

**DOCUMENTO REQUISITOS TÉCNICOS Y MEDIOS DE VERIFICACION
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN AÑO 2012
PROGRAMA MARCO DE LA CALIDAD**

**VERSIÓN 2.0
MAYO DE 2012**

Control de Cambios del documento respecto a la versión 1

Modificación	Página
Se agrega: Sistema de Gestión de Excelencia	14
Se agrega: Sistema de Acreditación de la Calidad	19

Tabla de contenido

N°	SISTEMA	PAG.
1.	Sistema de Gestión de la Calidad	4
2.	Sistema de Gestión de Excelencia	14
3.	Sistema de Acreditación de la Calidad	19

Sistema de Gestión de la Calidad

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

SISTEMA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 provision 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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>recursos 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

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 con procesos de gestión estratégica y de soporte institucional. • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional. • Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. • Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. <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</p>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.
<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:</p> <p>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 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>

ETAPA I - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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> <ul style="list-style-type: none"> 5.1.1. Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. 5.1.2. Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. 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. 5.1.4. Planificación de la mejora del desempeño de la Institución. <p>5.2. Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.</p>

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 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"> 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. Incorporación de las modificaciones en el diagnóstico y/o 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>7.1. La institución elabora un programa de trabajo para el segundo año, a partir del plan trienal 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

ETAPA II - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>verificar el grado de eficacia en la implementación del sistema de gestión de la calidad y cumplimiento de sus requisitos.</p> <p>7.2.6. Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora.</p> <p>7.2.7. Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas.</p> <p>7.2.8. Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.</p>
<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>

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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 Diagnóstico y el plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:</p> <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 el diagnóstico y/o plan trienal, si corresponde.
<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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<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>

ETAPA III - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
adecuada operación del sistema de gestión de la calidad Institucional.	
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.	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 señalando en 9.1.1 y 9.1.2.

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA IV - OBJETIVOS	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>15.1. 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>

Sistema de Gestión de Excelencia

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

SISTEMA: GESTION DE EXCELENCIA

ETAPA I – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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> <ul style="list-style-type: none">1.1.1. Formaliza su constitución y funcionamiento, considerando entre sus miembros al menos a:<ul style="list-style-type: none">○ Representante de la Dirección (miembro de la alta dirección del Servicio).○ Representantes de los Centros de Responsabilidad.○ Un secretario ejecutivo nombrado de entre los miembros ya definidos, o un miembro adicional si así lo requiere.1.1.2. Define y comunica a la organización sus responsabilidades, considerando entre ellas al menos las siguientes:<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.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:<ul style="list-style-type: none">○ Organiza los equipos de trabajo para evaluar cada uno de los subcriterios del modelo.1.1.4. Elabora un documento (informe de autoevaluación que debe contener al menos:<ul style="list-style-type: none">○ Una presentación detallada sobre la visión general de la organización y sus prácticas de gestión, en referencia a los ocho criterios de evaluación del Modelo de Gestión de

ETAPA I – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>Excelencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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.

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: SISTEMA GESTIÓN DE EXCELENCIA

ETAPA II – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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.</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 mejora⁴ 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>

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: SISTEMA DE GESTIÓN DE EXCELENCIA

ETAPA III – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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>

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: SISTEMA DE GESTIÓN DE EXCELENCIA

ETAPA IV – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<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. 7.2. La institución remite la autoevaluación a la Red de Expertos</p>
<p>8. La institución acredita el nivel de calidad logrado por un ente externo.</p>	<p>8.1 La institución acredita el nivel de calidad logrado por un ente externo. Para ello somete la autoevaluación verificada por la Red de Expertos a evaluación externa, 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>9. 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>10. 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>

Sistema de Acreditación de la Calidad

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD

SISTEMA: ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA I – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>1. La institución constituye y dispone el funcionamiento del Comité de Calidad, integrado al menos por los tres jefes de división del gobierno regional, representante(s) del consejo regional, representante(s) de la asociación de funcionarios y un secretario ejecutivo.</p>	<p>1.1 La institución constituye y dispone el funcionamiento del Comité de Calidad, para lo cual:</p> <p>1.1.1 Formaliza su constitución y funcionamiento mediante resolución del jefe de servicio, considerando entre sus miembros al menos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los tres jefes de división del gobierno regional ○ Representante(s) del Consejo Regional, ○ Representante(s) de la Asociación de Funcionarios ○ Un secretario ejecutivo nombrado de entre los jefes de división del servicio administrativo del gobierno regional <p>1.1.2 Se asegura de que las responsabilidades y autoridad del Comité de Calidad estén definidas y sean comunicadas dentro de la organización. Dentro de las responsabilidades y autoridad que debe tener el Comité se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informar al Jefe de Servicio sobre el desempeño del sistema de calidad. ○ Asegurar la realización del autodiagnóstico o autoevaluación y la implementación del plan de mejoras y de establecer, implementar, mantener y evaluar los procesos necesarios para el sistema de calidad ○ Asegurar que se comunica el Comité, su funcionamiento y los objetivos del sistema de calidad en todos los niveles de la organización.
<p>2. La institución capacita al personal necesario para realizar el autodiagnóstico o autoevaluación.</p>	<p>2.1 La institución debe determinar las competencias necesarias para el personal que realizará el autodiagnóstico o autoevaluación, para ello el Comité de Calidad, cuando sea aplicable y con los recursos disponibles, capacita al personal para alcanzar las competencias necesarias para implementar el modelo de acreditación.</p>
<p>3. La institución, a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo que convoque a los directivos, funcionarios y equipos de trabajo que correspondan, realiza un Diagnóstico (autoevaluación definida en el Sistema) de sus procesos y</p>	<p>3.1 La institución, liderada por el comité de calidad, realiza el autodiagnóstico o autoevaluación, considerando el Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales, para lo cual:</p> <p>3.1.1 Planifica la realización del autodiagnóstico y organiza los equipos de trabajo necesarios.</p>

ETAPA I – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>resultados de gestión, utilizando la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales, mide el nivel de calidad de sus procesos y resultados e identifica sus brechas en relación al modelo de gestión.</p>	<p>3.1.2 Mide el nivel de calidad de los procesos y resultados de la organización, calculando el puntaje que le corresponde según la calidad de sus procesos y resultados de acuerdo a la métrica del Sistema.</p> <p>3.1.3 Incorpora la evidencia que corresponda para fundamentar su autodiagnóstico y el puntaje calculado.</p> <p>3.1.4 Identifica las brechas de sus procesos y resultados en relación al modelo de gestión del sistema, y establece aquellos que requieren ser mejorados.</p>
<p>4. La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones de su diagnóstico (o autoevaluación) a todo el personal</p>	<p>4.1 La institución, a través de su comité de calidad, aprueba el autodiagnóstico y lo somete a validación externa, para lo cual:</p> <p>4.1.1 Remite el autodiagnóstico o autoevaluación a la SUBDERE, y programa la validación externa</p> <p>4.1.2 Una vez efectuada la validación externa del autodiagnóstico y entregado los resultados de la misma por parte de SUBDERE, el servicio a través de su comité de calidad difunde los resultados y conclusiones de su diagnóstico (o autoevaluación) a todo el personal</p>

ETAPA II – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>5. La institución, a través de su comité de calidad, establece un conjunto de medidas de acción inmediata, en caso de no obtener puntos en su diagnóstico en alguno de los elementos de gestión que constituyen la línea base del sistema.</p>	<p>5.1 La institución, a través de su comité de calidad, establece un conjunto de medidas de acción inmediata, en el programa de trabajo anual, para obtener al menos un punto en los elementos de gestión de la línea base del sistema considerando los siguientes criterios:</p> <p>5.1.1 Criterio 1 Liderazgo, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos de gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.1 Liderazgo Interno de la Alta Dirección: elementos a, c, f; ○ 1.2 Liderazgo Regional: elemento a; ○ 1.3 Gestión de la Transparencia: elemento a; <p>5.1.2 Criterio 2 Ciudadanía, Socios y Colaboradores: No aplica.</p> <p>5.1.3 Criterio 3 Personas, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3.1 Gestión del personal: elemento a; ○ 3.2 Desempeño, compensación y reconocimiento: elementos a, b; ○ 3.3 Capacitación y desarrollo: elementos a, b, c, d; ○ 3.5 Calidad de vida y prevención de riesgos en el trabajo: elementos c, d. <p>5.1.4 Criterio 4 Gestión de la Planificación Estratégica Regional, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4.1. Formulación/ Actualización, Aprobación y Seguimiento de la Estrategia Regional de Desarrollo: elemento a; ○ 4.4. Gestión de la información regional: elemento a; <p>5.1.5 Criterio 5 Gestión de Inversiones y Desarrollo Regional y Territorial, incluyendo el siguiente subcriterio y elementos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 5.1. Gestión de Inversiones: elementos a, e, f <p>5.1.6 Criterio 6 Gestión de Recursos, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 6.1. Administración, soporte y asesoría en Tecnologías de Información: elemento a; ○ 6.2. Gestión Financiera-Contable: elementos a, b, c, d; ○ 6.4. Gestión de Proveedores y asociados: elemento b <p>5.1.7 Criterio 7 Planificación institucional,</p>

ETAPA II – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>información y conocimiento, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7.1. Planificación del desarrollo institucional: elemento a, c, f; ○ 7.2. Evaluación de la Gestión de la Organización: elementos a, d, f, g: <p>5.1.8 Criterio 8 Resultados, incluyendo el siguiente subcriterio y elemento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 8.2. Resultados de desempeño financiero y de impacto: elemento a. <p>Nota: el detalle de los elementos de gestión señalados precedentemente se especifican en anexo adjunto al final del texto.</p>
<p>6. La institución, en base al diagnóstico aprobado, elabora a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, actividades, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos para mejorar la calidad de sus procesos de gestión y resultados para obtener los niveles de Calidad, o Calidad Avanzada o de Excelencia. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<p>6.1 La institución, en base al diagnóstico (autoevaluación), elabora a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, un plan (1 año o más) de mejora de procesos y resultados que contenga al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1 Los objetivos, actividades, indicadores y sus metas y plazos 6.1.2 La estimación de recursos para mejorar la calidad de sus procesos de gestión y resultados para obtener, según corresponda, los niveles de Calidad, o Calidad Avanzada o de Excelencia. 6.1.3 El puntaje previsto a lograr al término de las actividades del plan. 6.1.4 La aprobación del Jefe de Servicio, en base a propuesta efectuada por el comité de calidad.
<p>7. La institución elabora el programa de trabajo anual, en base al plan de mejoras de procesos y resultados, incluyendo al menos: actividades, plazos, recursos y responsables. Posteriormente lo difunde a todo el personal.</p>	<p>7.1 La institución, a través del comité de calidad, elabora participativamente el programa de trabajo anual, en base al plan de mejoras aprobado , incluyendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1.1 Carta Gantt anual con la programación física y financiera de todas las metas del programa con plazos de ejecución y sus respectivos responsables, 7.1.2 Las metas relevantes del programa anual de cada equipo de trabajo. 7.1.3 El diseño de los proyectos de mejora que postulen a financiamiento del Programa de Apoyo a la Gestión Subnacional, 7.1.4 Las actividades de difusión incluyendo fechas y responsables 7.1.5 Las medidas inmediatas para obtener al menos un punto en los elementos de gestión de la línea base

ETAPA II – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p>7.1.6 La institución difunde el Plan y el Programa de Trabajo anual a todo el personal.</p> <p>7.1.7 Diseña un/os mecanismo/s de difusión que garantice/n el acceso y conocimiento permanente y actualizado al Plan y Programa de Trabajo al Jefe de Servicio, Consejo Regional, Equipo Directivo y Asociación de Funcionarios, incluyendo las responsabilidades de cada equipo de trabajo.</p> <p>7.1.8 Revisa periódicamente el funcionamiento y efectividad del/los mecanismos de difusión para mantener informado al Jefe de Servicio, Consejo Regional, Equipo Directivo y Asociación de Funcionarios.</p>

ETAPA III – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
<p>8. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual.</p>	<p>8.1 La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual, para lo cual:</p> <p>8.1.1 El Comité de Calidad actualiza el Programa de Trabajo Anual elaborando una Carta Gantt de todos los objetivos, actividades y proyectos a ejecutar durante el año, incluyendo los denominados proyectos transversales de ejecución regional. La Carta Gantt debe incluir la programación física y financiera (ejecución de los recursos que contribuyen a financiar el Programa de Trabajo Anual) de los productos, acordando con SUBDERE una meta global anual para ambas programaciones.</p> <p>8.1.2 Formaliza durante el primer semestre el compromiso de ejecución de su Programa de Trabajo anual y de su carta Gantt en un documento suscrito por el Comité de Calidad del Gobierno Regional y la SUBDERE, representada a través de su Departamento de Fortalecimiento Institucional y la Jefatura del Programa de Apoyo a la Gestión Subnacional.</p> <p>8.1.3 La institución, a través de su Comité de Calidad, mantiene informado al Consejo Regional del estado de avance y los resultados de su Plan de Mejoras, debiendo al menos dos veces al año (correspondiendo una en el primer semestre) informar al Plenario del Consejo Regional, a través de la solicitud de incorporación en tabla. Si el Consejo Regional eventualmente no llegara a incorporarlo en las sesiones del año, se debe remitir un informe por escrito al Consejo Regional con el estado de avance.</p>
<p>9. La institución, a través de su comité de calidad, supervisa periódicamente la ejecución del programa de trabajo anual, tomando las medidas correctivas que sean pertinentes y verificando su cumplimiento.</p>	<p>9.1 La institución, a través de su comité de calidad, supervisa la ejecución del programa de trabajo anual, para ello realiza al menos :</p> <p>9.1.1 Registro del avance físico y financiero de la Carta Gantt Anual, incluidos los proyectos financiados por el Programa AGES, en los mecanismos de monitoreo dispuestos por SUBDERE para este fin.</p> <p>9.1.2 Las medidas correctivas y/o paliativas necesarias cuando el programa de trabajo presenta alguna dificultad en el cumplimiento de sus metas, incluyendo entre estas medidas las acordadas con SUBDERE, cuando no se cumplan la programación física y/o financiera.</p>

ETAPA III – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
	<p data-bbox="743 205 1414 657">9.1.3 Un Informe de Verificación Anual, que considere: a) el avance físico y financiero de la Carta Gantt Anual de su Programa de Trabajo al 31 de diciembre del año en curso, incluyendo todas las actividades y proyectos comprometidos que cumplieron sus compromisos de ejecución físico y financiera y aquellos que no cumplieron, explicando la causa de aquellos no cumplidos, b) un balance del cumplimiento de las medidas correctivas, sugeridas en los informes de seguimiento por su Comité de Calidad o por SUBDERE; c) una síntesis de los logros anuales alcanzados con la ejecución de su programa de trabajo.</p> <p data-bbox="743 659 1414 779">9.1.4 La institución cumple con al menos el 90% de la ejecución acordada con SUBDERE del programa anual de trabajo, incluyendo metas de ejecución física y financiera.</p>

ÁREA: GESTIÓN DE LA CALIDAD
 SISTEMA: ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD

ETAPA IV – OBJETIVOS 2012	REQUISITOS TÉCNICOS 2012
10. La institución evalúa la implementación del programa de trabajo.	10.1 La institución evalúa la implementación del programa anual de trabajo conforme a lo dispuesto en el plan de mejoras.
11. La institución, a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, elabora el autodiagnóstico o autoevaluación de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales e identifica el nivel de calidad logrado.	11.1 La institución obtiene en la medición del nivel de calidad de sus procesos y resultados una mejora en sus procesos y resultados, que verifica mediante alguno de los siguientes medios: 11.1.1 Registra un puntaje mayor al obtenido en la primera autoevaluación validada anteriormente y no tiene cero puntos en ningún elemento de gestión de la línea base; 11.1.2 El puntaje obtenido en la autoevaluación es equivalente al exigido por el sistema para acreditar alguno de sus niveles de gestión.
12. La Institución diseña un Plan de Mejoras que le permita avanzar en el Sistema de Mejora Continua e Incentivos.	12.1 El Comité de Calidad en un proceso participativo y teniendo en cuenta el puntaje alcanzado en la última autoevaluación realizada, elabora un plan de mejoras que permita a la Institución reducir las brechas hacia una gestión de excelencia. 12.2 El plan es validado externamente.
13. La institución acredita el nivel de calidad logrado por un ente externo.	13.1 La institución remite el último autodiagnóstico o autoevaluación a la SUBDERE, con el puntaje necesario para acreditar algún nivel de calidad y programa la validación externa.
14. La institución, a través de su Comité de Calidad, comunica los resultados a todo el personal.	14.1 La institución, una vez efectuada la validación externa del autodiagnóstico o autoevaluación y entregado los resultados de la misma por parte de SUBDERE, difunde los resultados a través de su comité de calidad a todo el personal.
15. La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia.	15.1 La institución, elabora o actualiza en base a los resultados del último autodiagnóstico o autoevaluación, su plan de mejoras y lo valida a través de un agente externo, a continuación elabora su programa de trabajo anual para el siguiente período, 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

Anexo. Elementos de Gestión incorporados como línea Base del Sistema de Acreditación de la Calidad.

Criterio 1 Liderazgo, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos de gestión:

o1.1 Liderazgo Interno de la Alta Dirección: elementos a, c, f;

a. ¿Cómo el Equipo Directivo establece/actualiza y comunica la misión, visión y valores a la organización?

c. ¿Cómo el Equipo Directivo desarrolla e implementa un sistema para gestionar la organización, establece las metas, comunicarlas y medir el desempeño?

f. ¿Cómo el Equipo Directivo evalúa los aspectos clave del desempeño de la organización?. ¿Cómo utiliza estos resultados y la retroalimentación del personal, para mejorar la efectividad de su propio liderazgo y de la gestión en general?

o1.2 Liderazgo Regional: elemento a;

a. ¿Cómo se definen las orientaciones estratégicas para el desarrollo regional?

o1.3. Gestión de la Transparencia: elemento a;

a. ¿Cómo se diseñan políticas internas, prácticas recurrentes o estándares de gestión en relación a la transparencia en la gestión del GORE o a la rendición de cuentas?.

Criterio 2 Ciudadanía, Socios y Colaboradores: No aplica.

Criterio 3 Personas, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:

o3.1 Gestión del personal: elemento a;

a. ¿Cómo se identifican las competencias y habilidades del personal, requeridas para el desarrollo de sus labores?

o3.2 Desempeño, compensación y reconocimiento: elementos a, b;

a. ¿Cómo se asegura que los objetivos y funciones asignadas al personal están alineados con los objetivos del GORE?.

b. ¿Cómo se evalúa el desempeño del personal del GORE para el desarrollo organizacional?

o3.3 Capacitación y desarrollo: elementos a, b, c, d;

a. ¿Cómo se detectan las necesidades de capacitación del personal del GORE?

b. ¿Cómo se asegura que el plan de capacitación recoge, tanto los intereses del personal como las necesidades del GORE?

c. ¿Cómo se prioriza y planifica la entrega de la capacitación y determinan los recursos necesarios para su desarrollo?

d. ¿Cómo se imparte y evalúa la capacitación del personal del GORE?.

o3.5 Calidad de vida y prevención de riesgos en el trabajo: elementos c, d

c. ¿Cómo participa el personal, incluyendo sus directivos, en la identificación de las condiciones del lugar de trabajo, de salud y de seguridad?

d. ¿Cómo se evalúa y mejoran las condiciones del lugar de trabajo, de salud y de seguridad del personal del GORE?

Criterio 4 Gestión de la Planificación Estratégica Regional, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:

o4.1. Formulación/ Actualización, Aprobación y Seguimiento de la Estrategia Regional de Desarrollo: elemento a;

a. ¿Cómo se formula/ actualiza y aprueba la Estrategia Regional de Desarrollo?

o4.4. Gestión de la información regional: elemento a;

a. ¿Cómo se levanta y recopila información clave para el desarrollo regional?

Criterio 5 Gestión de Inversiones y Desarrollo Regional y Territorial, incluyendo el siguiente subcriterio y elementos específicos:

o5.1. Gestión de Inversiones: elementos a, e, f

- a. ¿Cómo se estructura el proceso de Inversiones públicas y se realizan las articulaciones necesarias?
- e. ¿Cómo se asignan, licitan y adjudican las Inversiones con recursos propios?
- f. ¿Cómo se realiza la programación, ejecución, control y cierre de inversiones con recursos propios?

Criterio 6 Gestión de Recursos, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:

o6.1. Administración, soporte y asesoría en Tecnologías de Información: elemento a;

- a. ¿Cómo se asegura que el plan informático, documentado y formalizado, sirve como marco de referencia para los desarrollos actuales y futuros?

o6.2. Gestión Financiera-Contable: elementos a, b, c, d;

- a. ¿Cómo se asegura que los procesos y procedimientos contables están formalizados, cuentan con indicadores que permiten verificar su calidad, oportunidad y, cumplen las normas y leyes asociadas (por ejemplo registro contable en SIGFE)?
- b. ¿Cómo se planifica, optimiza y programa el presupuesto de funcionamiento del GORE, para cubrir de manera equilibrada las necesidades de todas las unidades?
- c. ¿Cómo se asegura la ejecución y seguimiento del presupuesto de funcionamiento del GORE?
- d. ¿Cómo se hace una evaluación de la ejecución del presupuesto de funcionamiento del GORE?

o6.4. Gestión de Proveedores y asociados: elemento b

- b. ¿Cómo se gestionan las compras de bienes y servicios para el funcionamiento del GORE?

Criterio 7 Planificación institucional, información y conocimiento, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:

o7.1. Planificación del desarrollo institucional: elemento a, c, f;

- a. ¿Cómo se realiza el proceso de Planificación Institucional?.
- c. ¿Cómo se asegura que el personal del GORE conoce la planificación institucional?
- f. ¿Cómo se monitorean, ajustan y mejoran los planes de acción y se retroalimenta al personal?

o7.2. Evaluación de la Gestión de la Organización: elementos a, d, f, g;

- a. ¿Cómo se obtiene y recopila la información, respecto de los resultados obtenidos por la institución, para medir su desempeño?
- d. ¿Cómo se asegura que el Plan de Auditoría Anual de la Institución considera la evaluación permanente del sistema de control interno del Servicio?
- f. ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento de las medidas preventivas y correctivas, emanadas de los informes de auditoría?
- g. ¿Cómo se asegura el proceso de gestión de riesgos de la Institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría (CAIGG)?

Criterio 8 Resultados, incluyendo el siguiente subcriterio y elemento específico:

- a. ¿Cuáles son los resultados del (los) indicador(es) de desempeño financiero? Incluya indicadores asociados a la gestión presupuestaria, financiera y contable.