



REQUISITOS TÉCNICOS

METAS DE EFICIENCIA INSTITUCIONAL

AÑO 2013

V 1.0
Diciembre de 2012

Tabla de contenido

I.	ANTECEDENTES.....	3
II.	OBJETIVOS Y REQUISITOS.....	3
III.	ASPECTOS GENERALES PARA SU FORMULACIÓN.....	3
IV.	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEI.....	7
V.	PROGRAMA MARCO: ÁMBITOS DE GESTIÓN, ÁREAS PRIORITARIAS, OBJETIVOS, REQUISITOS TÉCNICOS.....	10
1.	MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.....	10
2.	AUDITORIA INTERNA.....	11
3.	COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA.....	19
4.	HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO.....	28
6.	GOBIERNO ELECTRÓNICO / TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.....	34
7.	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	39
8.	GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001).....	43
9.	GESTIÓN DE EXCELENCIA.....	51

I. ANTECEDENTES.

Con la implementación de la Ley N° 20.212¹ el año 2007, se inició el desarrollo de las Metas de Eficiencia Institucional (MEI) para los Servicios Públicos identificados en el Art. 9 de la citada ley, asociando el cumplimiento de metas de eficiencia institucional a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios.

El mencionado cuerpo legal y reglamentario establece que el cumplimiento de estas metas, comprometidas anualmente, dará derecho a los funcionarios del Servicio respectivo, en el año siguiente, a una bonificación por desempeño que incrementa sus remuneraciones.

II. OBJETIVOS Y REQUISITOS.

Las MEI se enmarcan en un conjunto de áreas comunes para todas las Instituciones que incluye aquellos ámbitos de gestión y áreas prioritarias (o sistemas) esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios, respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del sector público. Estas áreas son establecidas por decreto por el Ministro del ramo conjuntamente con el Ministro de Hacienda, a través de un Programa Marco.

Para cada área prioritaria se establecen etapas de desarrollo y objetivos de gestión, los cuales corresponden a las metas que formularan las distintas instituciones cada año. Las etapas no necesariamente se desarrollan en un año calendario, pudiendo realizarse en menos tiempo. Sólo el sistema de Monitoreo no tiene etapas de desarrollo sino que sólo objetivos de gestión a cumplir.

III. ASPECTOS GENERALES PARA SU FORMULACIÓN.

1. Las Metas serán propuestas por cada Jefe de Servicio al Ministro del cual dependa o con el cual se relacione, sobre la base de un Programa Marco. Este Programa Marco contendrá las áreas prioritarias a desarrollar y debe ser convenido y aprobado anualmente por el Ministro del Ramo en conjunto con el Ministro de Hacienda, mediante decreto.
2. El Programa Marco incluye aquellos sistemas esenciales para un desarrollo eficaz y transparente de la gestión de los servicios, respondiendo a las definiciones de política en el ámbito de la modernización de la gestión del Sector Público (Cuadro 1).
3. El Jefe Superior del Servicio, a través del Ministro del ramo envía la formulación para el año 2013 de las Metas, en los plazos establecidos para el proceso por el reglamento y la Dirección de Presupuestos.
4. La formulación de las Metas para el año 2013 se efectúa bajo el siguiente procedimiento: Las instituciones deberán seleccionar las áreas y sistemas de gestión que les corresponda desarrollar el año 2013, de entre aquellas propuestas en el Programa Marco. Cada servicio debe proponer para cada sistema seleccionado, la etapa que comprometerá para el año 2013 (el período de implementación corresponde entre enero y diciembre de 2013), además de su correspondiente ponderador, el que debe ser de al menos un 5% para cada sistema.

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

Cuadro 1

PROGRAMA MARCO
ÁMBITO DE GESTIÓN / ÁREA PRIORITARIA/ PONDERACIÓN MÍNIMA / RED DE EXPERTOS

Ámbito de Gestión	Áreas Prioritarias	Ponderación	Red de Expertos
1. Planificación y Control de Gestión	Monitoreo del Desempeño	Al menos 80%	Dirección de Presupuestos (DIPRES) Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
	Auditoría	X2%	Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno
	Compras y Contratación Pública	X3%	Dirección de Compras y Contrataciones Públicas
2. Recursos Humanos	Higiene, Seguridad y Mejoramiento de Ambientes Laborales	X4%	Superintendencia de Seguridad Social
3. Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico/Tecnologías de la Información	X5%	Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES) Dirección de Presupuestos (DIPRES)
	Sistema de Seguridad de la Información	X6%	Dirección de Presupuestos (DIPRES) Subsecretaría de Interior
4. Gestión de la Calidad	Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)	X7%	Dirección de Presupuestos (DIPRES)
	Gestión de Excelencia	X8%	Dirección de Presupuestos (DIPRES)

5. La propuesta de Metas debe ser compatible con los recursos asignados en el marco presupuestario informado para el año 2013.
6. Los objetivos de gestión de cada etapa y la ponderación de cada área prioritaria conforman la propuesta de Metas de cada Servicio, cuya aprobación se formaliza en un Decreto firmado por el Ministro del ramo y el Ministro de Hacienda. La suma de las ponderaciones de los sistemas comprometidos es de 100% y cada sistema con alta prioridad no podrá tener una ponderación inferior a uno de mediana prioridad, y a su vez, cada sistema de mediana prioridad no podrá tener una ponderación inferior a uno de menor prioridad.
7. Las instituciones podrán egresar o no comprometer algunos de los sistemas que integran el marco propuesto, provocando que los objetivos de dichos sistemas, finalmente, no formen parte de las Metas que comprometa un servicio para el año 2013. Esto, debido a que durante el presente año el servicio está implementando objetivos finales de un sistema y por lo tanto se puede dar por

egresado, o bien porque por su naturaleza, al servicio no le corresponde comprometer el desarrollo de determinado sistema.

8. No obstante que el Programa Marco se aplica a todos los Servicios involucrados en los cuerpos legales y reglamentarios citados en un comienzo, el proceso de formulación de metas considera como situación especial que, debido a características particulares de un servicio, el cumplimiento de los objetivos de una etapa pudiera concretarse de un modo distinto a lo señalado en el programa marco, no alterando la esencia de la etapa en cuestión. Esto se materializa con la formulación de la etapa con modificaciones en sus objetivos de gestión, las que deben ser acordadas con la respectiva Red de Expertos y la Secretaría Técnica, informadas y debidamente justificadas en la propuesta de Metas, y aprobadas a través del Decreto firmado por el Ministro del Ramo y por el Ministro de Hacienda.
9. El valor mínimo para el Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional será de 80%, y corresponderá a la suma de las ponderaciones del conjunto de los indicadores asociados a productos estratégicos y al conjunto de los indicadores de gestión interna.
10. Cada Servicio podrá incorporar voluntariamente indicadores de gestión interna establecidos en el Marco aprobado por los ministros de Hacienda y del ramo, de los cuales podrá seleccionar un máximo de 4 indicadores. Estos se agregan a los indicadores de desempeño existentes para monitorear los productos estratégicos, y su ponderación no podrá superar el 20%.

Indicadores de Gestión Interna

ÁMBITO DE GESTIÓN	ÁREA PRIORITARIA	NOMBRE DEL INDICADOR	ALGORITMO DE CÁLCULO
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	1. Tasa de siniestralidad total	(Número de días perdidos en el año t por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales/ Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el año t)*100
Recursos Humanos	Higiene y Seguridad	2. Tasa de Accidentabilidad por Accidentes del Trabajo	(Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t/ Promedio Mensual de Funcionarios(as) en el año t)*100
Planificación / Control de Gestión	Auditoría Interna	4. Porcentaje de compromisos implementados y cumplidos del Plan de Seguimiento año t	(N° de compromisos definidos en el Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1 implementados y cumplidos en año t/N° total de compromisos definidos en Plan de Seguimiento de auditorías realizadas en año t-1)*100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	5. Porcentaje de trámites digitalizados al año t, respecto de la oferta total de trámites declarados por el	(N° de trámites digitalizados al año t/ N° total de trámites declarados por el servicio en

ÁMBITO DE GESTIÓN	ÁREA PRIORITARIA	NOMBRE DEL INDICADOR	ALGORITMO DE CÁLCULO
		servicio en ChileAtiende al año t	ChileAtiende al año t) x 100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	6. Porcentaje de horas de disponibilidad de todos los sitios web del servicio, respecto del total de horas requeridas.	(N° de horas de disponibilidad de sitios web del servicio en el año t / N° total de horas de disponibilidad requeridas ² para los sitios web del servicio en el año t) x 100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	7. Porcentaje de cumplimiento de los estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno, respecto del total de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno.	(N° de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno, cumplidos / N° total de estándares establecidos en el DS 100 sobre sitios web de gobierno) x 100
Calidad de Atención a Usuarios	Gobierno Electrónico	8. Porcentaje de trámites del servicio que están inter-operando, respecto del total de trámites del servicio que requieren información de otras instituciones.	(N° de trámites del servicio que están inter-operando / N° total de trámites del servicio que requieren información de otras instituciones) x 100
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	9. Porcentaje de Compras Urgentes	(N° de Órdenes de Compra Urgentes en el año t/ N° Total Órdenes de Compra en el año t) * 100
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	10. Porcentaje de Procesos con tres o más ofertas válidas en el año t	(N° de casos de procesos participativos que reciben 3 o más ofertas válidas en el año t/ Total N° de casos de procesos participativos realizados en el año t)* 100
Planificación / Control de Gestión	Compras y Contrataciones	11. Porcentaje de licitaciones declaradas desiertas teniendo ofertas válidas en el año t	(N° de adquisiciones desiertas con 3 o más ofertas válidas en el año t/ N° total de adquisiciones publicadas en el año t)*100

² Horas requeridas se entiende como el total de horas en que debe estar disponible el servicio, esto es horario continuado (7x24) u otro horario definido por el Servicio.

11. Los indicadores de desempeño y sus metas, serán aprobados por el jefe de Servicio y por el Ministro del ramo, y, posteriormente revisados por la Secretaría Técnica. En este proceso participará también el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, en particular la División de Coordinación Interministerial, como red de expertos del sistema, con el objeto de velar por la consistencia de las definiciones estratégicas entre Ministerio y Servicios. Finalmente, dichos indicadores y sus metas serán aprobados o rechazados por el Ministro de Hacienda.
12. El proceso de formulación de indicadores será un único proceso que se inicia en el marco de la formulación presupuestaria 2013.
13. Los indicadores asociados al incentivo MEI, y que forman parte de este sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional, serán seleccionados a partir de aquellos indicadores presentados en el proceso de formulación presupuestaria 2013. Cada Indicador no podrá tener una ponderación inferior a 5%.
14. Las instituciones deberán comprometer un mejoramiento global de su desempeño respecto del año anterior, esto es, un mejoramiento global de las metas de los indicadores para el año 2013.

IV. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEI.

1. El grado de cumplimiento de cada sistema tomará sólo valores de 100% o 0%, con excepción del sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional.
2. Para verificar el grado de cumplimiento del Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional se considerará lo siguiente:
 - a. Se modifica la evaluación del cumplimiento global del sistema de Monitoreo, desde los 4 tramos de cumplimiento considerados para 2012³, a un cumplimiento proporcional dado por la simple suma de las ponderaciones de cada indicador comprometido.
 - b. Para cada indicador:
 - i. Se reduce el piso mínimo de cumplimiento de 95% a 85%. Por lo tanto, se entenderá cumplido en algún grado si el valor efectivo es al menos un 85% de la meta. En caso contrario se entenderá como indicador no cumplido.
 - ii. Se entenderá por cumplido, obteniendo el 100% de la ponderación de dicho indicador, si se logra al menos 95% de la meta.
 - iii. Si el resultado es intermedio, desde 85% e inferior a 95%, el porcentaje que se asigna al ponderador es proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.
 - iv. Aplica a todos los indicadores incluidos los de gestión interna y a todos los Servicios.

³ Tramo 1: 90% a 100% de cumplimiento: 100% ponderador del sistema de Monitoreo.
Tramo 2: 80% a 89% de cumplimiento. 75% del ponderador del sistema de Monitoreo.
Tramo 3: 75% a 79% de cumplimiento: 50% del ponderador del sistema de Monitoreo.
Tramo 4: < 75% de cumplimiento: 0% del ponderador del sistema de Monitoreo.

3. Para el proceso de evaluación se entenderá por causa externa para efectos de eximir del cumplimiento de un compromiso las siguientes situaciones:
 - a. reducciones de presupuesto, externas al Servicio, que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo;
 - b. hechos fortuitos comprobables, que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo;
 - c. catástrofes, y
 - d. cambios en la legislación vigente que incidan o afecten significativamente en las variables.
4. El cumplimiento global de las MEI será el resultado de la suma del cumplimiento de cada sistema multiplicado por su correspondiente ponderador.
5. El proceso de evaluación del cumplimiento de los compromisos establecidos en base al Programa Marco 2013, será realizado por expertos externos al ejecutivo, contratados por licitación pública a través de la Secretaría Técnica, con el apoyo de la red de expertos.
6. En el proceso de Evaluación de Cumplimiento de las MEI 2013 intervendrán los siguientes actores: el Jefe de Servicio; el Representante Ministerial; la Secretaría Técnica; el Ministro de Hacienda; el Evaluador Externo; y la Red de Expertos.
7. Para el desarrollo del proceso de evaluación, la Dirección de Presupuestos habilitará un aplicativo web, que será el único acceso a todas las etapas del proceso. A través de éste se podrán entregar los medios de verificación de cada sistema; informar el cumplimiento de los indicadores de desempeño de cada Servicio y sus respectivos medios de verificación; acceder al Informe de Cumplimiento MEI y actuar en las instancias de observaciones del Jefe de Servicio a la Secretaría Técnica y de observaciones del Ministro del ramo al Ministro de Hacienda.
8. El acceso a la información se hará a través de autorizaciones electrónicas (password), permitiendo un adecuado nivel de seguridad. Los responsables de usar las claves de acceso al sistema a nivel de servicio serán el Jefe de Servicio, el Encargado de MEI y los Encargados de Sistemas. Asimismo, a nivel de Ministerio el responsable será el Representante Ministerial. Las cuentas y password se deberán solicitar por escrito a la Secretaría Técnica.
9. El Ministro del ramo será responsable por la veracidad de la información sobre cumplimiento de los objetivos de gestión que se comunique al Ministro de Hacienda.
10. La revisión del cumplimiento de cada objetivo de gestión se hará en base a una pauta de validación técnica desarrollada para cada sistema, elaboradas por la Secretaría Técnica en conjunto con las redes de expertos, y en los plazos que establece el reglamento de las MEI y que se formaliza cada año a través de una Circular Informativa de la Directora de Presupuestos, previo al inicio del proceso de evaluación correspondiente, y en la que se especifica el calendario del proceso.
11. La Secretaría Técnica, tomando como base la validación técnica realizada por el evaluador externo y/o la red de expertos, efectuará la propuesta de evaluación de los objetivos de gestión. Los

resultados de dicha propuesta serán informados por la Secretaría Técnica al Jefe Superior del Servicio.

12. El Jefe Superior del Servicio, en los casos en que NO discrepe de los resultados de la propuesta de evaluación efectuada por la Secretaría Técnica, deberá informar al Ministro del cual depende o con el cual se relaciona, respecto del grado de cumplimiento de los objetivos de gestión de su institución.
13. A continuación, el Ministro del ramo analizará dicho informe, introducirá las correcciones que estime conveniente y certificará la veracidad de la información en él contenida, debiendo enviar el Informe de Cumplimiento MEI al Ministro de Hacienda.
14. El Jefe Superior del Servicio que SÍ discrepe de los resultados de la propuesta de evaluación efectuada por la Secretaría Técnica, podrá formular sus observaciones ante ésta.
15. La Secretaría Técnica, apoyada en la opinión de los expertos, se pronunciará sobre las observaciones.
16. El Jefe Superior del Servicio, en caso de no mantener discrepancias con los resultados de la propuesta de evaluación efectuada por la Secretaría Técnica, deberá informar al Ministro del cual depende o con el cual se relaciona, del grado de cumplimiento de sus objetivos. A continuación, el Ministro del ramo analizará dicho informe, introducirá las correcciones que estime conveniente y certificará la veracidad de la información en él contenida, debiendo enviar el Informe de Cumplimiento MEI al Ministro de Hacienda.
17. En el evento que el Jefe Superior del Servicio mantenga sus discrepancias con la respuesta de la Secretaría Técnica, podrá insistir en dichas observaciones, incluyéndolas en el informe de cumplimiento que deberá remitir al Ministro del cual depende o con el cual se relaciona.
18. El Ministro del ramo, sobre la base de los antecedentes proporcionados por el Jefe Superior del Servicio, decidirá si acoge lo planteado por la Secretaría Técnica o adhiere a las discrepancias del Jefe Superior del Servicio, y sólo el Ministro del ramo podrá insistir en ellas ante el Ministro de Hacienda.
19. El Ministro de Hacienda, con el apoyo de la Secretaría Técnica, resolverá sobre las observaciones planteadas, determinando el grado de cumplimiento de cada objetivo de gestión, así como el grado de cumplimiento global de las MEI de la institución.
20. El resultado final del proceso de evaluación se materializará en el decreto ministerial que señale el grado de cumplimiento institucional y con esto, el porcentaje de incremento por desempeño que recibirá cada institución.

V. PROGRAMA MARCO: ÁMBITOS DE GESTIÓN, ÁREAS PRIORITARIAS, OBJETIVOS, REQUISITOS TÉCNICOS.

A continuación se presenta, para cada sistema, los correspondientes objetivos por etapa y las metas que estructuran el desarrollo de cada sistema:

1. MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

ÁMBITO DE GESTIÓN	PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
ÁREA PRIORITARIA	MONITOREO DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

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

OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos seleccionados y comprometidos en la formulación del presupuesto y cumplir las metas en al menos un 85%.</p> <p>2. Evaluar el resultado de los indicadores de desempeño asociados a procesos de soporte o gestión interna seleccionados del Programa Marco y cumplir las metas en al menos un 85%, si corresponde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Jefe de Servicio informa a DIPRES el valor efectivo de cada uno de los indicadores comprometidos y dispone los medios de verificación que respaldan los valores informados de cada indicador. ❑ Para efectos de determinar el cumplimiento global del sistema se debe considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ a) Un indicador se considerará cumplido cuando su porcentaje de cumplimiento, es decir el resultado de la comparación entre el valor efectivo del indicador y su respectiva meta, es al menos de un 85%. ➤ b) Un indicador se considerará no cumplido cuando su porcentaje de cumplimiento sea inferior a 85% o cuando no sea posible verificar los valores a través de sus medios de verificación y por tanto no permitan determinar el valor efectivo informado. ➤ c) Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea de al menos un 95%, sumarán el 100% de su respectivo ponderador al cumplimiento global del sistema. ➤ d) Los indicadores cumplidos cuyo porcentaje de cumplimiento sea igual o superior a 85% e inferior a 95%, sumarán al cumplimiento global del sistema el resultado de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador. ➤ e) Respecto de los indicadores no cumplidos, sus respectivos ponderadores no sumarán al cumplimiento global del sistema. Es decir, el ponderador se asumirá igual a 0%. ➤ f) El porcentaje de cumplimiento global del sistema corresponde a la sumatoria de los porcentajes establecidos para cada indicador cumplido, de acuerdo a lo señalado en las letras c) y d).

2. AUDITORIA INTERNA

AREA	PLANIFICACIÓN / CONTROL DE GESTIÓN
SISTEMA	AUDTORIA INTERNA

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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna, considerando al menos el nombramiento formal del encargado de la unidad, su dependencia directa del jefe de Servicio y sus objetivos son concordantes con las orientaciones estratégicas de la institución.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución crea formalmente la Unidad de Auditoría Interna a través de una resolución exenta u otro documento, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, considerando al menos los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificación de la misión de la Unidad, las incompatibilidades y sus objetivos. ➤ Identificación de las principales funciones de la Unidad de Auditoría, como por ejemplo: prestar asesoría técnica especializada en materias de auditoría y control interno al Jefe Superior del Servicio, cumplir con características de transparencia y objetividad, velando por la reserva de las materias y de la documentación utilizada. ➤ El Jefe de la Unidad de Auditoría Interna, para el ejercicio de sus funciones depende directa y exclusivamente del Jefe de Servicio. ➤ Los auditores internos deben otorgar permanente y oportuno aseguramiento al proceso de gestión de riesgo de la institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. ➤ La metodología de trabajo y la coordinación con el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno es a través del Auditor Ministerial. ➤ Los auditores internos no deben realizar actividades de línea, representación, sumariales o cualquier otra que afecte su objetividad, independencia y eficiencia. Las actividades de auditoría a realizar siempre deben estar basadas en análisis de riesgos transversales a la organización. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora la resolución exenta u otro documento de la misma jerarquía legal, referente al nombramiento del Jefe de la Unidad de Auditoría Interna.</p>
<p>2. La institución formula y/o actualiza el Estatuto de Auditoría interna, aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<p><input type="checkbox"/> El Servicio debe formular y/o actualizar el Estatuto de Auditoría Interna, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría. En este se debe definir detalladamente las actividades que la Unidad de Auditoría Interna debe desempeñar, las que puede realizar con independencia y objetividad y las que no debe realizar en el marco del proceso de gestión de riesgos, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>3. La institución informa los antecedentes de funcionamiento de la Unidad de Auditoría, realizando un análisis de fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, identificando las competencias específicas que requieren para el funcionamiento de la Unidad y participación en los Comité de Auditorías Ministeriales y Regionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La Institución debe identificar y analizar las fortalezas y debilidades de la Unidad de Auditoría, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de la organización de la Unidad de Auditoría: estructura de la Unidad, ámbito de acción, etc. ➤ Análisis de la documentación de soporte: existencia de manuales actualizados de organización y procedimientos. ➤ Análisis del Personal en relación a la dotación en cuanto a cantidad, cualificación, supervisión, programas y necesidades de capacitación.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>4. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna, elabora un diagnóstico a partir de la Matriz de Riesgos Estratégica, indicando los procesos estratégicos y de soporte, subprocesos y etapas, de manera de priorizar los temas a auditar y fundamentar el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>5. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna elabora un Plan Anual de Auditoría para el año siguiente en base al diagnóstico realizado considerando las tres líneas de auditoría: Institucional, contemplando un número de auditorías congruente con los niveles de criticidad de los riesgos y los recursos humanos disponibles; Ministerial y Gubernamental, las cuales son definidas por S. E. el Presidente de la República y coordinada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno.</p>	<p>☐ La institución debe elaborar un informe de diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Matriz de Riesgos actualizada y aprobada por el Jefe de Servicio, la que debe contener la identificación y análisis de los riesgos de los procesos desagregados, construida en el año 2012. ➤ El contenido del diagnóstico debe permitir sustentar el Plan Anual de Auditoría, y debe contener al menos, un ranking de riesgos y los criterios técnicos definidos por el auditor interno según la Guía Técnica N° 33 versión 0.4. o su actualización. ➤ Debe existir consistencia entre el análisis de probabilidades, impactos y eficiencia de los controles realizados en la Matriz de Riesgos en los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado la falta de probidad. ➤ Sobre la base del diagnóstico, el Jefe de la Unidad de Auditoría debe recomendar para su aprobación al Jefe de Servicio, las materias a auditar. <p>☐ La institución elabora el Plan Anual de Auditoría 2013 basado en el diagnóstico, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, que debe contener al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo Gubernamental establecido en Instructivo Presidencial. ➤ Objetivo Ministerial: Objetivo Ministerial, correspondiente al período 2013, debe ser formulado a más tardar el último día hábil del mes de Noviembre de 2012. ➤ Objetivo Institucional. ➤ El Plan debe contener al menos cuatro auditorías institucionales a materias priorizadas en la Matriz de Riesgo, con los mayores niveles de criticidad, debiendo justificar para cada uno de ellas el uso eficiente de las horas hombres disponibles. ➤ Adicionalmente a las auditorías anteriores, debe considerarse en el Plan de Auditoría el aseguramiento al proceso de gestión de riesgos de la institución. ➤ El Plan debe contener un cronograma general de las auditorías y actividades. ➤ Para cada auditoría se debe fundamentar su incorporación en el Plan Anual. (diagnóstico, solicitud especial de la autoridad, normativa específica, etc.). ➤ Los objetivos generales de cada auditoría, deben ser consistentes con los objetivos y riesgos del proceso levantado en la matriz de riesgos. ➤ Los objetivos generales de cada auditoría contemplada en el Plan Anual, deben ser consistente con los principios de independencia y objetividad del Auditor Interno. ➤ El alcance general de cada auditoría, debe estar descrito en términos que permita cuantificar o medir las actividades que se realizarán. ➤ El equipo de trabajo y estimación de horas de auditoría, debe ser consistente con las actividades planificadas. ➤ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la ejecución del Plan Anual de Auditoría, si corresponde e informar los resultados de sus mediciones.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="735 315 1366 427">➤ Debe existir consistencia entre las materias consideradas en la formulación del Plan Anual de Auditoría y el proceso y las situaciones en que se hubiese generado la falta de probidad. <li data-bbox="687 461 1366 607">☐ Los Auditores Internos deben, con el conocimiento previo de su Jefe de Servicio, responder a todos los requerimientos formales de información que formule el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, vinculadas con las materias de gestión institucional.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>6. La institución, a través de la Unidad de Auditoría Interna ejecuta el Plan Anual de Auditoría correspondiente al período considerando al menos que:</p> <p>i) aplica los mecanismos de auditoría de acuerdo a la metodología establecida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, que indica al menos las orientaciones que se deben tener presente para programar, ejecutar e informar la ejecución de los Planes Anuales de Auditoría; ii) realiza las actividades especificadas en el Plan Anual de Auditoría, incluyendo las tres líneas de auditoría (Institucional, Ministerial y Gubernamental).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución debe elaborar los Programas de Auditoría: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para cada auditoría planificada se debe acompañar el programa de auditoría específico utilizado, aprobado por el Jefe de Servicio y el Consejo de Auditoría. El cual debe tener la siguiente estructura mínima: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales de cada auditoría, que deben ser los señalados en el Plan Anual de Auditoría. ○ Los objetivos específicos de la auditoría, deben ser consistentes con los objetivos generales señalados en el Plan de auditoría y con los puntos críticos a auditar. Los puntos críticos corresponden a riesgos derivados de la matriz para supervisión y medición del trabajo en cada fase del proceso de auditoría. ○ El alcance de la auditoría, debe ser consistente con lo definido en el Plan Anual de Auditoría y establecido en términos cuantificables. ○ La definición de puntos críticos y los criterios que se utilizaron para escogerlos. ○ La selección de los procedimientos y pruebas de auditoría, deben ser consistentes con la estructura del control que mitiga el riesgo y los objetivos específicos de la auditoría. ○ La actualización de las horas de auditoría, si corresponde. ○ La actualización del equipo de trabajo y responsable, si corresponde. ○ Debe existir consistencia entre la formulación del programa de auditoría, los procesos y las situaciones en que se hubieran detectado faltas de probidad, específicamente, en la identificación de los puntos críticos en el programa de auditoría. ○ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para la programación de las auditorías planificadas, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones. ❑ La auditoría de aseguramiento al proceso de gestión de riesgos, debe basarse en las instrucciones del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno y en el Documento Técnico N° 24, "Programación Específica de Auditorías".
<p>7. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera mensualmente informes de resultado de la ejecución del Plan Anual de cada una de las auditorías realizadas con sus respectivos programas, identificando objetivos generales y específicos, alcance, oportunidad y análisis de los resultados, entre otros aspectos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución, a través del Auditor Interno elabora los Informes de Auditoría, aprobados por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, los que deben contener en su estructura a lo menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe Ejecutivo. ➤ Informe Detallado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los objetivos generales y específicos de auditoría, que deben ser los señalados en el programa de auditoría. ○ El alcance de la auditoría debe ser el señalado en el programa de auditoría. ○ La oportunidad de la auditoría. ○ Análisis de resultados: <ul style="list-style-type: none"> - Los hallazgos de auditoría detectados, deben contener la descripción de los hechos detectados y el

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>8. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, genera anualmente el Informe Final de las auditorías ejecutadas durante el año con el análisis de la ejecución del Plan, la conclusión sobre el resultado del trabajo anual e identificando recomendaciones.</p>	<p>análisis de causas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hallazgos deben sustentarse con evidencia de auditoría suficiente y competente dispuesta en los papeles de trabajo. - El efecto real o potencial que generan los hallazgos de auditoría, entendiéndose por tal las consecuencias que derivan o puede derivarse de éstos en el ámbito de la auditoría. - Las sugerencias o recomendaciones para mitigar los efectos de los hallazgos de auditoría, que deben considerar las causas de los mismos. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los informes de auditoría deben contener recomendaciones que permitan a la Dirección tomar medidas correctivas y preventivas en el proceso de gestión de riesgos. ➤ Debe existir consistencia entre los hallazgos y las recomendaciones contenidas en el informe de auditoría y las situaciones en que se hubiesen detectado faltas de probidad de un proceso determinado. ➤ Formulación y/o actualización del diseño de los indicadores de desempeño para los informes de auditoría del Plan Anual, si corresponde, e informar los resultados de sus mediciones. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución debe informar las auditorías no planificadas, con su respectivo análisis de resultados. <input type="checkbox"/> La institución debe elaborar mensualmente, los informes de auditoría y/o actividades terminadas y firmado por el Jefe de Servicio. De no existir informes de auditoría terminados en el mes, se debe informar el detalle de las actividades desarrolladas por la Unidad de Auditoría. El plazo de entrega de éste informe al Consejo de Auditoría vence el último día hábil del mes siguiente de cada mes. <input type="checkbox"/> El Servicio debe elaborar un informe final de las Auditorías y/o actividades ejecutadas durante el año, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El total de las auditorías y actividades realizadas en el año. <ul style="list-style-type: none"> ○ El análisis de la ejecución de las auditorías planificadas. ○ El análisis de la ejecución de las auditorías y actividades no planificadas. ○ El análisis sobre el cumplimiento del cronograma de trabajo comprometido. ○ Los resultados y actualizaciones de las mediciones de los indicadores de desempeño (planificación, programación, informe y seguimiento) y aplicación procedimientos de control y monitoreo (programación, informe y seguimiento), formulados por el Servicio. ○ La Conclusión general del trabajo anual.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>9. La institución, informa al Consejo de Auditoría las medidas correctivas o preventivas (compromisos) respecto a las recomendaciones señaladas por la Unidad de Auditoría, enviando un informe de seguimiento de los compromisos adoptados por el Servicio.</p> <p>10. La institución, a través de la Unidad de Auditoría, elabora e implementa un Plan de Seguimiento de las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría interna, señalando al menos las materias sobre las que se hará seguimiento, los compromisos, plazos y responsables considerando la auditoría contemplada en el Plan, el hallazgo que originó el compromiso y el grado de cumplimiento de éste entre otros aspectos.</p>	<p>☐ La institución elabora el Plan de Seguimiento de los compromisos derivados de las recomendaciones, para ser ejecutado durante el año 2013 aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Objetivo General y Específico ➤ Alcance ➤ Equipo de trabajo ➤ Horas de auditoría ➤ Cronograma ➤ Definición de una metodología, la que debe definir las materias sobre las cuales hacer seguimiento, considerando al menos las siguientes alternativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ El Servicio efectuará el seguimiento a todas las auditorías realizadas (100%) ó, ○ Cuando corresponda, el Servicio priorizará y seleccionará las auditorías a las cuales se les va hacer seguimiento, en base, entre otras, a las siguientes variables relevantes y/o estratégicas: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de Riesgo que presenta el proceso o sistema auditado en la última matriz de riesgos del proceso de gestión de riesgos. - La importancia estratégica que posee el proceso o sistema auditado para la Institución. - Existencia de auditorías y seguimientos realizados con anterioridad sobre el proceso o sistema auditado. - Grado de contribución del compromiso al mejoramiento del proceso de gestión de riesgos. ➤ Definición actividades de seguimiento para verificar el monitoreo realizado al Plan de tratamiento del proceso de gestión de riesgos por la administración. ➤ Debe existir consistencia entre el plan de seguimiento de auditoría a los procesos y las situaciones en que se hubiesen detectado las faltas de probidad. ➤ Definición de los procedimientos de control y monitoreo y los indicadores de desempeño utilizados para la ejecución del Plan de Seguimiento e informar los resultados de sus mediciones. ➤ Identificación de los compromisos de seguimiento aprobados por el Jefe de Servicio basados en la priorización descrita en el punto anterior o al 100% de los compromisos no implementados durante el año 2012 y los años anteriores, registrando: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El hallazgo de auditoría. ○ La sugerencia o recomendación de auditoría. ○ El número/ fecha, documento repuesta. ○ El o los compromisos asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El indicador de logro del compromiso. ○ La meta. ○ Los plazos/fecha, propuesta para la implementación de

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>11. La institución debe cumplir con un porcentaje mínimo de implementación del Plan de Seguimiento con la finalidad de asegurar la disminución del nivel de riesgo existente en la administración de los recursos.</p>	<p>las medidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El responsable de la implementación. <p>□ La institución elabora un informe consolidado del grado de implementación de los compromisos de seguimiento emanados del año 2012 y anteriores, aprobado por el Jefe de Servicio y validado por el Consejo de Auditoría, el que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción ➤ Evaluación de Resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número y fecha de emisión del informe de auditoría. ○ El proceso, subproceso o etapa. ○ El nombre de la auditoría contemplada en el Plan. ○ El número de recomendación. ○ El hallazgo de auditoría. ○ El o los compromisos asociados a los hallazgos de auditoría. ○ El porcentaje de cumplimiento o avance de las medidas. ○ El impacto de implementación de las medidas. ○ El motivo del no cumplimiento, cuando corresponda. ○ La nueva recomendación, si corresponde. ➤ Conclusiones ➤ El grado de cumplimiento de implementación mínimo requerido respecto de los compromisos de seguimiento se medirá con la siguiente relación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la cantidad de compromisos de Seguimiento está entre 1 y 30, entonces el porcentaje mínimo de implementación corresponde a un 90%. ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento está entre 31 y 70, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 80%. ○ Si la cantidad de compromisos de seguimiento es igual o mayor que 71, entonces el porcentaje mínimo de implementación es 70%.

3. COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA

ÁMBITO DE GESTIÓN	PLANIFICACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN
ÁREA PRIORITARIA	COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA

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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento que tiene como objetivo optimizar el gasto en bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de su misión institucional.</p> <p>2. La Institución identifica y analiza en el Diagnóstico las competencias de los funcionarios en materia de compras públicas, la normativa interna, los procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y sus recursos financieros, el uso del portal de www.mercadopublico.cl, la gestión de contratos, la gestión de los reclamos recibidos a través del portal, la gestión de inventarios, la gestión de proveedores y los mecanismos de compras que usa para realizar los procesos de compras, de acuerdo a las necesidades que el Servicio requiere.</p> <p>3. La institución identifica y prioriza áreas críticas para el mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, en base a los resultados del Diagnóstico.</p>	<p>☐ La Institución realiza un Diagnóstico de la Gestión de Abastecimiento el que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catastro de usuarios que participan en la Gestión de Abastecimiento de la Institución. El que consiste en elaborar un registro de los funcionarios de la Institución que participen en la Gestión de Abastecimiento, cuenten o no con clave en www.mercadopublico.cl. Se incluyen usuarios requerentes, comisiones evaluadoras o cualquier funcionario que utilice la plataforma de compras. Para facilitar la elaboración de este catastro, la Dirección de Compras pondrá a disposición el formulario correspondiente. La Gestión de abastecimiento es el proceso que realiza un Organismo Público para conseguir aquellos bienes y servicios que requiere para su operación y que son producidos o prestados por terceros. Este concepto implica incorporar en la definición del proceso todas aquellas actividades que relacionan con la compra o contratación, desde la detección de necesidades hasta la extinción de la vida útil del bien o servicio. Por lo tanto, se debe establecer un flujo básico, que permita realizar exitosamente la planificación de la adquisición, pasando por la definición del requerimientos, selección del mecanismo de compra, llamado y recepción de oferta, evaluación de las ofertas, adjudicación y formalización y ejecución del contrato, esta última debe incorporar las estrategias necesarias que incorporen todo lo relacionado con manejo de inventarios, logística y distribución del bien o servicio. ➤ Diagnóstico de competencias específicas en materias de gestión de abastecimiento y utilización de plataformas de Chilecompra para determinar la línea base. Esto es, identificar las competencias que permitan alcanzar con un nivel de desarrollo adecuado, para las funciones necesarias para una eficiente gestión de abastecimiento del Sector Público y aquellas que presentan brechas o desviaciones. El diagnóstico de este perfil corresponde al diagnóstico de competencias realizado por la Institución en el marco de la gestión de capacitación que realiza el Servicio. Las competencias específicas a considerar dependiendo de cada perfil son a lo menos: realizar procesos de compras y contratación pública de forma eficiente y transparente, de acuerdo con normas éticas y normativa de compras públicas, verificar el cumplimiento de la normativa en los procesos de adquisiciones realizados por la Institución a través del Sistema de Compras Públicas, velar por la legalidad de los procedimientos de adquisición de bienes y servicios de la Institución, generar condiciones para que las áreas de la organización realicen los procesos de compra y contratación de acuerdo a la normativa vigente, preservando máxima eficiencia y transparencia. Además podrán agregar aquellas competencias que

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>complementen la función de abastecimiento propia de la Institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catastro de todas las compras realizadas por dentro y fuera de la plataforma www.mercadopublico.cl el 2013. 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 estratégicas. Las compras estratégicas corresponden a aquellas compras que por su importancia o magnitud, ya sea financiera o de relevancia para el organismo, son consideradas significativas. Es decir, compras sensibles para la Institución, importancia de monto de la compra, o que la suma de dichas compras representen al menos el 80% del gasto total. ○ Normativa interna, procedimientos legales, procedimientos de normativa de organismos internacionales, cuando corresponda. ○ Diagnóstico de las necesidades de compra de la institución por centro de responsabilidad. ➤ Catastro de todos los Contratos Vigentes. Se deben incorporar todos los contratos suscritos por los Servicios de Bienestar que forman parte del servicio según se refiere en Dictamen 10.318 del 7 de Marzo del 2007 de la Contraloría General de la República. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos los contratos vigentes de la Institución, identificando al menos: Nombre del contrato, fecha suscripción, fecha de vencimiento, antigüedad, monto, bienes y/o servicios prestados, cláusula de renovación automática y/o término anticipado. ○ Comparación del precio o costo del contrato vigente con convenios marcos, si los hay, cotizaciones o precios y valores de mercado. ➤ Catastro de los reclamos recibidos en el portal. Para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cantidad de reclamos recibidos durante el año 2013. ○ 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, Formación. ➤ Catastro de los mecanismos de compra utilizados, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Convenio Marco ○ Licitación Pública

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 pago: análisis de cumplimiento del pago a 30 días a sus proveedores. Se deberá informar en el Diagnóstico, entre otros, que el Sistema de pago considere todos los aspectos que se deriven de la aplicación de la Ley 19.983 de 2004 (Modificada por Ley 20.323 del 29.01.2009) y su reglamento según Decreto de Hacienda 93 de 2005, Oficio Circular de Hacienda N° 23 de 2006, y Circular N° 3 de junio 06 de 2006, de la Dirección de Compras. Asimismo, se deberá informar los resultados de este diagnóstico al área de financiero contable para su consideración sólo en lo que dice relación al procedimiento de Control para el seguimiento del oportuno pago de las obligaciones contraídas con sus proveedores. Por otra parte, las instituciones que se encuentren en procesos de implementación de certificación ISO deberán considerar el proceso de pago a proveedores en el diagnóstico definido en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, si corresponde. ○ Transparencia: La institución realiza sus procesos de compra a través de www.mercadopublico.cl. ○ Servicios de Bienestar: se incorpora a www.mercadopublico.cl. <p>□ La institución identifica y prioriza todos los proyectos de mejoramiento de la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a los resultados del análisis del diagnóstico realizado, y justifica su priorización, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La estimación de recursos involucrados para cada uno de los proyectos. ➤ La relevancia del proyecto en términos de impacto institucional y apoyo a la gestión de abastecimiento de la institución. ➤ La relevancia del proceso que se quiere mejorar. ➤ La relevancia del/los producto/s o servicio/s que se proveen a través de los procesos transversales que se quieren mejorar con el uso de la Gestión de Abastecimiento. ➤ La relevancia de la política pública que se quiere mejorar, a través de las compras que realiza la institución, cuando corresponda. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservación: Distribución y Registro de localización de los productos para que puedan ser fácilmente inventariados. • Identificación: Codificación de los productos e identificación de los componentes, registro de número único para producto o producto commodity asociado. Instrucción: Debe estar bien definida la función de cada actor en el proceso de inventario. • Formación: Es necesario formar y recordar a los actores del proceso en el procedimiento óptimo de inventario.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>4. La institución define el Plan Anual de Compras, considerando la normativa interna, y procedimientos legales de compras, las necesidades de compras y los recursos financieros del Servicio.</p> <p>5. La institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento del Sector Público, considerando Plan de Capacitación para reducir las brechas de competencias del personal en gestión de abastecimiento, mecanismos de compras que utilizará el Servicio y su justificación, uso del portal www.mercadopublico.cl, Plan Anual de Compras, gestión de contratos, gestión de reclamos, gestión de inventarios, gestión de proveedores y las áreas críticas priorizadas identificadas en el diagnóstico y define proyectos de mejoramiento de la gestión de abastecimiento.</p> <p>6. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras elaborado con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl y determina el valor de la meta de cada uno de ellos.</p>	<p>☐ El Servicio define el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, con base en el Diagnóstico de la etapa anterior. Para ello debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compras Estratégicas definidas para el periodo y el resto de las compras del servicio. ➤ Definición de un procedimiento interno para elaborar el Plan anual de compras de acuerdo a lo establecido en la normativa. ➤ Socialización a toda la Institución de dicho procedimiento. ➤ Elaboración del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las necesidades de compras de la institución. ○ Los recursos financieros del Servicio. ➤ Identificación de indicadores de compras con base en la información que proporciona el portal www.mercadopublico.cl, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las metas comprometidas por la institución, diseñadas según el diagnóstico aplicado. <p>☐ La Institución diseña el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento. El Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento corresponde a cualquier acción que realice el servicio con el fin de incorporar mejoras a la Gestión de Abastecimiento en uno o más proyectos o actividades definidas según el diagnóstico de áreas críticas. Por ejemplo, la evaluación a proveedores, como una actividad a desarrollar por la institución, el que debe incluir al menos lo siguiente:</p> <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 2013. ○ 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.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>7. La institución elabora un Programa de Trabajo anual para la ejecución del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>■ La institución elabora de acuerdo al Plan de Mejoramiento de la gestión de Abastecimiento, un Programa de Trabajo Anual de los proyectos priorizados y seleccionados para el año siguiente considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la disponibilidad de recursos establecida en la Ley de Presupuestos ➤ las áreas críticas priorizadas a los cuales se vincula cada proyecto, ➤ Definición de las actividades y/o proyectos para abordar las áreas críticas priorizadas, las que deben incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre de la actividad, ○ área crítica abordada, ○ objetivo, ○ plazo de ejecución, ○ responsables.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>8. La institución realiza sus procesos de compra y contratación a través del portal www.mercadopublico.cl sobre la base del Plan Anual de compras definido.</p> <p>9. La institución mide los indicadores de desempeño para evaluar los resultados del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento y del Plan Anual de Compras.</p> <p>10. La institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y registra los resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ El Servicio implementa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna ○ Los procedimientos legales de compras ○ Las necesidades de compras de la institución ○ Los recursos financieros del Servicio. ○ Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. ➤ Mide los Indicadores de compras comprometidos en el portal www.mercadopublico.cl y las metas comprometidas por la Institución en el primer trimestre del 2013. ❑ La Institución implementa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento en base diseño aplicado y las necesidades de capacitación en materia de abastecimiento establecido por la institución, incluido en el Plan Anual de capacitación de la Institución. El Plan debe contener al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acciones de capacitación asociadas a las competencias a reforzar y a las necesidades de capacitación institucional en materia de abastecimiento detectadas. ○ Calendarización de las acciones de capacitación. ○ N° participantes, definiendo el perfil de cada uno, dependiendo de las funciones que realizan. ➤ La implementación de un sistema de control de gestión y evacuación interna de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mide el sistema de control de gestión y evacuación de reclamos incorporando estándares y control de calidad de las respuestas enviadas al proveedor. ➤ Las acciones que dan origen a la evaluación periódica y oportuna de los contratos que definió como gestionables de acuerdo al diagnóstico realizado. ➤ La implementación del sistema de evaluación de proveedores, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Herramientas disponibles en www.mercadopublico.cl. ➤ Ejecución de sus compras de acuerdo a los mecanismos de compra establecidos. ➤ La implementación de los mecanismos para comparar los montos ejecutados en el portal www.mercadopublico.cl versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Justifica toda compra realizada fuera del portal www.mercadopublico.cl. ➤ La implementación de los proyectos de mejoramiento de las áreas prioritizadas de la gestión de abastecimiento con base en el diagnóstico y el Programa de Trabajo Anual, el que debe incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos generales y específicos, ○ Alcance, ○ Impacto, monto a ejecutar (si corresponde), ○ Cronograma de trabajo señalando actividades, plazo y responsables.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>11. La institución evalúa los resultados de la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo Anual y la ejecución del Plan Anual de Compras y los resultados de los indicadores comprometidos con su fundamentación.</p> <p>12. La institución analiza el cumplimiento de las metas de los indicadores comprometidos y las brechas entre resultados efectivos y metas y formula recomendaciones para el siguiente periodo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El Servicio evalúa el Plan Anual de Compras institucional para el periodo, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados de la ejecución del plan anual de compras institucional aprobado por el Jefe de Servicio, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ La normativa interna. ○ Los procedimientos legales de compras. ○ Las compras realizadas por la institución. ○ Criterios de compra donde incorpora los conceptos de transparencia, acceso, servicios de bienestar, políticas de pago y eficiencia energética. Para ello toma en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejoras en las políticas de adquisiciones de la organización. ▪ Participación del Servicio de Bienestar en sus procesos de abastecimiento. ➤ La Institución evalúa la meta comprometida para los indicadores de desempeño a través del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de cada indicador ○ Realiza un programa de seguimiento a los indicadores de desempeño del panel de indicadores publicado en www.mercadopublico.cl a través de la medición de su cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el indicador supera en un 5% la meta propuesta por la institución debe justificar su sobrecumplimiento. ▪ Si el indicador está un 5% bajo la meta propuesta por la institución debe justificar su no cumplimiento. □ La Institución evalúa el Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, de acuerdo a lo establecido y registra los resultados, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de los usuarios capacitados en el marco del Plan de Capacitación en Gestión de Abastecimiento implementado, considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta resultados de la de las actividades identificando al menos, número de funcionarios capacitados, áreas a las que pertenecen estos funcionarios, ○ Aprobación del sistema de acreditación de competencias en gestión de abastecimiento, cumpliéndose la meta anual comprometida con la Dirección de Compras. ○ Genera un Registro interno de los funcionarios acreditados que aprueban la acreditación con nota igual o superior a 65% para el año 2013 y en las condiciones que lo establece la Ley 19.886 y su reglamento, en los perfiles 1, 2, 3, 4 y 5, los que corresponden a: operador, supervisor, auditor, abogado y Jefe de Servicio respectivamente, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre y Rut de cada funcionario acreditado.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidad de Compra en la que ejerce funciones. ▪ Perfil de usuario. ○ Proponen acciones de mejoramiento para las actividades de capacitación para el próximo periodo. ➤ La Institución evalúa el sistema de gestión de los reclamos recibidos a través del portal www.mercadopublico.cl. Para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Propone acciones para mejorar los temas más reclamados por parte de los proveedores. ○ Compromete acciones concretas de mejora para el año siguiente. ➤ La institución evalúa la gestión implementada en la evaluación periódica y oportuna de los contratos gestionables, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de la gestión implementada. ○ Propone acciones de mejoramiento en el sistema de evaluación de contratos. ➤ La Institución evalúa el sistema de evaluación de proveedores, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza el resultado de las acciones realizadas durante el periodo. ○ Propone acciones correctivas para el sistema para el siguiente periodo. ➤ La Institución evalúa los mecanismos de compra utilizados, para ello considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis de resultados de las acciones realizadas ○ Propone acciones correctivas para el próximo periodo. ➤ Evaluación de los mecanismos implementados para comparar los montos ejecutados en el portal www.mercadopublico.cl versus lo transado fuera por el portal, para ello: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analiza las Justificaciones toda compra realizada fuera del portal www.mercadopublico.cl. ○ Evalúa el porcentaje de eficiencia en el uso del sitio versus lo no transado por el sitio. ○ La Institución evalúa los montos ejecutados en el portal www.mercadopublico.cl respecto a los ítems presupuestarios transables en el portal. Para ello: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone acciones a seguir de mejoramiento permanente en la incorporación de aquellos procesos que debiendo haber sido transados por la plataforma no lo fueron. ➤ La Institución evalúa la política de inventarios elaborada, para ello considera al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exceso de stock ○ Insuficiencia de stock ○ Robo ○ Mermas ○ Obsolescencia ➤ Evaluación de los Proyectos de mejoramiento de las áreas críticas priorizadas basadas en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis del resultado de la implementación de cada actividad y o proyecto, señalando los compromisos cumplidos y no cumplidos en el proceso, su justificación, identificando causas internas y externas.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>13. La institución elabora un Programa de Seguimiento de las recomendaciones de mejora formuladas en la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, señalando al menos los compromisos asumidos derivados de las recomendaciones formuladas e identificando los plazos de ejecución y responsables.</p> <p>14. La institución implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido el año anterior, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis del resultado de los indicadores definidos para cada proyecto o actividad. □ La institución elabora un programa de seguimiento como resultado de la evaluación del Modelo de Mejoramiento Continuo para la Gestión de Abastecimiento, generando recomendaciones de mejora, compromisos y acciones/actividades, con plazos y responsables para ser implementado el año (t+1), considerando al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento de los compromisos que surgen de las recomendaciones, acciones/ actividades, establecidas en el Programa de Seguimiento. ➤ Medidas a adoptar para el cumplimiento de los compromisos no alcanzados. ➤ Programación de Acciones/actividades, con plazos y responsables. ➤ Difusión de los resultados anuales del proceso de mejoramiento a todos los funcionarios de la institución. Esta debe realizarse a través de medios internos, tales como: Circulares, oficios, correo electrónico, publicación intranet, memorias u otros. <p>Nota: El objetivo 14 no es aplicable a los Servicios que comprometen por primera vez la etapa 4 del Sistema de Compras y Contrataciones del Sector Público.</p>

4. HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

ÁMBITO DE GESTIÓN	RECURSOS HUMANOS
ÁREA PRIORITARIA	HIGIENE, SEGURIDAD Y MEJORAMIENTO DE AMBIENTES DE TRABAJO

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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
1. La institución dispone el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.	<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 Seguridad⁴. ➤ Difusión a los funcionarios de las principales actividades realizadas y los resultados de su implementación.
2. Las instituciones que no reúnan los requisitos legales para constituir un Comité Paritario deberán organizar un Comité Voluntario, para dar cumplimiento a los requisitos del sistema.	<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.
3. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo.	<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 ⁵ 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

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

⁵ Del Organismo administrador del Seguro Ley 16.744 y/o contratado por el servicio y/o bomberos, entre otros.

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	de emergencia, y del cumplimiento del procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Identificación de los problemas en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>4. La institución en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo basado en el Diagnóstico de la calidad de los Ambientes de Trabajo señalado en la etapa anterior, definiendo los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de su implementación.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución, en base a la propuesta presentada por el Comité Paritario o el Comité Voluntario y/o el Encargado, elabora el Plan Anual⁶ de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo⁷ que se ejecutará el año siguiente y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año en curso. Dicho Plan deberá considerar, a lo menos, los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados del análisis del Diagnóstico de la calidad de los ambientes y condiciones de trabajo. ➤ Áreas claves de mejoramiento de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. ➤ Mecanismos de selección de proyectos específicos de mejoramiento a implementar. ➤ Definición de la metodología para detectar el grado de satisfacción de los funcionarios y canalizar sus reclamos. ➤ Definición de los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de la ejecución del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mediciones de la Tasa de Accidentabilidad y del Grado de Satisfacción de los beneficiarios. ○ Los indicadores deben ser incorporados en el SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión. ○ Establecer las metas de los indicadores definidos. ➤ Definición de los Mecanismos de difusión interna que se utilizarán para informar a los funcionarios sobre las acciones de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo.
<p>5. La institución, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el del Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, elabora un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia y dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Plan de Emergencia para enfrentar las situaciones de emergencia, dar respuesta oportuna y adecuada a dichas situaciones, a partir de la opinión emitida por expertos en prevención de riesgos y/o por el Comité Paritario o el Comité Voluntario o el Encargado, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Plan de Emergencia deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.
<p>6. La institución elabora un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora, aprueba y mantiene actualizado un Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La planificación y las actividades que se programen para elaborar e implementar el Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo deben ser parte del Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo y del Programa de Trabajo.

⁶ 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.

⁷ El Plan Anual debe contener todos los elementos que permiten guiar al Servicio en materias de higiene y seguridad y mejoramiento de ambientes de trabajo. El Plan puede estructurarse a nivel nacional o regional, dependiendo de las características del Servicio.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>7. La institución informa a los funcionarios el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo aprobados.</p> <p>8. La institución elabora el Programa de Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, el Plan de Emergencia y el Procedimiento de actuación frente a accidentes de trabajo y lo comunica a los funcionarios, definiendo al menos actividades, plazos y responsables.</p>	<p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Trabajo⁸ para la ejecución del Plan Anual aprobado por el Jefe de Servicio, y lo aprueba a más tardar el 31 de diciembre del año en curso. Dicho programa deberá contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que deberán incorporarse al SIG del Sistema de Planificación / Control de Gestión. ○ Establecer las metas de los indicadores definidos. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios el Programa de Trabajo a más tardar la semana siguiente a su aprobación.</p>

⁸ Programa de Trabajo: corresponde al conjunto de actividades, cronológicamente ordenadas, que se planificaron en función de lo establecido en el Plan. El Programa debe establecer qué se hará, cuándo, cuánto costará, quién es responsable y a quién beneficiará.

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>9. La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según lo establecido en el Programa de Trabajo y mide los indicadores de desempeño del Plan anual de Prevención de Riesgos.</p> <p>10. La institución registra los resultados de la ejecución del Programa de Trabajo, incluidos el detalle de las acciones en materia de mejoramiento de ambientes de trabajo realizadas y lo difunde a los funcionarios.</p>	<p>☐ La institución ejecuta el Plan Anual de Prevención de Riesgos y Mejoramiento de Ambientes de Trabajo, las actividades para la implementación y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, según el Programa de Trabajo.</p> <p>☐ La institución registra los resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajustes y modificaciones efectuados al Plan Anual, aprobados a más tardar el 30 de marzo del año de ejecución. ➤ Ajustes y modificaciones efectuados al Programa de Trabajo. ➤ Actividades realizadas en el periodo en materias de Mejoramiento de Ambientes e Higiene y Seguridad, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ Actividades realizadas en el periodo, relativas al desarrollo y/o actualización del Plan de Emergencia y del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, desagregadas a nivel central y regional, según corresponda. ➤ N° de funcionarios beneficiados con cada actividad realizada. ➤ Monto de gasto ejecutado en cada actividad realizada. ➤ Principales desviaciones entre los resultados efectivos de las actividades en ejecución y la programación efectuada por la institución en su Programa de Trabajo y su justificación. ➤ Registro de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales ocurridos en el 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.

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>11. La institución evalúa 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.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución evalúa los Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, considerando al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de las causas de las principales desviaciones entre los resultados efectivos de las iniciativas y la programación efectuada por la institución en el Programa de Trabajo, incluyendo las actividades del Plan de Emergencia. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Plan Anual. ➤ Análisis de los resultados de los indicadores de desempeño definidos para evaluar el Programa de Trabajo. ➤ Cumplimiento del Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. ➤ Recomendaciones derivadas de la implementación de las actividades de mejoramiento de ambientes de trabajo y de higiene y seguridad. ➤ Recomendaciones derivadas de las situaciones extraordinarias ocurridas.
<p>12. La institución diseña un Programa de Seguimiento que incluya recomendaciones, compromisos, plazos y responsables, para cerrar las brechas y debilidades detectadas por la evaluación.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución elabora el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, considerando al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definición de los compromisos⁹ asociados a las recomendaciones, plazos de los compromisos y responsables. ➤ Incorporación de los compromisos en el siguiente Plan Anual y su respectivo Programa de Trabajo, cuando corresponda.
<p>13. La institución difunde a los funcionarios los resultados de la evaluación realizada.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución difunde a los funcionarios la Evaluación de Resultados de la ejecución del Plan Anual según el Programa de Trabajo, y el Programa de Seguimiento a las Recomendaciones, durante la semana siguiente a su aprobación. Lo que deberá informar precisando el medio de difusión utilizado, los contenidos difundidos, la cobertura lograda en la difusión (ya sea directa o indirectamente) y su oportunidad.</p>

⁹ Los compromisos deben ser incorporados en el diagnóstico, diseño o implementación del siguiente Plan, cuando corresponda, asegurando así la secuencia de desarrollo del sistema.

6. GOBIERNO ELECTRÓNICO / TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ÁMBITO DE GESTIÓN	CALIDAD DE ATENCIÓN A USUARIOS
ÁREA PRIORITARIA	GOBIERNO ELECTRÓNICO / TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución realiza un Diagnóstico de uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los procesos de provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios) entregados a sus clientes/usuarios/beneficiarios y define aquellos en los que requiere implementar tecnologías de información, registrándolos en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. En el marco de la revisión de dichos procesos, la institución verifica, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de rediseñar y mejorar con uso de TIC los procesos seleccionados de provisión de productos estratégicos. • La necesidad de inter-operar con otros organismos del Estado y/o con otros procesos dentro de la institución, identificando los procesos de provisión de productos estratégicos y transversales que puedan y/o requieran inter-operar. • La existencia y la calidad de los registros de información que se mantienen para proveer los productos estratégicos, considerando al menos el cumplimiento de la normativa vigente relativa al desarrollo de Gobierno Electrónico. • La necesidad de mejorar uno o más procesos transversales que contribuyan a la calidad de los procesos seleccionados de provisión de bienes y/o servicios. <p>2. En base a los resultados del diagnóstico realizado, la institución, con la aprobación del Jefe Superior del Servicio, propone a la Red de Expertos una priorización de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ La institución, en base a 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, realiza la declaración de las iniciativas tecnológicas prioritarias para el servicio y en la línea del desarrollo de Gobierno Electrónico. En la declaración de las iniciativas debe considerar a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de la(s) iniciativa(s) mediante una denominación clara que permita identificar la naturaleza del proyecto. ➤ La justificación de la(s) iniciativa(s), la(s) que debe incluir una descripción de los problemas y/o elementos que fundamentan la decisión del servicio de diseñar y planificar la solución. ➤ Identificar la(s) línea(s) de acción que aborda la(s) iniciativa(s), consideradas en el Plan de Gobierno Electrónico 2011 – 2014 (www.modernizacion.cl) ➤ Identificación de los procesos de provisión y/o de soporte a mejorar. ➤ Áreas y actores principales que se verán afectados por la(s) iniciativa(s) ➤ Usuarios/Beneficiarios principales de la iniciativa. ➤ Tipo(s) de iniciativa(s); que permita categorizar el(los) proyecto(s) de acuerdo a la naturaleza de este(os), por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Involucra proceso (s) de provisión del servicio. ○ Involucra proceso (s) de soporte del servicio. ○ Interoperabilidad con otros servicios. ○ El producto final es trámite on-line. ○ Sitio Web. ○ Otra categoría o tipo de proyecto no tipificado anteriormente. ☐ Identificar registros de información relevantes para la publicación de datos abiertos considerando, al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La identificación de registros de información estadística, de inventario, operativa, encuestas u otros en poder del servicio que sean susceptibles de publicación por solicitud de acceso a la información y que estén vinculadas con los productos estratégicos de la institución. ➤ La identificación de registros de información de datos personales que deban estar inscritos en el registro de datos personales. ➤ Identificar la necesidad de intercambiar información con otro servicio del Estado, considerando a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de intercambio (oferta o demanda). ➤ Canal o Medio (papel o electrónico). ➤ Frecuencia mensual. ➤ Cantidad (incluyendo unidad de medida).

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
proyectos de mejoramiento con uso de la TIC para su validación técnica, y los registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.	

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>3. La institución, de acuerdo al presupuesto asignado, elabora el Plan de Mejoramiento con uso de Tecnologías de Información y Comunicación, y un Programa de Trabajo anual aprobado por el Jefe Superior de Servicio y validado por la Red de Expertos, que incluye todos los proyectos TI a trabajar durante el año, para la implementación del Plan aprobado, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>4. La institución define los indicadores de desempeño para evaluar los resultados de los proyectos priorizados según el Plan de mejoramiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) e incorporados en el Programa de Trabajo aprobado por el Jefe de Servicio, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p>	<p>☐ La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico y a la declaración de las iniciativas tecnológicas prioritarias para el servicio, el Plan de Mejoramiento de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) el cual considera actividades de ejecución y evaluación de lo(s) proyecto(s) comprometido(s), del cual además desprenderá el Programa de Trabajo Anual correspondiente, presentando este último en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos (pmgmei.modernización.cl) el que deberá incluir, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimación de costo total de cada uno de lo(s) proyecto(s). ➤ Objetivo General y Específicos de cada proyecto. ➤ Indicadores de desempeño para medir efectividad de cada proyecto, ahorro de tiempo (horas) y costo (recursos monetarios) tanto para usuarios/beneficiarios como para el servicio. ➤ Tiempo estimado de implementación de cada proyecto. ➤ Cronograma de actividades basado en hitos. ➤ Descripción de la alternativa tecnológica propuesta. ➤ Descripción de principales riesgos y formas de mitigación.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>5. La institución implementa el Programa de Trabajo definido en la etapa anterior y registra los resultados de la implementación en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, considerando al menos los hitos desarrollados, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual. Para ello, registra, al menos de manera trimestral en el Sistema de Registro y Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos, los resultados de la implementación de los proyectos incluidos en el Programa de Trabajo Anual, considerando, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El programa completo de monitoreo y control de cada proyecto comprometido, establecido en la etapa anterior. ➤ Las dificultades y holguras encontradas en la implementación de las actividades, atribuibles a factores externos e internos. ➤ Justificaciones de eventuales modificaciones a lo programado originalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos. ➤ Presupuesto ejecutado.

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>6. La institución evalúa los resultados de cada proyecto concluido del programa de trabajo del año anterior, considerando la medición de los indicadores de desempeño, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>7. La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios y a sus funcionarios los beneficios de cada proyecto concluido del programa de trabajo, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>8. La institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto durante su implementación, y lo registra en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos.</p> <p>9. La institución deberá al menos mantener el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p>☐ La institución evalúa los resultados de la operación de cada proyecto de mejoramiento con uso de TIC, registrando sus resultados al menos de manera trimestral, en el Sistema de Control de Gestión de Proyectos TI dispuesto por la Red de Expertos. Dicha evaluación el servicio la realiza indicando, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de cada uno de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ Fundamentación y análisis de los resultados de los indicadores y el cumplimiento de las metas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre 95% a 105%, cumplida. ○ Menor a 95%, no cumplida. ○ Mayor a 105%, sobre cumplida. <p>☐ La institución difunde a los clientes/usuarios/beneficiarios, cuando corresponda, y a sus funcionarios, sobre el mejoramiento desarrollado en la provisión de sus productos estratégicos (bienes y/o servicios), sus procesos transversales y registros de información con uso de TIC, considerando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Público objetivo a quien están dirigidos los proyectos implementados. ➤ Mensaje central que debe ser conocido por el público objetivo. ➤ Canales de comunicación escogidos para difundir el mensaje. ➤ Fecha de ejecución de las actividades consideradas para la difusión. <p>☐ La Institución evalúa los procesos vinculados a la administración y/o gestión de cada proyecto y elabora un reporte ejecutivo considerando para el análisis, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presupuesto ejecutado versus el programado. ➤ Plazos efectivos versus plazos planificados. ➤ Producto final versus producto esperado. ➤ Medidas correctivas versus preventivas ejecutadas.

7. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ÁMBITO DE GESTIÓN	CALIDAD DE ATENCIÓN A USUARIOS
ÁREA PRIORITARIA	SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución, en conjunto con las áreas que la componen, realiza un Diagnóstico de la situación de seguridad de la información institucional, e identifica en éste los activos de información que dan sustento a una selección de sus procesos de provisión, estableciendo los controles necesarios para mitigar riesgos que puedan afectar a los activos de información críticos, considerando para esto todos aquellos dominios de seguridad de la información que establece el DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, determinando el nivel en que la institución se encuentra respecto de: Políticas de Seguridad, Seguridad Organizacional, Clasificación, Control y Etiquetado de Bienes, Seguridad Física y del Ambiente, Seguridad del Personal, Gestión de la Operaciones y de las Comunicaciones, Control de Acceso, Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas, Gestión de Incidentes en la Seguridad de la Información, Gestión de la Continuidad del Negocio y Cumplimiento.</p> <p>2. La institución compara los resultados del Diagnóstico con los controles establecidos en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009, y determina las brechas que deberán ser abordadas y cerradas a través de la implementación de un Plan de Seguridad de la Información Institucional.</p>	<p><input type="checkbox"/> La Institución realiza un diagnóstico del estado actual de la seguridad de la información para sus activos de información críticos – o lo actualiza (aumento del alcance y/o mejoras al diagnóstico), si corresponde - para lo cual deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar los activos de información para un conjunto seleccionado de procesos de provisión de productos estratégicos, de acuerdo al alcance definido, señalando su nivel de criticidad. Dicha selección deberá justificarse y presentarse a la Red de Expertos para su aprobación. ➢ Analizar los riesgos de seguridad de aquellos activos de información declarados con criticidad media y alta. <p><input type="checkbox"/> Para aquellos activos de información con criticidad media y alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identifica los controles (requisitos normativos Norma ISO NCH 27001 y del DS 83 o buenas prácticas) ya cumplidos (o abordados) por dominio de seguridad¹⁰, para mitigar riesgos. ➢ Identifica los controles o requisitos normativos de los dominios de seguridad, que falta implementar para mitigar los riesgos.

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

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>3. La institución establece su Política de Seguridad de la Información debidamente formalizada por el Jefe Superior del Servicio.</p> <p>4. La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Plan General de Seguridad de la Información Institucional, para el año en curso y siguientes, de acuerdo a los resultados del diagnóstico y las brechas detectadas, que comprenda, al menos, la coordinación de todas las unidades de la institución vinculadas a los aspectos de seguridad de la información, a través del nombramiento de responsables de la implementación del Plan, y el establecimiento de los controles para cumplir los requisitos del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009.</p> <p>5. La institución, en el marco de la Política de Seguridad de la Información establecida, elabora un Programa de Trabajo Anual para implementar el Plan de Seguridad de la Información definido, señalando al menos, los principales hitos de su ejecución y un cronograma que identifique actividades, plazos y responsables, indicadores de desempeño y lo difunde al resto de la organización, asegurándose que es conocido y comprendido por todos los funcionarios del servicio.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución establece una "Política General de Seguridad de la información", aprobada por el Jefe Superior del Servicio a través de una resolución que contenga, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una definición de seguridad de los activos de información, sus objetivos globales, alcance e importancia. ➤ Los medios de difusión de sus contenidos al interior de la organización. ➤ La periodicidad de su reevaluación (que debe ser cada 3 años como máximo) y revisión de cumplimiento. ➤ El nombramiento del Encargado de Seguridad de la Información, mediante resolución. ➤ La constitución del Comité de Seguridad de la Información. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Diagnóstico, el Plan General de Seguridad de la Información para el año en curso y siguientes, aprobado por el Jefe Superior del Servicio, el que debe considerar al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El conjunto de acciones de mitigación de los riesgos de los activos con criticidades medias y altas. ➤ Formular los indicadores de desempeño que permitan medir los resultados de las acciones tomadas. ➤ La identificación de los responsables de la implementación del Plan. <p><input type="checkbox"/> La institución elabora, de acuerdo al Plan General de Seguridad de la Información, un Programa de Trabajo Anual que incluye, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los principales hitos y actividades. ➤ Plazos y responsables por hito. ➤ Acciones concretas destinadas a la difusión / sensibilización / capacitación de los funcionarios.

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>6. La institución implementa el Programa de Trabajo Anual definido en la etapa anterior, de acuerdo a lo establecido en el Plan General de Seguridad de la Información, registrando y controlando los resultados de las actividades desarrolladas, las dificultades y holguras encontradas y las modificaciones realizadas respecto a lo programado.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución implementa el Programa de Trabajo Anual, registrando y controlando, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La ejecución de los hitos o actividades comprometidas. ➤ Los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos. ➤ La medición del porcentaje de avance en la implementación de los controles de seguridad (o requisitos normativos) en los dominios de seguridad.

ETAPA IV – OBJETIVOS	NUEVA PROPUESTA REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>7. La institución evalúa y difunde los resultados de la implementación del Plan General de Seguridad de la Información Institucional y el Programa de Trabajo Anual, considerando el porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad del DS 83 y la NCh-ISO 27001-2009 logrado, respecto de las brechas detectadas en el diagnóstico, y formula recomendaciones de mejora.</p> <p>8. La institución diseña un Programa de Seguimiento a partir de las recomendaciones formuladas en la evaluación de los resultados de la ejecución del Plan General de Seguridad de la Información y Programa de Trabajo Anual, señalando los compromisos, plazos y responsables, que permitan superar las causas que originaron las brechas aún existentes y las debilidades detectadas de aquellas priorizadas.</p> <p>9. La institución, en conjunto con las áreas que la componen, implementa los compromisos establecidos en el Programa de Seguimiento definido.</p> <p>10. La institución mantiene el grado de desarrollo del sistema de acuerdo a cada una de las etapas tipificadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> La institución, a través de su Comité de Seguridad, evalúa los resultados de la implementación del Plan General de SI, y Programa de Trabajo Anual considerando, al menos, los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión, por parte del Comité de Seguridad de la Información (CSI), del porcentaje de cumplimiento en los dominios de seguridad abordados. ➤ Revisión de los resultados de las actividades desarrolladas y la efectividad en la mitigación de riesgos. ➤ Revisión de los resultados de los indicadores de desempeño del Sistema. ➤ Identificación de riesgos persistentes y otras debilidades, y su análisis de causa. <p><input type="checkbox"/> La institución difunde las medidas de seguridad implementadas a los funcionarios.</p> <p><input type="checkbox"/> La institución, en base a los resultados analizados, diseña un Programa de Seguimiento que incluya, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recomendaciones y medidas de mejoramiento identificadas en la evaluación. ➤ Plazos y responsables. ➤ La Ejecución de auditorías regulares a la operación del sistema.

8. GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001)

ÁMBITO DE GESTIÓN	GESTIÓN DE LA CALIDAD
ÁREA PRIORITARIA	GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001)

Objetivo General

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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.</p>	<p>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:</p> <p>1.1.1. Identificación de los procesos que permiten a la institución cumplir con su Misión, considerando al menos:</p> <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. <p>1.1.2. Identificación de la aplicación regional de los procesos/ subprocesos anteriormente identificados, si corresponde.</p> <p>1.1.3. Determinación de la secuencia e interacción de los procesos considerando la siguiente clasificación:</p> <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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>humanos, gestión de tecnologías de información, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos de mejora continua o de medición, en donde se incluyen los procesos que permiten realizar el seguimiento y evaluar el grado de cumplimiento de los resultados planificados y determinar las acciones necesarias para mejorar el desempeño de la institución. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las necesidades de adecuación de los procedimientos/ documentos existentes. • Consistencia de los elementos que componen el SGC actual (Política de Calidad, objetivos, estructura organizacional, entre otros) y la relación de éste con las definiciones estratégicas de la Institución. • Duplicidades o complementariedades de funciones o procesos por efecto de la implementación del SGC y otros sistemas de gestión de la institución. • Necesidades de recursos tecnológicos, humanos, financieros, espacios de trabajo, si corresponde para lograr la certificación a nivel institucional del sistema de gestión de la calidad, considerando la optimización de los recursos.
<p>2. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008 señalando los fundamentos para aquellos que no incorporará a la certificación ISO 9001:2008.</p>	<p>2.1. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe:</p> <p>2.1.1. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos/ Beneficios de la implementación. • Relevancia del proceso para la Alta Dirección. • Relación con Definiciones Estratégicas y Programa de Gobierno. • Efectos en los clientes/usuarios/beneficiarios. <p>2.1.2. Analizar la conveniencia de implementar el sistema de gestión de la calidad considerando las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios en conjunto

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>con procesos de gestión estratégica y de soporte institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional. • Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. <p>2.1.3. Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.</p>
<p>3. La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización identificados como necesarios y factibles de certificar.</p>	<p>3.1. 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.</p> <p>3.2. El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente:</p> <p>3.2.1. Objetivos Generales.</p> <p>3.2.2. Procesos de la organización necesaria y factible de certificar cada año y por regiones, justificando aquellos procesos que se postergará su incorporación al sistema de gestión de la calidad, posterior a 2014.</p> <p>3.2.3. 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.</p> <p>3.2.4. Programa de auditorías internas y de tercera parte al sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Nota: En caso que el servicio defina comenzar la implementación del sistema de gestión de la calidad por procesos estratégicos y/o soporte institucional, deberá programar la certificación del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.</p>
<p>4. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del sistema de gestión de la calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal para el primer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<p>4.1. La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos:</p> <p>4.1.1. 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.</p> <p>4.1.2. Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables.</p> <p>4.2. 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>4.2.1. Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los</p>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>objetivos de la calidad.</p> <p>4.2.2. Análisis de procesos con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de éstos.</p> <p>4.2.3. 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>4.2.4. Elaboración o actualización del Manual de la Calidad.</p> <p>4.2.5. 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>4.2.6. Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>4.2.7. Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>4.2.8. Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p>
<p>5. La alta dirección revisa el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, definiendo acciones de mejora del sistema y sus procesos.</p>	<p>5.1. 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>5.1.1. Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>5.1.2. Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>5.1.3. Integración institucional del sistema de gestión de la calidad, tomando acciones para minimizar o eliminar duplicidades, potenciando complementariedades con otros sistemas de gestión de la institución.</p> <p>5.1.4. Planificación de la mejora del desempeño de la Institución.</p> <p>5.2. Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>6. La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p>	<p>6.1. La institución actualiza el Diagnóstico y plan trienal si corresponde para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1. Análisis de resultados de la implementación del primer año. 6.1.2. Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación. 6.1.3. 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. 6.1.4. Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección 6.1.5. Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde
<p>7. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el segundo año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<p>7.1. La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal actualizado si corresponde y los recursos disponibles, señalando al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1.1. 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. 7.1.2. Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. <p>7.2. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.2.1. 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. 7.2.2. Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos. 7.2.3. 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. 7.2.4. Actualización del Manual de la Calidad. 7.2.5. 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. 7.2.6. Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. 7.2.7. Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	7.2.8. Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
<p>8. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas; iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>8.1. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del segundo año de implementación, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos:</p> <p>8.1.1. Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución.</p> <p>8.1.2. Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios.</p> <p>8.1.3. 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>8.1.4. 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>8.2. Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>9. La institución certifica bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el primer año de acuerdo al programa de trabajo anual de la etapa anterior.</p>	<p>9.1. 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>9.1.1. 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>9.1.2. 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>

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>10. La Institución actualiza el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.</p>	<p>10.1. La institución actualiza el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.1.1. Análisis de resultados de la implementación del segundo año. 10.1.2. Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el tercer año de la implementación. 10.1.3. 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. 10.1.4. Incorporación de las modificaciones en la revisión por la Dirección y/o plan trienal.
<p>11. La institución elabora e implementa un programa de trabajo anual para la preparación de la certificación ISO 9001: 2008 del Sistema de Gestión de la Calidad, que incluya los procesos de la organización establecidos en el plan trienal actualizado para el tercer año, considerando al menos: i) elaboración/modificación de Manual de la Calidad, procedimientos y/o documentos de apoyo de los procesos; ii) ejecución de las auditorías internas de calidad; y iii) implementación de las acciones correctivas y/o preventivas.</p>	<p>11.1. 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>11.2. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo lo señalado en 7.2.1 al 7.2.8 para el tercer año de implementación.</p>
<p>12. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas; iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>12.1. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del tercer año de implementación, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos lo señalado en 8.1.1 al 8.1.4.</p> <p>12.2. Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>13. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>	<p>13.1. La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 los procesos de la organización implementados durante el segundo año definidos en plan trienal, considerando lo señalado en 9.1.1 y 9.1.2.</p>

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>14. La institución realiza el proceso de revisión por la Dirección para asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, previo a la auditoría de certificación/ampliación de alcance, analizando al menos: i) Resultados de auditorías de la calidad; ii) Información de cumplimiento de los requerimientos del cliente del sistema; iii) Ejecución de las acciones correctivas y preventivas, iv) Realización de las acciones de seguimiento por parte de la Dirección para la adecuada operación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.</p>	<p>14.1. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos lo señalado en 8.1.1 al 8.1.4.</p> <p>14.2. Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>
<p>15. La institución realiza auditorías de ampliación de alcance y mantención del sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 incluyendo todos los procesos de la organización establecidos en el plan trienal.</p>	<p>15.3. 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>

9. GESTIÓN DE EXCELENCIA

ÁMBITO DE GESTIÓN	GESTIÓN DE LA CALIDAD
ÁREA PRIORITARIA	GESTIÓN DE EXCELENCIA

Objetivo General

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

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución constituye y dispone formalmente el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia; y realiza un Diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, e identifica sus brechas contrastado con los requerimientos del modelo.</p>	<p>1.1. La institución constituye y dispone el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia, para lo cual:</p> <p>1.1.1. Formaliza su constitución y funcionamiento, considerando entre sus miembros al menos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Representante de la Dirección (miembro de la alta dirección del Servicio). ○ Representantes de los Centros de Responsabilidad. ○ Un coordinador nombrado de entre los miembros ya definidos, o un miembro adicional si así lo requiere. <p>1.1.2. Define y comunica a la organización sus responsabilidades, considerando entre ellas al menos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Asesorar al Jefe de Servicio en las decisiones de implementación y desarrollo del modelo, mantenerlo informado de su avance y asumir el rol de contraparte técnica con la Dirección de Presupuestos. ○ Dirigir el diagnóstico (autoevaluación), planificar y monitorear la implementación del modelo, determinando los mecanismos de coordinación, control y revisión periódica necesarios para cumplir los objetivos y metas. ○ Asegurar la participación del personal del servicio en los objetivos y procesos de la implementación del modelo, determinando los mecanismos de información, inducción, capacitación y formación de grupos de trabajo que sean necesarios para tal finalidad. <p>1.1.3. La institución realiza el diagnóstico (informe de autoevaluación) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia¹, para lo cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiza los equipos de trabajo para evaluar cada uno de los subcriterios del modelo. <p>1.1.4. Elabora un documento (informe de autoevaluación que debe contener al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Una presentación detallada sobre la visión general de la organización y sus prácticas de gestión, en referencia a

ETAPA I – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>los ocho criterios de evaluación del Modelo de Gestión de Excelencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Identifica las brechas² de sus procesos y resultados contrastado con los requerimientos del modelo, y establece aquellos que requieren ser mejorados. <p>¹ Modelo de Excelencia: Los principios del modelo se basan en 1) Liderazgo y Compromiso del a Administración Superior, 2)Gestión Orientada hacia la satisfacción de Clientes, 3)Apreciación de las personas como el principal factor estratégico, 4)Planificación Estratégica, 5)Procesos, 6) Información y Conocimiento, 7) Responsabilidad social, y 8) Resultados.</p> <p>² Se entenderá por identificación de Brechas a aquellas oportunidades de mejora identificadas respecto del subcriterio o requerimiento analizado.</p>
<p>2. La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones a todo el personal.</p>	<p>2.1. La institución aprueba el diagnóstico y lo somete a verificación externa, para lo cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1. Remite el informe de autoevaluación a la Red de expertos (Dirección de Presupuestos, Dipres), para su análisis y verificación. Ello con la finalidad de obtener retroalimentación de fortalezas y áreas de mejora más relevantes que presenta la gestión actual del Servicio con relación a los criterios del Modelo de Gestión de Excelencia y los rangos de puntaje iniciales obtenidos. 2.1.2. La institución revisa el informe de retroalimentación de la Red de Expertos, contrastando las fortalezas y áreas de mejora identificada con el análisis de brechas realizado por el servicio, para la aprobación del Informe. 2.1.3. Una vez aprobado el Informe por parte de la Alta Dirección del Servicio diagnóstico los resultados y conclusiones de diagnóstico (o autoevaluación) se difunden a todo el personal.

ETAPA II – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>3. La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida, define los temas prioritarios que abordará para conducir al Servicio a mejorar su desempeño en el marco del Modelo de Gestión de Excelencia.</p>	<p>3.1. La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida:</p> <p>3.1.1 define los temas prioritarios que abordará por cada uno de los criterios del modelo</p> <p>3.1.2 Establece los plazos en los que serán abordados los temas prioritarios seleccionados</p> <p>3.1.3 define el nivel de excelencia a alcanzar (puntaje del modelo de gestión de excelencia).</p>
<p>4. La institución en base a los temas priorizados por la instancia institucional estratégica definida elabora un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, acciones, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos y un programa anual. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr, la proyección de aumento de puntajes y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio. Posteriormente difunde el plan de mejora y el programa de trabajo anual a todo el personal e inicia su implementación.</p>	<p>4.1. La institución, en base a los temas prioritarios seleccionados, elabora a través de su instancia institucional estratégica definida y mediante un proceso participativo, un plan de mejora de procesos y resultados que incluya al menos:</p> <p>4.1.1 Objetivos generales,</p> <p>4.1.2 acciones previstas dentro de las cuales se incluyen las acciones de mejora inmediatas³ y las oportunidades de mejora ⁴ identificadas,</p> <p>4.1.3 responsables de ejecución,</p> <p>4.1.4 los recursos necesarios,</p> <p>4.1.5 plazos para su cumplimiento e</p> <p>4.1.6 indicadores y metas para el seguimiento permanente.</p> <p>Nota 3: Acciones de Mejora Inmediata (AMI): son aquellas que no ameritan un proceso de análisis exhaustivo ni una programación detallada, se desprenden por la sola aplicación de la guía de autoevaluación, no necesitan recursos adicionales y pueden llevarse a cabo en el plazo inmediato. Estas acciones sólo requieren la determinación de realizarse. Ejemplo de ello son el registro de reuniones, levantamiento de actas, ordenamiento de archivos, etc.</p> <p>4.2. La institución inicia la implementación el plan de mejora de procesos y resultados institución inicia la implementación el plan de mejora de procesos y resultados incluyendo al menos:</p> <p>4.2.1. Ejecución de actividades de sensibilización y capacitación que permitan la implementación de oportunidades de mejora y Acciones de mejora inmediata.</p> <p>4.2.2. Aprobación de las principales oportunidades de mejora y puesta en marcha de su implementación.</p>

ETAPA III – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>5. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual. El Plan de mejoramiento es incorporando en la Planificación Estratégica anual de la institución.</p>	<p>5.1. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual:</p> <p>5.1.1 Implementa las actividades comprometidas en la Carta Gantt Anual del Programa de Trabajo y cumple las metas, de acuerdo a lo establecido en el plan de mejoras incluyendo las acciones de mejora inmediatas.</p>
<p>6. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida y en base a su sistema de seguimiento institucional, supervisa periódicamente la ejecución y avances del Plan de Mejoramiento y programa de trabajo anual, realiza seguimiento a los indicadores de desempeño definidos y sus metas, tomando las medidas correctivas que sean pertinentes y verificando su cumplimiento.</p>	<p>6.1. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida y en base a su sistema de seguimiento institucional, supervisa periódicamente la ejecución del programa de trabajo anual, incluyendo informes periódicos sobre:</p> <p>6.1.1 El avance de su Carta Gantt Anual</p> <p>6.1.2 Las medidas de acción inmediata de la línea base, en caso que proceda.</p> <p>6.1.3 Los compromisos de metas relevantes de cada grupo de trabajo (indicadores de desempeño).</p> <p>6.1.4 Las medidas correctivas necesarias cuando el programa de trabajo presenta alguna dificultad en el cumplimiento de sus metas.</p>

ETAPA IV – OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>7. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados, utilizando la metodología del Modelo de Gestión de Excelencia, la compara con los resultados obtenidos en la autoevaluación inicial e identifica el nivel de excelencia logrado.</p>	<p>7.1. La institución, a través de la instancia institucional estratégica definida, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados y compara los resultados con el informe de diagnóstico y establece el nuevo puntaje.</p> <p>7.2. La institución remite la autoevaluación a la Red de Expertos</p>
<p>La institución verifica el nivel de calidad logrado por un ente externo.</p>	<p>8.1 La institución el nivel de calidad logrado por un ente externo y/o Red de Expertos del PMG., para ello facilita la colaboración del personal de la institución que corresponda o que sea requerido por los evaluadores externos y proporciona la documentación de verificación que se le solicite.</p>
<p>8. La institución aprueba la autoevaluación, verificado por un ente externo, y comunica los resultados y conclusiones a todo el personal.</p>	<p>9.1 La institución aprueba la autoevaluación, verificado por un ente externo, y difunde los resultados a través de su comité de calidad a todo el personal, informando el nivel de calidad obtenido a la organización, señalando los procesos y resultados mejorados, aquellos mantenidos y las brechas aún existentes entre la autoevaluación y el modelo de Gestión de Excelencia.</p>
<p>9. La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.</p>	<p>10.1 La institución, elabora o actualiza en base a los resultados de la autoevaluación, su plan de mejoras y lo valida a través de la Red de Expertos, Elabora su programa de trabajo anual, siguiendo el mismo procedimiento descrito en las etapas anteriores para mantener el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.</p>