratégicos, a través de mecanismos de conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución y el uso de esa información en el diseño y prestación de dichos productos; g) El proceso de Transparencia Activa, identificando aquella información pública que actualmente dispone bajo este mecanismo, los procedimientos utilizados para su generación, revisión, publicación y actualización, en concordancia con la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado; h) Otros mecanismos de participación señalados en la "Política de Participación Ciudadana 2010-2014"; i) El personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos y sus competencias en materia de calidad de atención a la ciudadanía.</p> <p>Comparar los resultados del diagnóstico y establecer brechas con el modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno y la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado, para el diseño/rediseño del SIAC.</p>
---------------------	---

1.1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de sus procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio. La calidad de atención se entiende como el resultado de la gestión integrada de los espacios de atención, de las solicitudes ciudadanas, de la información sobre calidad de servicio, y de los mecanismos de transparencia de los actos y resoluciones y de otros sobre participación ciudadana, así como de las competencias de los funcionarios en dichas materias. A partir de lo anterior, el diagnóstico debe identificar, describir y analizar al menos los siguientes aspectos (Nota: en los casos que corresponda, la institución que disponga de unidades descentralizadas para atender a la ciudadanía, debe aplicar el diagnóstico en cada unidad territorial hasta el nivel regional y posteriormente realizar un diagnóstico consolidado a nivel nacional):

1.1.1. Considerando las Definiciones Estratégicas de la institución, política(s) institucional(es) sobre calidad de atención

70 Calidad de servicio en la provisión de productos estratégicos. Corresponde al 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. Esto se obtiene por mecanismos orientados al conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución, a través de mediciones que permitan conocer las características, necesidades, expectativas y satisfacción de los ciudadanos y ciudadanas sobre los productos estratégicos que reciben de parte de la institución y el uso de esa información en el diseño y prestación de dichos productos. Como parte del uso de la información está la identificación de los procesos relacionados con la definición, evaluación y cumplimiento de estándares de calidad sobre la provisión de productos estratégicos y gestión de solicitudes ciudadanas, expresados a través de Cartas de Compromisos Ciudadanos y otros mecanismos de difusión de compromisos cuando estos últimos sean aplicables.

71 Espacios de atención. Canales de contacto entre la institución y la ciudadanía vinculados a la provisión de productos estratégicos y solicitudes ciudadanas, incluye: oficinas de atención para prestaciones relacionadas con los productos estratégicos, OIRS, Centros de Documentación, Buzones Ciudadanos, portales Web, teléfonos de atención, Oficinas Móviles, Call Center y Oficina de Partes, entre otros

72 Solicitudes Ciudadanas. Consideran al menos: las prestaciones relacionadas con los productos estratégicos que se realizan a través de los espacios de atención; las 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 las solicitudes de acceso a la información pública, de acuerdo a lo establecido en el Título IV de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado.

a la ciudadanía, su estructura organizacional y normativas vigentes relacionadas, identifica (Nota: las Definiciones Estratégicas deberán ser consistentes con las presentadas con la Ley de Presupuestos 2011 - Ficha A1):

1.1.1.1. Las funciones y atribuciones de la Institución en materias de atención ciudadana, y cómo estas son parte de su Misión y Objetivos Estratégicos;

1.1.1.2. Qué productos estratégicos, subproductos y productos específicos se prestan directamente a la ciudadanía y cuáles se entregan a través de los espacios de atención;

1.1.1.3. Qué ciudadanos/as son los cliente(a)s, usuario(a)s y/o beneficiario(a)s de la Institución y cuáles son sus características;

1.1.1.4. Quiénes –departamento, unidad, área–, dentro de la institución son los que prestan el servicio/producto y tienen contacto directo con los ciudadanos y qué rol cumplen las otras unidades para que se preste el servicio/producto de forma adecuada (con el fin de definir claramente qué rol juega cada repartición al interior de la institución en el engranaje orientado hacia la calidad de atención). Se debe considerar la disposición de roles, responsabilidades, autoridades y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones).

1.1.2. Todos los espacios de atención existentes. Estos corresponden a canales de contacto entre la institución y la ciudadanía vinculados a la gestión de solicitudes ciudadanas, la participación ciudadana y la provisión de productos estratégicos. Se consideran como espacios de atención: OIRS, oficinas de atención para prestaciones relacionadas con los productos estratégicos, Centros de Documentación, Buzones Ciudadanos, Portales Web, Teléfonos de Atención, Oficinas Móviles, Call Center y Oficina de Partes, entre otros. El diagnóstico debe incluir (se excluyen los aspectos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos):

1.1.2.1. Identificación de los espacios de atención existentes y de cada punto de contacto a través del(los) cual(es) se entregan bienes/servicios a la ciudadanía usuaria, cliente y/o beneficiaria.

1.1.2.2. Distribución territorial y cobertura (geográfica, etaria, género, socioeconómica, entre otros).

1.1.2.3. Tipificación de la ciudadanía que atienden (perfil del ciudadano, considerando aspectos tales como: zona geográfica, rango etario, género, nivel socioeconómico, entre otros).

1.1.2.4. Nivel de equipamiento e infraestructura existente, identificando al menos: herramientas tecnológicas, conexión a redes, facilidad de acceso para la ciudadanía y la visibilidad de los espacios de atención.

1.1.2.5. Descripción de cómo la ciudadanía interactúa con los espacios de atención institucionales, a través de metodologías de atención y su respeto por los derechos de las personas (esto tiene relación con la aplicación de varios aspectos relacionados con la atención directa a la ciudadanía (trato) tales como: la forma de recepcionar al/la ciudadana/o, el proceso de escucha, la correcta tipificación de la atención, la forma de responder, el formato de despedida, y el correcto registro y derivación de la solicitud internamente. Estos aspectos también pueden ser denominados como “Protocolos de Atención” o “Script”).

1.1.2.6. Descripción de los instrumentos (procedimientos o metodologías) a través de los cuales se planifica de manera anticipada la demanda de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y productos (o servicios) estratégicos factibles de ser requeridos por la ciudadanía, cuando corresponda, a través de los espacios de atención; considerando pronósticos o proyecciones de las solicitudes a recibir (consultas históricas, proyección de crecimiento, por programas/actividades u otras), la participación y coordinación con otras unidades estratégicas (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Estudios, Informática, entre otras) y la realidad particular de las distintas atenciones que gestiona el Sistema, para una correcta distribución de recursos.

1.1.3. La gestión de solicitudes ciudadanas. Considera las consultas, reclamos, sugerencias, felicitaciones, peticiones y opiniones en el marco de la Ley N° 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado; y las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, de acuerdo a lo establecido en el Título IV de la Ley N° 20.285 de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado.

1.1.3.1. En el caso de las solicitudes en el marco de la Ley N° 19.880, se debe considerar:

1.1.3.1.1. Procedimiento(s) para su gestión, considerando las siguientes etapas: recepción, derivación, seguimiento, respuesta, registro y la identificación de los ciudadanos. En particular, para los reclamos se debe contemplar adicionalmente: el grado de facilidad de acceso y uso de los mecanismos de reclamos por la ciudadanía, de resolución dentro de plazos razonables y de satisfacción con la respuesta.

1.1.3.1.2. Análisis de la calidad de la información que se entrega en los espacios de atención correspondientes, considerando criterios como grado de variabilidad y accesibilidad, y medidas para asegurar su comprensión,

exactitud, completitud y pertinencia por la ciudadanía atendida, así como si satisfacen sus necesidades y expectativas.

1.1.3.1.3. Instrumento(s) para la gestión y registro de solicitudes ciudadanas, que considere el seguimiento de las etapas del proceso de atención ciudadana; la forma de acceso de la ciudadanía a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana (en el caso que exista la aplicación de tecnologías de información y/o uso de bases de datos, se debe señalar su coherencia con los requisitos establecidos en el área de Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información de la institución).

1.1.3.2. En el caso de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, la institución realiza un diagnóstico de la situación actual de su proceso de gestión, identificando, describiendo y analizando, al menos los siguientes aspectos:

1.1.3.2.1. Estructura organizacional establecida para dar cumplimiento a las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, considerando:

- a). Disposición de roles, responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones).
- b). Perfil de cargos y diagnóstico de competencias del personal involucrado en la operación de estas solicitudes, conforme a la metodología establecida por la institución.

1.1.3.2.2. Procedimiento(s) de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a Solicitudes de Acceso a la Información Pública, así como para la vinculación con el proceso de Transparencia Activa, analizando si éstos cuentan al menos con:

- a). Identificación del procedimiento.
- b). Responsable del procedimiento.
- c). Objetivo del procedimiento.
- d). Identificación del proceso al cual pertenece el procedimiento.
- e). Nombre y descripción de las actividades.
- f). Roles (función que una persona o un equipo cumple en un proceso).
- g). Plazo establecido para la ejecución de cada actividad.
- h). Identificación de las herramientas, registros y/o documentación utilizados en la ejecución de cada actividad.
- i). Fecha de aprobación (que corresponde a la entrada en vigencia de la versión respectiva).

1.1.3.2.3. Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto del proceso de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública.

1.1.3.2.4. Sistema electrónico para la recepción y gestión Solicitudes de Acceso a la Información Pública, orientado a dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley N° 20.285 y normativa vigente, considerando su funcionamiento y que cuente con al menos:

- a). Mecanismos de seguimiento y generación de registros que evidencian la realización de cada una de las etapas del procesamiento de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública.
- b). Factibilidad técnica para utilizar un conector XML que permita enviar reportes estadísticos periódicos.
- c). Permitir el acceso de los ciudadanos al Sistema para conocer el estado en que se encuentra su solicitud.

1.1.4. Situación actual de su proceso de Transparencia Activa, identificando, describiendo y analizando, al menos los siguientes aspectos:

1.1.4.1. Estructura organizacional para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia activa, considerando:

1.1.4.1.1. Disposición de roles, responsabilidades, autoridades y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución).

1.1.4.1.2. Perfil de cargos y diagnóstico de competencias del personal involucrado en la operación del proceso de Transparencia Activa, conforme a la metodología establecida por la institución.

1.1.4.2. Procedimiento(s) e instrumento(s) para generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar, actualmente operativos para dar cumplimiento con cada uno de los antecedentes actualizados que la institución debe mantener a disposición permanente del público a través de sus sitios electrónicos, analizando si éstos cuentan al menos con la estructura establecida en el requisito 1.1.3.2.2. (Procedimiento(s) para Solicitudes de Acceso a la Información Pública).

1.1.4.3. Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto del proceso de Transparencia Activa.

1.1.5. Método(s) para gestionar la calidad de servicio. Se entiende por calidad de servicio el grado en que la gestión de las solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y los bienes y/o servicios proporcionados por la Institución son apropiados o adecuados a las necesidades de los(as) ciudadanos(as) usuarios(as)/ clientes/ beneficiarios(as) y satisfacen sus necesidades. Para esto se debe considerar:

1.1.5.1. Mecanismos orientados al conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución, a través de mediciones que permitan identificar sus características, necesidades, expectativas y satisfacción sobre los productos estratégicos que reciben de parte de la institución y cómo se usa esa información en el diseño y prestación de dichos productos (incluido descripción de como se retroalimenta a los centros de responsabilidad de los productos estratégicos, cuando corresponda).

1.1.5.2. Relación de los mecanismos precedentes con: el área de Planificación y Control de Gestión, el área de Gobierno Electrónico, el área de Tecnologías de la Información, y el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda, así como con sistemas de información y bases de datos de la institución.

1.1.5.3. Mediciones en los siguientes ámbitos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención, el perfil del personal vinculado dichos espacios y la eficiencia en la gestión de los espacios de atención, incluidos indicadores de desempeño vinculados y descripción de si estas mediciones son a través de información de percepción de la ciudadanía, de estándares objetivos de la calidad de servicio o una combinación de ellos.

1.1.5.4. Utilización de la información de los reclamos para mejorar el diseño y prestación de los productos estratégicos, cuando sea aplicable, e identificando como se retroalimenta a los centros de responsabilidad de los productos estratégicos, cuando corresponda.

1.1.5.5. El uso de toda la información señalada en los puntos anteriores, en la definición, evaluación y cumplimiento de estándares de calidad sobre la provisión de productos estratégicos y gestión de solicitudes ciudadanas, expresados a través de Cartas de Compromisos y otros mecanismos de difusión de compromisos cuando estos últimos sean aplicables (por ejemplo: políticas de la organización publicados en "Definiciones Estratégicas", "Política de la Calidad" en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad en ISO 9001 u otros de similar naturaleza).

1.1.6. Identificar la relación del SIAC con otro(s) mecanismo(s) de participación señalados en la "Política de Participación Ciudadana 2010-2014".

1.1.7. Proceso(s) de difusión hacia dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de servicio, a través del(los) cual(es) se considere al menos la generación de: Plan(es) para la difusión de los productos y servicios institucionales, y derechos ciudadanos, de acuerdo al perfil de la ciudadanía atendida en los espacios de atención; Carta de Compromisos y otros mecanismos de difusión (se excluyen los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos).

1.1.8. Personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos (excluyendo los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos), considerando:

1.1.8.1. Caracterización del personal detallando: dotación, distribución, antigüedad en la Institución y en el espacio de atención, estudios, estamento al que pertenece, capacitaciones recibidas a la fecha, entre otros.

1.1.8.2. Diagnóstico de competencias del personal, conforme a la metodología establecida por la institución, identificando al menos las habilidades y aptitudes necesarias para la atención ciudadana.

1.1.8.3. Perfil(es) de cargo actual(es).

1.1.9. Procedimiento(s) e instrumento(s) relacionado(s) con la coordinación, control y seguimiento institucional de los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, destinados a retroalimentar su funcionamiento, identificando:

1.1.9.1. Instancias periódicas de generación de información, que consideren al menos: resumen ejecutivo a la autoridad con información estratégica para la toma de decisiones; detallando la estadística de funcionamiento (magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros), niveles de satisfacción e indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio.

1.1.9.2. Instancias periódicas de análisis de información por el equipo directivo y el establecimiento de acciones de mejora, si fuese procedente.

1.1.9.3. Identificación de indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio, que midan los siguientes

aspectos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención, el perfil del personal vinculado a dichos espacios y la eficiencia en la gestión de los espacios de atención. Para todo lo anterior se debe incluir la descripción de los instrumentos de registro y recolección de datos para su medición.

1.1.10. Cuantificación y análisis de los recursos financieros involucrados en los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, considerando criterios como el grado de eficiencia (entendida como relación entre dos magnitudes: la producción física de un producto/servicio y los insumos o recursos que se utilizan para alcanzar ese nivel de producción) y de economía (capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos de objetivos estratégicos definidos).

2.1. La institución determina el grado de desarrollo alcanzado según los resultados del diagnóstico y en base al modelo del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana definido por la Secretaría General de Gobierno, para las siguientes áreas:

2.1.1. Vinculación entre los procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía y las Definiciones Estratégicas de la institución, la estructura organizacional y la normativa vigente.

2.1.2. Espacios de atención.

2.1.3. Gestión de solicitudes ciudadanas (excluyendo las Solicitudes de Acceso a la Información Pública).

2.1.4. Método(s) para gestionar la calidad de servicio.

2.1.5 Relación del SIAC con otros mecanismos de participación ciudadana.

2.1.6. Proceso(s) de difusión dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de servicio.

2.1.7. Personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos (excluyendo los procesos relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos).

2.1.8. Procedimientos e instrumentos relacionados con la coordinación, control y seguimiento de los procesos de atención a los ciudadanos.

2.1.9. Indicadores de desempeño asociados a calidad de servicio.

2.2. La institución compara los resultados del diagnóstico de los procesos de gestión de Solicitudes Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa respecto de la Ley N° 20.285, estableciendo brechas para ser consideradas en su diseño/rediseño según corresponda.

<p>Objetivo N°2</p>	<p>Diseñar/rediseñar un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, adaptado a su realidad institucional y de acuerdo a los resultados del diagnóstico, orientado a la calidad de atención a la ciudadanía, considerando al menos: a) Una estrategia que oriente y asegure la adecuada e integrada gestión del Sistema; b) Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución, particularmente con los centros de responsabilidad a cargo de la provisión de productos estratégicos, el área de Planificación y Control de Gestión, y si corresponde con el área de Gobierno Electrónico y/o el área Tecnologías de la Información; c) La vinculación del SIAC con el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda; d) Los procesos de difusión apropiados dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía; y e) Los métodos para realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de la operación del Sistema, incluyendo la definición de indicadores de desempeño para medir la calidad de atención a la ciudadanía y el logro de los objetivos del Sistema, la determinación del valor de la meta anual de cada uno de ellos (aprobadas por el Jefe Superior del Servicio), e incorporando en su Sistema de Información para la Gestión (SIG) los indicadores de desempeño relevantes del SIAC.</p> <p>Elabora un Plan General de Implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, para el mediano plazo, con el fin de asegurar la eficaz planificación y operación del Sistema, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, estableciendo al menos: a) La gradualidad de la implementación de cada proceso del Sistema en el mediano plazo; b) Los recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento del Sistema, y el grado de disponibilidad de ellos en el mediano plazo; y c) Las acciones de capacitación que correspondan en materias que se vinculen al Sistema para lograr las competencias necesarias del personal.</p> <p>Elaborar un Programa de Trabajo Anual, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, de acuerdo con el Plan General de Implementación del Sistema, señalando al menos los principales hitos de ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables.</p>
<p>3.1. La institución diseña/rediseña un Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, adaptado a su realidad institucional, de acuerdo a los resultados de un diagnóstico del estado actual de sus procesos orientados a la calidad de atención a la ciudadanía, el nivel de desarrollo alcanzado y el levantamiento de brechas proporcionado por la Secretaría General de Gobierno en las materias que correspondan, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, que incluya al menos los siguientes elementos:</p>	<p>3.1.1. Una estrategia que oriente y asegure la adecuada e integrada gestión del Sistema, su contribución a las definiciones estratégicas del Servicio, el cumplimiento de normativas vinculadas y aquellas relacionadas con Participación Ciudadana, estableciendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.1.1. Política Institucional de calidad de atención a la ciudadanía. 3.1.1.2. Objetivos estratégicos para el Sistema. <p>3.1.2. Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes, estableciendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1.2.1. Diseño/rediseño del modelo de los espacios de atención vinculados con la gestión de solicitudes ciudadanas, la participación ciudadana y la provisión de productos estratégicos, estableciendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> 3.1.2.1.1. Metodologías de atención. 3.1.2.1.2. El estándar de infraestructura, señalando cuando sea aplicable: el equipamiento tecnológico, la conexión a redes, la facilidad de acceso, visibilidad, entre otros aspectos. 3.1.2.1.3. Procedimiento(s) o metodología(s) para estimar, monitorear y evaluar periódicamente el Plan Anual de Demanda de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880 y provisión de productos estratégicos, cuando corresponda, a través de los espacios de atención; considerando pronósticos o proyecciones de las solicitudes a recibir (consultas históricas, proyección de crecimiento, por programas/actividades u otras), la participación y coordinación con otras unidades estratégicas (Planificación, Compras, Recursos Humanos, Estudios, Informática, entre otras) y la realidad particular de las distintas atenciones que gestiona el Sistema, para una correcta distribución de recursos. 3.1.2.1.4. Disposición de roles, responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones). 3.1.2.2. En el caso de las solicitudes en el marco de la Ley N° 19.880, diseñando/rediseñando:

3.1.2.2.1. Procedimiento(s) para su gestión, considerando las siguientes etapas: recepción, derivación, seguimiento, respuesta, registro y la identificación de los/as ciudadanos/as.

3.1.2.2.2. Asegurando que el procedimiento de reclamos: sea expedito y fácil de usar por la ciudadanía y que estos sean posibles de resolver dentro de un plazo razonable; y monitoree el grado de satisfacción de la ciudadanía con la respuesta entregada.

3.1.2.2.3. Asegurando que el procedimiento sobre entrega de información a través de espacios de atención: vigile la calidad de la información entregada, considerando criterios de variedad y accesibilidad, y medidas para asegurar su comprensión, exactitud, completitud y pertinencia por la ciudadanía usuaria, así como si satisface sus necesidades y expectativas.

3.1.2.2.4. Instrumento(s) para su gestión y registro, que considere el seguimiento de las etapas del proceso; la forma de acceso de los ciudadanos a conocer el estado en que se encuentra su solicitud; y el desarrollo y mantenimiento de los registros que evidencian la realización de cada una de las actividades establecidas en la tramitación de cada solicitud ciudadana (en el caso que exista la aplicación de tecnologías de información y/o uso de bases de datos, se debe establecer su coherencia con los requisitos establecidos en el área de Gobierno Electrónico – Tecnologías de la Información de la institución).

3.1.2.2.5. Disposición de roles, responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones).

3.1.2.3. En el caso de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública, la institución diseña/rediseña el proceso para su gestión, considerando al menos:

3.1.2.3.1. Estructura organizacional, para dar cumplimiento a las Solicitudes Acceso a la Información Pública, considerando:

a). Disposición de roles, responsabilidades, autoridades, y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución) y externas (para realizar derivaciones a otras instituciones).

b). Perfil de funciones y de competencias del personal involucrado en el proceso.

3.1.2.3.2. Descripción de(los) procedimiento(s) de recepción, registro, procesamiento, derivación, control de plazos y respuesta a Solicitudes de Acceso a la Información Pública.

3.1.2.3.3. Sistema electrónico para la Recepción y Gestión Solicitudes de Acceso a la Información Pública, orientado a dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley N° 20.285 y su Reglamento, asegurando que éste cuente con al menos:

a). Mecanismos de seguimiento y generación de registros que evidencian la ejecución de todas las etapas definidas para el procesamiento de las Solicitudes de Acceso a la Información Pública.

b). Mecanismos para el control de los plazos establecidos en la Ley N° 20.285.

c). Envío de reportes estadísticos periódicos a través de un conector XML.

d). Permitir el acceso de los ciudadanos al Sistema para conocer el estado en que se encuentra su solicitud.

e). Generar archivos de respaldo con toda la información del Sistema.

3.1.2.4. Diseña/rediseña del proceso de Transparencia Activa, considerando al menos:

3.1.2.4.1. Estructura organizacional para dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia activa, considerando:

a). Disposición de roles, responsabilidades, autoridades y relaciones internas (proceso de coordinación y comunicación operativa entre departamentos/ divisiones/ oficinas/ unidades/ etc. de la institución).

b). Perfil de funciones y de competencias del personal involucrado en el proceso de transparencia activa.

3.1.2.4.2. Descripción de procedimiento(s) e instrumento(s) para generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar, actualmente operativos para dar cumplimiento con cada uno de los antecedentes actualizados que la institución debe mantener a disposición permanente del público a través de sus sitios electrónicos, asegurando que las unidades encargadas del control interno monitorean permanentemente el cumplimiento de las obligaciones de Transparencia Activa.

3.1.2.5. Definir método(s) para gestionar la calidad de servicio (documentado a través de un procedimiento), asegurando:

3.1.2.5.1. Mecanismo(s) orientado(s) al conocimiento de la ciudadanía atendida por la institución, a través de mediciones que permitan identificar sus características, necesidades, expectativas y satisfacción sobre los productos estratégicos que reciben de parte de la institución y el uso de esa información en la mejora del diseño

y prestación de dichos productos, así como la que se obtiene del análisis de los reclamos, cuando sea aplicable (incluido identificación de modo a través del cual se retroalimentará a los centros de responsabilidad de los productos estratégicos).

3.1.2.5.2. Relación de los mecanismos precedentes con: el área de Planificación y Control de Gestión, el área de Gobierno Electrónico, el área de Tecnologías de la Información, y el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda, así como con sistemas de información y bases de datos de la institución.

3.1.2.5.3 Las mediciones para conocer a la ciudadanía deben considerar al menos las etapas de identificación de la ciudadanía atendida, recopilación y análisis de datos, y entrega de retroalimentación para la mejora en el diseño y prestación de productos estratégicos y de la satisfacción ciudadana.

3.1.2.5.4. Mediciones en los siguientes ámbitos: satisfacción de la ciudadanía, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención, el perfil del personal vinculado a dichos espacios y eficiencia en la gestión de los espacios de atención.

3.1.2.5.5. Las mediciones se deben obtener a partir de información de percepción de la ciudadanía, de estándares objetivos de la calidad de servicio y de una combinación de ellos, según corresponda.

3.1.2.5.6. Métodos para el uso de toda la información señalada en los puntos anteriores en la definición, evaluación y cumplimiento de estándares de calidad sobre la provisión de productos estratégicos y gestión de solicitudes ciudadanas, expresados a través de Cartas de Compromisos y otros mecanismos de difusión de compromisos cuando estos últimos sean aplicables (por ejemplo: políticas de la organización publicados en "Definiciones Estratégicas", "Política de la Calidad" en el marco de un Sistema de Gestión de la Calidad en ISO 9001 u otros de similar naturaleza).

3.1.2.5.7. Asegurando el seguimiento del método(s) para gestionar la calidad de servicio a intervalos definidos y por el nivel de la organización apropiado.

3.1.2.6. La relación entre SIAC con otros mecanismos de participación señalados en la "Política de Participación Ciudadana 2010-2014".

3.1.2.7. Los procesos de difusión apropiados dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía, a través de un procedimiento que asegure:

3.1.2.7.1. La generación de un Plan de difusión anual que considere:

- a). Difusión de la Carta de Compromisos.
- b). Instrumento(s) a través de(los) cual(es) se difunde y entrega información sobre los productos y servicios institucionales, considerando todos los espacios de atención.
- c). Mecanismo(s) e instrumento(s) de comunicación a los funcionarios de la institución respecto de las materias de transparencia (parte de la estrategia, funcionamiento y operación correspondiente a los procesos de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa), incluyendo la descripción documentada de los procedimientos respectivos.

3.1.2.7.2. La definición/actualización de la metodología para la confección de la Carta de Compromisos, que asegure:

- a). La inclusión de contenidos referidos a: información descriptiva de la institución; compromisos de calidad de servicio establecidos, considerando indicaciones que faciliten el acceso a ellos por parte de las personas; los Derechos y Deberes Ciudadanos atinentes al acceso a la información pública, gestión de solicitudes, participación ciudadana y provisión de productos estratégicos; e información complementaria referida a los espacios de atención como: localización, horario de atención y responsables.
- b). Los mecanismos de participación del personal que atienden público, las jefaturas intermedias y el equipo directivo del Servicios para su elaboración, así como de los usuarios y usuarias organizados/as cuando sea aplicable.

3.1.2.8. Perfil de funciones y de competencias del personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos, particularmente los involucrados en el Sistema (excluyendo los relacionados con gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y transparencia activa que se abordan en los requisitos respectivos), al menos en relación la calificación, manejo de las herramientas del Sistema, y las habilidades y aptitudes necesarias para desarrollar los procesos de atención ciudadana.

3.1.3. Los métodos para realizar el seguimiento, la medición y el análisis de la operación del Sistema, a través de la

definición de un procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema, con el fin de asegurar su retroalimentación, estableciendo al menos:

3.1.3.1 Definición de los indicadores de desempeño para medir la calidad de atención a la ciudadanía y el logro de los objetivos del Sistema:

3.1.3.1.1. Señalando para cada indicador: el nombre; la meta anual (aprobadas por el Jefe/a Superior del Servicio), cuando exista información que permita su establecimiento; los supuestos (que corresponde a la identificación de factores externos a la gestión del Servicio que puedan tener incidencia en el cumplimiento de las metas de los indicadores) establecidos para determinar el valor de la meta y su fundamentación, cuando sea aplicable; la fórmula o algoritmo de cálculo (incluida unidad de medida, y periodicidad o frecuencia de la medición); sentido de la medición (descendente o ascendente); y el o los medios de verificación.

3.1.3.1.2. Estableciendo los mecanismos e instrumentos de recolección de la información para poblar los datos de los indicadores diseñados.

3.1.3.1.3. Asegurando que consignen información relevante al menos de los siguientes ámbitos: satisfacción ciudadana, cobertura de los espacios de atención, oportunidad en los servicios y/o productos entregados a través de los espacios de atención, el perfil del personal vinculado a dichos espacios y eficiencia en la gestión de los espacios de atención.

3.1.3.1.4. En el caso de las materias de transparencia (proceso de gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública y de Transparencia Activa), asegurando que consignen información relevante al menos de las siguientes variables:

- a). Cumplimiento de plazos establecidos en los procedimientos respectivos.
- b). Cumplimiento de plazos y obligaciones legales establecidos en la Ley de Transparencia y su Reglamento.
- c). Capacitación funcionaria en temas que se vinculen directamente con el funcionamiento y mejora continua de los procesos.

3.1.3.2. Incorporación al Sistema de Información para la Gestión (SIG) de los indicadores de desempeño relevantes, de aquellos definidos para el Sistema:

3.1.3.2.1. Seleccionando de los indicadores de desempeño definidos para el Sistema, aquellos que midan aspectos relevantes.

3.1.3.2.2. Identificando el centro de responsabilidad a cargo de los indicadores de desempeño seleccionados (basado en la estructura organizacional del Servicio).

3.1.3.2.3. Incorporando los indicadores de desempeño seleccionados en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de la Institución, o una justificación válida cuando ello no suceda; y

3.1.3.2.4. Asegurando que los indicadores de desempeño sean parte de los reportes del SIG, con el respectivo análisis de sus resultados, identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad, validado por el Jefe del Centro de Responsabilidad a cargo del(los) indicador(es) en análisis.

3.1.3.3. Estableciendo el(los) proceso(s) e instrumento(s) de sistematización de la información para elaborar reportes periódicos durante el año a las autoridades del Servicio, que asegure al menos:

3.1.3.3.1. Generación en el año de reportes periódicos con análisis de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema, identificando sus causas, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad (incluido un Resumen Ejecutivo), validados por el/la Jefe/a a cargo del Sistema, y estableciendo una periodicidad adecuada a las necesidades de información de la institución.

3.1.3.3.2. Diseño de informe(s) ejecutivo(s) trimestrales con información estratégica para la toma de decisiones sobre estadísticas de funcionamiento y calidad del servicio, detallando magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros; y niveles de satisfacción.

3.1.3.3.3. Diseño de un informe ejecutivo de gestión mensual sobre el cumplimiento de la Ley N°20.285 y su Reglamento, para aprobación del el/la Jefe/a Superior de Servicio, que considere al menos los siguientes aspectos:

- a). Resultados del control y seguimiento institucional de las materias de transparencia, incluyendo el control de plazos de Transparencia Activa y gestión de Solicitudes de Acceso a la Información Pública.
- b). Descripción de las acciones implementadas para subsanar los inconvenientes detectados en cada informe precedente.
- c). Identificación de los medios de verificación utilizados en su elaboración, entre los cuales es posible incorporar aquella información que sea pertinente y que se encuentre disponible, incluyendo aquella elaborada por el Consejo para la Transparencia y/o el Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

3.1.3.4. Instancias periódicas de análisis del equipo directivo y el establecimiento de acciones de mejora si fuese procedente.

3.1.3.5. La vinculación e interacción de los procesos de atención ciudadana con el Sistema de gestión de la Calidad (bajo ISO 9001 u otro), cuando corresponda.

3.1.3.6. Asegure que la información solicitada por organismos públicos vinculados a materias de atención ciudadana sea entregada con la oportunidad y calidad requerida.

3.1.3.7. Estableciendo los procesos para la generación de los instrumentos de planificación (Plan General de Implementación del Sistema, Programa de Trabajo Anual) y de control de la mejora continua (Programa de seguimiento) del Sistema, así como de las instancias de evaluación de su implementación (correspondientes a los requisitos del Objetivo N°4).

3.1.4. Todos los procedimientos establecidos en los requisitos precedentes, así como para cualquier otro considerado para el Sistema, deben contener al menos los siguientes elementos:

- a). Identificación del procedimiento.
- b). Responsable del procedimiento.
- c). Objetivo del procedimiento.
- d). Identificación del proceso al cual pertenece el procedimiento.
- e). Nombre y descripción de las actividades.
- f). Roles (función que una persona o un equipo cumple en un proceso).
- g). Plazo establecido para la ejecución de cada actividad.
- h). Identificación de las herramientas, registros y/o documentación utilizados en la ejecución de cada actividad.
- i). Fecha de aprobación (que corresponde a la entrada en vigencia de la versión respectiva).

4.1. La institución elabora un Plan General de Implementación del SIAC diseñado/rediseñado, aprobado por el/la Jefe/a de Servicio, con el fin de contar con una eficaz planificación y asegurar su operación, conteniendo al menos:

4.1.1. Objetivo general y específicos del Plan.

4.1.2. La gradualidad de la implementación de los siguientes aspectos:

- 4.1.2.1. Los espacios de atención.
- 4.1.2.2. El proceso de gestión de solicitudes ciudadanas en el marco de la Ley N° 19.880, participación ciudadana y provisión de productos estratégicos.
- 4.1.2.3. Los métodos para la calidad de servicio.
- 4.1.2.4. Los procesos de difusión apropiados dentro y hacia fuera de la organización sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía.

4.1.3. Los recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento del Sistema, y el grado de disponibilidad de ellos en el mediano plazo considerando:

- 4.1.3.1. El personal vinculado a los procesos de atención a los ciudadanos, particularmente los involucrados en el Sistema.
- 4.1.3.2. Acciones de capacitación para lograr y mejorar las competencias del personal de acuerdo a lo establecido en los perfiles de cargo correspondiente y según el Plan Anual de Capacitación de la Institución.
- 4.1.3.3. Recursos financieros y tecnológicos.

5.1. La institución elabora un Programa de Trabajo Anual para el periodo siguiente, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, a partir del Plan General de implementación del Sistema y los recursos que estarán disponibles, señalando al menos:

- 5.1.1. Los principales hitos a cumplir; y
- 5.1.2. Un cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

Objetivo N°3	<p>Implementar el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana diseñado, de acuerdo con el Programa de Trabajo Anual aprobado, considerando los siguientes aspectos: a) Los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución; b) Los procesos de difusión sobre los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública; c) Los métodos para realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de la operación del Sistema; d) La medición de los indicadores de desempeño del Sistema y el análisis de sus resultados.</p> <p>Controlar el funcionamiento del Sistema e identifica aspectos necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.</p>
<p>6.1. La Institución implementa el SIAC diseñado, de acuerdo a un Programa de Trabajo Anual aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, y actualizado cuando corresponda, considerando los siguientes aspectos:</p> <p>6.1.1. Ejecución de los procesos necesarios del Sistema, la interacción entre estos y otras áreas relevantes de la institución:</p> <p>6.1.1.1. Implementando los espacios de atención correspondientes.</p> <p>6.1.1.2. Implementando los procedimientos, instrumentos y sistema(s) electrónico(s), según corresponda, para la gestión de solicitudes ciudadanas; y asegurando que todo el personal que desempeña funciones en estos procesos conoce y aplica la última versión aprobada de los procedimientos correspondientes.</p> <p>6.1.1.3. Poniendo en operación el proceso de transparencia activa, de acuerdo con el diseño y el programa de trabajo definidos, implementando los procedimientos de generación, revisión, publicación y actualización de la información a publicar permanentemente; y asegurando que todo el personal que desempeña funciones en el proceso conoce y aplica la última versión aprobada de los procedimientos correspondientes.</p> <p>6.1.1.4. Gestionando calidad de servicio, según los métodos establecidos.</p> <p>6.1.1.5. Considerando la relación del SIAC con otros mecanismos de participación ciudadana.</p> <p>6.1.1.6. Implementando los procesos de difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública, considerando:</p> <p>6.1.1.6.1. Ejecución del procedimiento respectivo.</p> <p>6.1.1.6.2. Ejecución del Plan de Difusión correspondiente al año en curso.</p> <p>6.1.1.6.3. Aplicación de la metodología para la elaboración de la Carta de Compromisos, cuando corresponda.</p> <p>6.1.1.7. Implementando las acciones de capacitación programadas.</p> <p>6.1.2. Ejecución de los métodos para realizar el seguimiento, la medición y el análisis de la operación del Sistema:</p> <p>6.1.2.1. Implementando el procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema.</p> <p>6.1.2.2. Midiendo los indicadores de desempeño del Sistema y analizando e informando sus resultados a las autoridades del Servicio, considerando al menos:</p> <p>6.1.2.2.1. Medición de los indicadores de desempeño elaborados e identificados (nuevos y existentes) para ser medidos en el año.</p> <p>6.1.2.2.2. Identificación y fundamentación de los indicadores de desempeño del Sistema incorporados, eliminados y/o corregidos en el año.</p> <p>6.1.2.2.3. Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño cumplidos (95% a 105% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo), no cumplidos (menor a 95% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo) y sobre cumplidos (mayor a 105% de cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo). Todo ello validado por el responsable del Sistema. En particular, para los indicadores no cumplidos se debe contar con un análisis de la(s) causa(s) internas y/o externas y una justificación válida del incumplimiento. En los casos de indicadores que midan directamente plazos y obligaciones legales se entenderá como "cumplido" cuando el cumplimiento de la meta respecto del valor efectivo sea 100%.</p> <p>6.1.2.2.4. Análisis de los resultados de los indicadores vinculados a materias de transparencia que midan directamente plazos y obligaciones de la Ley N°20.285, basado solamente en el cumplimiento de la normativa legal correspondiente, fundamentando los resultados.</p> <p>6.1.2.3. Asegurando el monitoreo en el Sistema de Información para la Gestión (SIG) de los indicadores de desempeño del Sistema seleccionados por su relevancia, cuando corresponda.</p> <p>6.1.2.4. Elaborando reportes periódicos durante el año a las autoridades del Servicio, asegurando al menos:</p> <p>6.1.2.4.1. En el caso de reportes con análisis de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema, que</p>	

se generen con la periodicidad establecida, incorpore análisis de los resultados (identificando las causas de los resultados, propuestas de solución y/o mejoras para facilitar la toma de decisiones de la autoridad), estén validados por el/la Jefe/a a cargo del Sistema, cuenten con un Resumen Ejecutivo y son presentados al Jefe/a de Servicio para su aprobación.

6.1.2.4.2. En el caso de(los) informe(s) ejecutivo(s) trimestrales con información estratégica para la toma de decisiones sobre estadísticas de funcionamiento y calidad del servicio, detallen magnitud de las atenciones, perfiles de la ciudadanía atendida y sus demandas, entre otros, y niveles de satisfacción.

6.1.2.4.3. En el caso de los informes ejecutivos de gestión mensual sobre el cumplimiento de la Ley N° 20.285 y su reglamento, la Institución los elabora a partir del mes de junio de 2011, los cuales son aprobados por el/la Jefe/a Superior de Servicio y consideran los aspectos establecidos en el procedimiento respectivo (ver requisito 3.1.3.3.3. en objetivo N°2 del Sistema).

7.1. La institución controla el funcionamiento del Sistema, realizando las modificaciones que permitan el mejoramiento de su desempeño (las que deben estar justificadas), según los aspectos necesarios de ajustar identificados por el Servicio y por la Secretaría General de Gobierno en auditorías in situ, cuando corresponda.

Objetivo N°4

Evaluar los resultados de la implementación del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, analizando el cumplimiento de la estrategia definida para asegurar la calidad de atención a la ciudadanía y de las metas de los indicadores de desempeño. Luego establece brechas entre los resultados efectivos y las metas comprometidas, y formula recomendaciones de mejora para el siguiente período que surgen del análisis, orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.

Diseñar un Programa de Seguimiento del Sistema, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, a partir de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación de su implementación, señalando al menos los compromisos que permitan superar las causas que originaron el resultado obtenido, e identificando las actividades, los plazos de ejecución y responsables.

8.1. La Institución evalúa los resultados de la implementación del Sistema, confrontándolos con los elementos diseñados correspondientes, considerando al menos el análisis de los siguientes aspectos:

8.1.1. Estrategia definida para asegurar la calidad de atención a la ciudadanía.

8.1.2. Funcionamiento de los todos los espacios de atención.

8.1.3. Procedimientos, instrumentos y sistema(s) electrónico(s), cuando corresponda, para la gestión de las solicitudes ciudadanas.

8.1.4. Procedimiento relacionado con la operación del proceso de Transparencia Activa.

8.1.5. Método(s) para la gestión de calidad de servicio.

8.1.6. Relación del SIAC con otros mecanismos de participación ciudadana.

8.1.7. Efectividad de los procesos de difusión de los derechos ciudadanos y los compromisos institucionales en materia de calidad de atención a la ciudadanía y de transparencia en la función pública.

8.1.8. Efectividad de las acciones de capacitación del personal involucrado en el Sistema.

8.1.9. Procedimiento relacionado con la coordinación, control y seguimiento institucional del Sistema, particularmente del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño del Sistema.

8.1.10. El cumplimiento del Programa de Trabajo establecido para el año.

8.1.11. La pertinencia de todos los aspectos del Modelo SIAC diseñado por la Institución.

8.2. La Institución, a partir del análisis anterior, establece brechas entre los logros alcanzados y lo establecido en las metas planteadas en la Estrategia y el alcance definido en el Plan General de Implementación del Sistema, y las causas que las originaron.

8.3. La Institución, formula recomendaciones de mejora para el periodo siguiente, derivadas del análisis de los resultados de la implementación del Sistema, que permitan superar las brechas detectadas y orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.

9.1. La institución diseña un Programa de Seguimiento del Sistema, aprobado por el/la Jefe/a Superior del Servicio, a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de resultados de la implementación, señalando al menos:

9.1.1. Los compromisos (acciones preventivas y/o correctivas) derivados de las recomendaciones de mejora formuladas, que permitan superar o atenuar las brechas y sus causas, orientadas a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema.

9.1.2. Identificando para cada compromiso las actividades, los plazos de ejecución, responsables, entre otros.

Objetivo N°5	Implementar los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior, contribuyendo con ello a la eficacia y eficiencia del Sistema. Mejorar continuamente la eficacia y eficiencia del Sistema contribuyendo a la calidad de atención a la ciudadanía, a través de la facilitación del acceso oportuno a la información, la calidad de servicio, la transparencia de los actos y resoluciones, la participación ciudadana y la promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos.
<p>10.1. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento, definido en el año anterior, contribuyendo con ello a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema, señalando al menos:</p> <p>10.1.1. El grado de cumplimiento de cada uno de los compromisos;</p> <p>10.1.2. Las acciones realizadas para cumplir cada compromiso y un análisis sobre la efectividad de su contribución a incrementar la eficacia y eficiencia del Sistema; y</p> <p>10.1.3. Justificaciones de los compromisos no cumplidos.</p> <p>11.1. La institución mejora continuamente la eficacia y eficiencia del Sistema, contribuyendo a la calidad de atención y la Participación Ciudadana, asegurando al menos:</p> <p>11.1.1. Revisión y/o actualización de la Estrategia y del Plan General de Implementación del Sistema.</p> <p>11.1.2. La revisión y actualización permanente de los procedimientos del Sistema y de las metodologías de atención.</p> <p>11.1.3. La capacitación continua del personal involucrado en el Sistema, de acuerdo a los nuevos requerimientos ciudadanos y normativas relativas a la atención, Participación Ciudadana y transparencia.</p> <p>11.1.4. La generación de reportes periódicos que sean analizados por la autoridad institucional.</p> <p>11.1.5. La mantención y/o generación de indicadores de desempeño del Sistema.</p> <p>11.1.6. Los mecanismos de difusión sobre los productos estratégicos, la Participación Ciudadana y la Carta de Compromiso.</p>	
Objetivo N°6	Preparar certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del Sistema Integral de Atención Ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional
<p><input type="checkbox"/> La Institución desarrolla el Plan para la preparación de la Certificación, el que deberá contener al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico de los procesos del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana 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"> ○ Actividades⁷³. ○ 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 procedimientos⁷⁴ 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 preventivas⁷⁵ realizadas para resolver las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora detectadas en las auditorías internas de calidad. 	

73 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 Información y Atención al Ciudadano, 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.

74 Considerar los aspectos señalados en los objetivos de los procesos del Sistema SIAC.

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

Objetivo N°7	Certificar bajo Norma ISO 9001:2008 los procesos asociados al desarrollo del Sistema Integral de Atención Ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.
<p>7. La Institución desarrolla el proceso de certificación bajo la norma ISO 9001, el que incluye al menos, las siguientes etapas:</p> <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. <p><input type="checkbox"/> El servicio certifica el sistema.</p>	
Objetivo N°8	Mantener la certificación ISO 9001:2008 de los procesos asociados al desarrollo del Sistema Integral de Atención Ciudadana en el marco de un sistema de gestión de calidad institucional.
<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que se revisan y analizan los resultados de la auditorías 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. <p><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>	

7. SISTEMA GOBIERNO ELECTRÓNICO- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN

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

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.	
REQUISITOS TÉCNICOS	
Objetivo N°1	<p>La institución realiza un Diagnóstico de uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica, entre otros aspectos:</p> <p>a) La necesidad de rediseñar y mejorar con uso de TIC los procesos de provisión de productos estratégicos. b) La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución, identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar. c) La existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. d) La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales que contribuyan a la calidad de los procesos de provisión de bienes y/o servicios.</p> <p>En base a los resultados del análisis del diagnóstico realizado y al presupuesto asignado, priorizar los proyectos de mejoramiento y uso de las TIC⁷⁶ y registrarlos en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por Estrategia Digital del Ministerio de Economía.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>La institución realiza un diagnóstico de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/ usuarios/ beneficiarios y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. La definición de productos estratégicos (bienes y/o servicios) y clientes/ usuarios/ beneficiarios debe corresponder a la definición realizada por la institución y señalada en la Ficha A-1 "Definiciones Estratégicas", presentada en el proceso de formulación presupuestaria de cada año, actualizada según corresponda. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica y/o considera, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de los procesos de provisión de los productos estratégicos, señalando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de los procesos asociados al producto estratégico analizado y de los procesos transversales de la institución. ○ Procesos en los que corresponda incorporar mejoras utilizando TIC (incluyendo aquellos que registran algún avance). ○ Procesos en los que no corresponda incorporar mejoras utilizando TIC. ➤ La selección de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios), susceptibles de mejorar usando TIC y su justificación, considerando la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ➤ La identificación, descripción y análisis de los problemas u oportunidades de mejora asociados a los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios seleccionados, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinación de la línea base existente y brechas a cubrir. ➤ La identificación, descripción y análisis de las modificaciones y/o mejoras a los procesos de provisión de los productos estratégicos de la institución seleccionados que utilizarán TIC, considerando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternativas tecnológicas existentes en el mercado. ○ Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. ○ Beneficios que incorporan las modificaciones u oportunidades de mejora. ○ Costos estimados asociados a las iniciativas de mejora. ○ Directrices de desarrollo tecnológico establecidas por la Secretaría Ejecutiva de Desarrollo Digital ○ Factibilidad económica del desarrollo de las iniciativas de mejora señaladas. ➤ La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución,

⁷⁶ 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.

identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar, señalando y/o considerando:

- La identificación y análisis de una selección justificada de los procesos de provisión de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) y sus procesos transversales que requieren información de otras instituciones. Para cada proceso se debe especificar lo siguiente:
 - Caracterización de la información requerida en el proceso (canal, formato).
 - Frecuencia y volumen de demanda.
 - El medio o soporte a través del cual la información requerida es incorporada al(los) proceso(s) de provisión de productos estratégicos que alimenta.
 - Identificación de los documentos intercambiados con otras instituciones en el proceso.
 - La identificación de las modificaciones y/o mejoras mediante la utilización de TIC a los procesos de provisión de productos estratégicos y sus procesos transversales que requieren información de otras instituciones, considerando:
 - Normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico.
 - Alternativas tecnológicas de implementación de las modificaciones propuestas, considerando canal y formato de intercambio de información.
 - Análisis de los beneficios y los costos asociados a las alternativas tecnológicas consideradas, para la implementación de las modificaciones.
 - La identificación y justificación de los proyectos de interoperabilidad, asociados a las mejoras en términos de interoperabilidad de los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) y de sus procesos transversales, para los cuales se requiere información de otras instituciones.
- La existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. Por registro de información se entenderá la colección de unidades de información (conjunto de datos relacionados entre sí) que, dependiendo de su naturaleza, puede ser una base de datos (digital) o un archivo (físico). La verificación y/o consideración de la existencia y calidad de los registros de información se debe relizar señalando, al menos:
- La identificación y descripción de todos los registros de información que la institución mantiene para proveer sus productos estratégicos, especificando su formato (base de datos digital, archivo papel, microfichas, otros).
 - Los registros que requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación.
 - Los registros que no requieren digitalizarse y gestionarse utilizando TIC (incluyendo aquellos que ya tienen algún grado de digitalización) y su justificación.
 - Las modificaciones y/o mejoras en los registros de información de la institución existentes.
- La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales relevantes que contribuyan a la calidad de los procesos de provisión de bienes y/o servicios, considerando al menos:
- El nombre del o los procesos transversales de la institución.
 - Los procesos transversales en los que corresponda incorporar mejoras utilizando TIC (incluyendo aquellos que registran algún avance).
 - Los procesos en los que no corresponda incorporar mejoras utilizando TIC.
 - Las alternativas tecnológicas existentes en el mercado.
 - Los beneficios que incorporan las modificaciones u oportunidades de mejora.
 - Los costos estimados asociados a las iniciativas de mejora.
 - Factibilidad económica del desarrollo de las iniciativas de mejora señaladas.

□ La institución, con la aprobación del Jefe/a de Servicio, identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento y uso de TIC (Cartera de Proyectos Institucional), de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y propone a la Red de Expertos su priorización, ingresándola en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI y considerando, al menos:

- La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos.
- La relevancia del proyecto en términos de impacto ciudadano y apoyo a las áreas estratégicas de la institución.
- La relevancia del/los producto/s y/o servicio/s estratégico/s que se proveen a través del proceso que se quiere mejorar con el uso de TIC.
- La relevancia de la política pública que se quiere mejorar con el uso de TIC, cuando

Objetivo N°2

Elaborar el Plan de mejoramiento con uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, para la ejecución y evaluación de los

	<p>proyectos priorizados de acuerdo al diagnóstico, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>Elaborar, de acuerdo al presupuesto asignado, un Programa de Trabajo anual aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, que incluye todos los proyectos TI a trabajar durante el año, para la implementación del Plan de Mejoramiento con Uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobado, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>
	<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, 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, interoperabilidad, registros de información, transversales) a los cuales se vincula cada proyecto. ➢ Tiempos estimado de implementación de cada proyecto, que puede ser de más de un año. ❑ La institución, de acuerdo al Plan de Mejoramiento con uso de TIC, elabora un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente, considerando la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos y las áreas o procesos (estratégicos, interoperabilidad, registros de información, transversales) a los cuales se vincula cada proyecto, el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Definición de jefe de proyecto ➢ La identificación secuencial de tareas, que considere al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hitos principales (considera la ruta crítica). ➢ Cronograma de trabajo con plazos y responsables de la implementación de los proyectos. ➢ El Plan de mitigación de riesgo (define los riesgos asociados al proyecto y sus acciones para resolverlos). ➢ El diseño de un Programa de Monitoreo y Control específico de la implementación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC definido en el Programa que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mecanismos de control. ➢ Frecuencia de control. ➢ Hitos de control. ➢ Requisitos de aceptación conforme hitos de control (entregables). ➢ Fecha de implementación planificada. <p>Los Indicadores de Desempeño necesarios para evaluar la operación de cada proyecto, metas y medios de verificación, levantando, si corresponde a la particularidad del proyecto, los ahorros efectivos que genera para el usuario/cliente /beneficiario y al Estado.</p>
<p>Objetivo N°3</p>	<p>Implementar el Programa de Trabajo para la ejecución del Plan definido y registrar los resultados de la implementación de los proyectos priorizados en el programa de trabajo anual en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución implementa el Programa de Trabajo Anual. Para ello, registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación de los proyectos incluidos en el Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ El programa de monitoreo y control de cada proyecto comprometido, establecido en la etapa anterior. ➢ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➢ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos. ➢ Presupuesto ejecutado
<p>Objetivo N°4</p>	<p>Evaluar los resultados de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño, y evaluar los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación, registrando los resultados de estas evaluaciones en</p>

	el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC, registrando sus resultados al menos de manera trimestral, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. Los resultados de la operación de cada proyecto se evalúan con el proyecto ya operando y respecto de las metas de los indicadores establecidos en el programa de trabajo, a través de los cuales se verifica que los aspectos que se esperaba mejorar con la incorporación de TIC, se cumplan. Estos resultados pueden evidenciar, también, los aspectos de la operación no considerados en el proyecto implementado y que requieren modificación. Dicha evaluación el servicio la realiza indicando, al menos: <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 ➤ Retorno de la inversión (ROI). ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado. ➤ Un Programa de Seguimiento de los resultados de la operación, en el cual deberá considerar, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las recomendaciones derivadas de la evaluación de la operación. ➤ Los compromisos derivados de las recomendaciones formuladas, plazos y responsables. ❑ La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto y elabora un reporte ejecutivo considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Producto final versus producto esperado. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas.
Objetivo N°5	La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de cada proyecto concluido del programa de trabajo, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.
	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios, sobre el mejoramiento desarrollado en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), sus procesos transversales y registros de información con uso de TIC, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión. ❑ La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas, incorporando Seguimiento y Control de la Gestión de los proyectos a través de la implementación de un procedimiento de control de proyectos, el cual deberá incluir al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medición del cumplimiento de los compromisos formulados el año anterior. 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.

8. SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

AREA	CALIDAD DE ATENCIÓN DE USUARIOS
SISTEMA	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Objetivo General	
<p>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.</p>	
REQUISITOS TÉCNICOS	
Objetivo N°1	<p>Realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, e identificar en éste todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento. Comparar los resultados del Diagnóstico con los dominios establecidos en el DS 83 y la NCH27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información respecto de los dominios establecidos en el D.S. 83 y la NCH 27001: Política de seguridad; Organización de la Seguridad de la Información; Gestión de Activos; Seguridad de Recursos Humanos; Seguridad física y ambiental; Gestión de las operaciones y comunicaciones; Control de acceso; Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información; Gestión de incidentes en la seguridad de la información; Gestión de continuidad del negocio; Cumplimiento. Este análisis deberá contener, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de metodologías/normativas de 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. ➤ La identificación de metodologías/normativas de gestión de riesgos que se encuentren en uso en la Institución, señalando alcance y ámbito de aplicación. ➤ La identificación de los procesos y sus respectivos activos de información a incluir en alcance del SSI, para los dominios de aplicación específica en la Institución (Gestión de activos; Seguridad física y del ambiente; Gestión de la continuidad del negocio). ➤ Entrevistas a los responsables de los ámbitos de seguridad cubiertos por cada dominio de seguridad. ➤ Revisión y verificación del nivel de cumplimiento de todos los requerimientos establecidos en el Decreto Supremo N°83, Artículo Primero, Títulos I a V y la NCH 27001 incluyendo los documentos que soporten o provean de evidencia al análisis, como por ejemplo, políticas, procedimientos, normas, registros, configuraciones de dispositivos, etc.
<input type="checkbox"/>	<p>La Institución, en base al diagnóstico de la situación actual de seguridad de la información, analiza las brechas detectadas, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer un registro de todas las brechas de seguridad por dominio detectadas. ➤ La priorización de las brechas de seguridad identificadas, basándose para ello en los criterios de riesgo institucionales.
Objetivo N° 2	<p>Establecer una Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio. En el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elaborar un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009. Elaborar un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos el porcentaje de cumplimiento que alcanzará para el año en cada uno de los dominios de seguridad, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, y lo difunde al resto de la organización, asegurándose que es conocido y comprendido por todos los funcionarios del servicio.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, aprobado por la Autoridad Superior del de Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulación de una "Política General de Seguridad de la información", que considere al menos los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los objetivos de la gestión de seguridad de la información dentro de la institución. ➤ La declaración institucional, dando énfasis en el compromiso de la dirección en el cumplimiento de los objetivos de

	<ul style="list-style-type: none"> gestión de seguridad de la información. ➤ El alcance o amplitud de la política de seguridad de la información, por cada dominio. ➤ 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. ➤ Nombramiento del Encargado de Seguridad de la Información y la 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. ➤ Una cartera de proyectos e iniciativas que considere las brechas priorizadas en base a los criterios de riesgo institucional, para la implementación de controles de seguridad de la información por dominio, la que debe considerar, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo general de cada proyecto e iniciativa de seguridad de la información. ➤ Objetivos específicos de cada proyecto e iniciativa. ➤ Recursos y tiempos de realización de cada proyecto, inicio y término. ➤ Indicadores para evaluar el nivel de eficacia en la implementación de los controles de seguridad, tendientes a cerrar las brechas de seguridad detectadas. ➤ Metas a alcanzar para cada uno de los dominios de seguridad, en acuerdo con la Red de Expertos. <input type="checkbox"/> La institución elabora un Programa de Trabajo Anual, de acuerdo al Plan aprobado por la Autoridad Superior del Servicio, que incluye, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La relación de cada proyecto e iniciativa con los dominios de seguridad que permita cuantificar el nivel de cumplimiento o grado de avance por dominio, durante el desarrollo de la fase de implementación. ➤ La identificación secuencial de tareas para cada uno de los proyectos e iniciativas definidos (incluye hitos, cronograma y ruta crítica, entre otros). ➤ Los hitos principales con sus respectivos productos, que permitan verificar el cierre de la actividad o proyecto. ➤ Plazos y responsables de cada tarea ➤ Plan de mitigación de riesgo que defina los riesgos asociados al Plan y sus acciones para resolverlos. ➤ Plan de difusión/sensibilización/capacitación a todos funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda), aprobado por la autoridad superior del servicio.
Objetivo N° 3	<p>Implementar el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual para dar cumplimiento al Plan General de Seguridad de la Información Institucional, registrando y controlando, al menos, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las actividades realizadas, analizándolas en términos del tiempo y recursos utilizados. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ El grado de avance en el cierre de las brechas por cada dominio de seguridad comprometido por el Servicio. ➤ La implementación del Plan de Mitigación e Riesgos de cada proyecto e iniciativa ➤ Las acciones de difusión/sensibilización/capacitación a todos los funcionarios (y a clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda) ➤ Las modificaciones a lo programado en la etapa anterior. <p><small>Nota: 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.</small></p>
Objetivo N° 4	<p>Evaluar y difundir los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formular recomendaciones de mejora para lo cual diseñará 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, que establezca los compromisos, plazos y responsables, que permitan superar las causas que originaron las brechas aún existentes y las debilidades detectadas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <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 de eficacia diseñados, referidos a la capacidad de mitigación, contención y/o reducción de severidad para un riesgo de seguridad que se ha materializado. ➤ Implementación realizada de acuerdo al programa de trabajo.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medidas correctivas y preventivas ejecutadas. ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Productos generados para el cumplimiento de los hitos del proyecto. ➤ Aspectos de la operación que requieren modificación, no considerados en el proyecto implementado. ➤ Nivel de cumplimiento alcanzado por dominio de seguridad de la información. ➤ Resultados de los planes de difusión, inducción y capacitación a los funcionarios y clientes/usuarios/beneficiarios cuando corresponda. ➤ La documentación pertinente para efectos de trazabilidad y auditorías de cumplimiento. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios involucrados los resultados de la evaluación de la implementación del Plan de Seguridad de la Información y del Programa de Trabajo Anual.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución diseña un Programa de Seguimiento de los resultados de la evaluación, en el cual deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
Objetivo N° 5	La institución, en conjunto con las áreas que la componen, implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.
	<p><input type="checkbox"/> La Institución implementa los compromisos y revisa el grado de cumplimiento de cada uno de ellos.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución mantiene el desarrollo del sistema, incorporando:</p> <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"> ➤ Plan de gestión de riesgos de la institución ➤ 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.

9. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

Objetivo General	
Mejorar la gestión de la institución a través de la implementación, seguimiento y mantención de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado bajo la norma ISO 9001:2008 con alcance regional, si corresponde. Considerando al menos los procesos de provisión de bienes y/o servicios necesarios y factibles de certificar incorporando el apoyo de procesos de soporte y de gestión estratégica. Todo ello, enfocado a aumentar la satisfacción de los clientes/ beneficiarios y/o usuarios	
REQUISITOS TECNICOS	
Objetivo N°1	Realizar un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008, estableciendo los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos que no incorporará a la certificación ISO 9001:2008. Elaborar un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización identificados como necesarios y factibles de certificar. Elaborar e implementar un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas. La alta dirección revisa el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, definiendo acciones de mejora del sistema y sus procesos.
1.1.	La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008, que permita establecer el sistema de gestión de la calidad a implementar para lo cual se debe considerar:
1.1.1.	Identificación de los procesos que permiten a la institución cumplir con su Misión, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Definiciones Estratégicas establecidas en el formulario A1 presentado en el proceso de Formulación Presupuestaria a Dirección de Presupuestos. • Presupuesto y Nivel de Actividad por Producto Estratégico. • Matriz de Riesgos aprobada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. • Programa de Gobierno • Estructura organizacional y distribución geográfica, si corresponde.
1.1.2.	Identificación de la aplicación regional de los procesos/ subprocesos anteriormente identificados, si corresponde.
1.1.3.	Determinación de la secuencia e interacción de los procesos considerando la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Procesos claves u operacionales que incluyen los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, desde que reciben del entorno (partes interesadas) los requisitos hasta entregar los bienes o servicios. • Procesos de gestión estratégica, que soportan y despliegan la estrategia de la institución y proporcionan directrices para el resto de los procesos, incluyendo procesos de planificación y control de gestión, auditoría interna, revisión por la Dirección, etc. • Procesos de soporte institucional, que incluye procesos que aseguran la disponibilidad de recursos financieros, humanos, de infraestructura y de ambiente de trabajo necesarios para la ejecución de todos los procesos de la organización, considerando procesos de compras, gestión de recursos humanos, gestión de tecnologías de información, entre otros. • Procesos de mejora continua o de medición, en donde se incluyen los procesos que permiten realizar el seguimiento y evaluar el grado de cumplimiento de los resultados planificados y determinar las acciones necesarias para mejorar el desempeño de la institución.
1.1.4.	Identificación y análisis de las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad implementado o certificado por la institución, en base a los principios de la calidad incluidos en la Norma ISO 9000:2005 (enfoque al cliente; liderazgo; participación del personal; enfoque basado en procesos, enfoque de sistema para la gestión, mejora continua, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor) considerando:

- Las necesidades de adecuación de los procedimientos/ documentos existentes.
- Consistencia de los elementos que componen el SGC actual (Política de Calidad, objetivos, estructura organizacional, entre otros) y la relación de éste con las definiciones estratégicas de la Institución.
- Duplicidades o complementariedades de funciones o procesos por efecto de la implementación del SGC y otros sistemas de gestión de la institución.

Necesidades de recursos tecnológicos, humanos, financieros, espacios de trabajo, si corresponde para lograr la certificación a nivel institucional del sistema de gestión de la calidad, considerando la optimización de los recursos.

1.2 La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe:

1.2.1 Seleccionar y priorizar los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, de gestión estratégica y/o de soporte institucional, considerando los siguientes criterios:

- Costos/ Beneficios de la implementación.
- Relevancia del proceso para la Alta Dirección.
- Relación con Definiciones Estratégicas y Programa de Gobierno.
- Efectos en los clientes/usuarios/beneficiarios.

1.2.2 Analizar la conveniencia de implementar el sistema de gestión de la calidad considerando las siguientes alternativas:

- Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios en conjunto con procesos de gestión estratégica y de soporte institucional.
- Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional.
- Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios.
- Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios.
- Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.

1.3 La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización, en base a los resultados del diagnóstico. El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente:

1.3.1 Objetivos Generales.

1.3.2 Procesos de la organización necesarios y factibles de certificar cada año y por regiones, justificando aquellos procesos que se postergará su incorporación al sistema de gestión de la calidad, posterior a 2013.

1.3.3 Actividades de capacitación que incluyan: sensibilización al Estamento Directivo y capacitación para el personal involucrado en los procesos a certificar, a nivel central y regional, si corresponde, por año.

1.3.4 Programa de auditorías internas y de tercera parte al sistema de gestión de la calidad.

Nota: En caso que el servicio defina comenzar la implementación del sistema de gestión de la calidad por procesos estratégicos y/o soporte institucional, deberá programar la certificación del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.

1.4 La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos:

1.4.1 Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; elaboración/ revisión de Política de la calidad y establecimiento de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas para el primer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección.

1.4.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.

1.5 El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:

1.5.1 Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad.

1.5.2 Análisis de procesos con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz

<p>1.5.3</p> <p>1.5.4</p> <p>1.5.5</p> <p>1.5.6</p> <p>1.5.7</p> <p>1.5.8</p>	<p>definición y operación de éstos.</p> <p>Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos.</p> <p>Elaboración o actualización del Manual de la Calidad.</p> <p>Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.</p> <p>Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p>
<p>Objetivo N°2</p>	<p>Actualizar el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde. Elaborar e implementar un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el segundo año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas. Realizar el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año de acuerdo al programa de trabajo anual.</p>
<p>2.1</p> <p>2.1.1</p> <p>2.1.2</p> <p>2.1.3</p> <p>2.1.4</p> <p>2.2</p> <p>2.2.1</p> <p>2.2.2</p> <p>2.3</p> <p>2.3.1</p> <p>2.3.2</p> <p>2.3.3</p> <p>2.3.4</p> <p>2.3.5</p>	<p>La institución actualiza el Diagnóstico y el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <p>Análisis de resultados de la implementación del primer año.</p> <p>Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación</p> <p>Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior.</p> <p>Incorporación de las modificaciones en el diagnóstico y/o plan trienal, si corresponde.</p> <p>La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos:</p> <p>Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; revisión de Política de la calidad y de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas y externas para el segundo año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección.</p> <p>Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.</p> <p>El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:</p> <p>Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad.</p> <p>Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos.</p> <p>Elaboración, aprobación, difusión e implementación de los procedimientos y documentos del sistema de gestión de la calidad, asegurando la eficaz planificación, operación y control de los procesos.</p> <p>Actualización del Manual de la Calidad.</p> <p>Ejecución de auditorías internas de la calidad programadas, que permitan verificar el grado de</p>

	<p>eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.</p> <p>2.3.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>2.3.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>2.3.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>2.4 La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>2.4.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>2.4.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>2.4.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>2.4.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>2.4.5 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>2.5 La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año definidos en plan trienal, para lo cual debe:</p> <p>2.5.1 Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable, incluyendo los procesos implementados durante el primer año</p> <p>2.4.2 Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.</p>
<p>Objetivo N°3</p>	<p><u>Actualizar el diagnóstico y plan trienal</u> para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde. <u>Elaborar e implementar un programa de trabajo anual</u> para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el tercer año, considerando al menos: i)elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas. <u>Realizar el proceso de revisión por la Dirección</u> para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. La institución <u>realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008</u> incluyendo los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>
<p>3.1</p> <p>3.2</p>	<p>La institución actualiza el Diagnóstico y el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <p>3.1.1 Análisis de resultados de la implementación del segundo año.</p> <p>3.1.2 Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el tercer año de la implementación.</p> <p>3.1.3 Identificación de los aspectos que deben ser modificados, incorporados o eliminados, considerando las actividades definidas y ejecutadas en el programa de trabajo del año anterior.</p> <p>3.1.4 Incorporación de las modificaciones en el diagnóstico y/o plan trienal, si corresponde.</p> <p>La institución elabora un programa de trabajo para el tercer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, incluyendo al menos lo señalado en 7.1.1. y 7.1.2.</p> <p>3.2.1 El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO</p>

	<p>9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo lo señalado en 7.2.1 al 7.2.8 para el tercer año de implementación.</p> <p>3.3 La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>3.3.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>3.3.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>3.3.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>3.3.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>3.3.5 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>3.3.6 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>3.4 La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados definidos en plan trienal, considerando:</p> <p>3.4.1 Coordinar y controlar la realización de auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable, incluyendo los procesos implementados durante el primer año.</p> <p>3.4.2 Definir e implementar las acciones correctivas y preventivas para tratar las no conformidades y observaciones detectadas en auditoría de certificación o de ampliación de alcance del sistema de gestión de la calidad, según sea aplicable y realizar seguimiento del grado de avance de dichas acciones.</p>
<p>Objetivo N°4</p>	<p>Realizar el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>
<p>4.1</p> <p>4.2</p> <p>4.3</p>	<p>La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>4.1.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>4.1.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>4.1.3 Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros de gestión de la institución.</p> <p>4.1.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución, considerando los resultados de auditorías de la calidad, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas y preventivas, y acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.</p> <p>4.1.5 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>4.1.6 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p> <p>La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>