



MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

Reg. N° 001211

PDA/JDM/CL/CVD

2408150M

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES

RECEPCION

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON

RECEPCION

DEPART. JURIDICO		
DEPART. Y REGISTRO		
DEPART. CONTABIL		
SUB. DEP. C. CENTRAL		
SUB. DEP. C. CUENTAS		
SUB. DEP. C.P. Y BIENES NAC.		
DEPART. AUDITORIA		
DEPART. V.O.P. U y T		
SUB DEP. MUNICIPI.		

REFRENDACION

REF. POR S
IMPUTAC
ANOT. POR S
IMPUTAC
DEDUC. DTO.

--	--	--

06444/2015

MINISTERIO DE HACIENDA
JEFE OFICINA DE PARTES

APRUEBA PROGRAMA MARCO DE LOS PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS EN EL AÑO 2016, PARA EL PAGO DEL INCREMENTO POR DESEMPEÑO INSTITUCIONAL, DEL ARTÍCULO 6° LEY N° 19.553.

MINISTERIO DE HACIENDA
04 SEP 2015
TOTALMENTE TRAMITADO DOCUMENTO OFICIAL

SANTIAGO, 24 JUL 2015

DECRETO EXENTO N° 231

VISTOS: Lo dispuesto en el artículo 32 N° 6 del Decreto Supremo N° 100, de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que Fija el Texto Refundido Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile; el artículo 6° de la Ley N° 19.553, que concede Asignación de Modernización y otros Beneficios que indica y sus modificaciones posteriores; el Decreto Supremo N° 334, de 14 de marzo de 2012, del Ministerio de Hacienda, que Aprueba el Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 19.553 para la aplicación del Incremento por Desempeño Institucional; la Resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención de Trámite de Toma de Razón;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 6° de la ley N° 19.553, el incremento por desempeño institucional, se concederá en relación a la ejecución eficiente y eficaz por parte de los servicios, de los programas de mejoramiento de la gestión;
- 2.- Que, de conformidad a lo establecido en el artículo 26 letra a) del Decreto Supremo N° 334, de 2012, del Ministerio de Hacienda, que aprueba Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 19.553 el Comité Técnico ha adoptado un Acuerdo para la aplicación del incremento por desempeño institucional, como consta en el Acta de Sesión del Comité Técnico de 19 de junio de 2015.
- 3.- Que, para la adecuada aplicación del incremento antes referido, resulta necesario contar con un documento en el que se consigne el conjunto de áreas prioritarias comunes para todas las instituciones del sector público, cuya implementación se realiza a través de sistemas que se consideran esenciales para un desarrollo eficaz y eficiente de la gestión de los servicios y que contribuyan a la modernización del Estado y mejora de la gestión pública, denominado "Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión";
- 4.- Que, en consecuencia, el Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión, debe contener la definición de áreas prioritarias, sistemas, objetivos y etapas que permiten alcanzar su desarrollo;



OF DE PARTES DIPRES
07.09.2015 10:24

5.- Que, la propuesta del Programa Marco debe ser anualmente elaborada por el Comité Técnico regulado en el Título VIII del Decreto Supremo N°334, de 2012, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento a que se refiere el artículo 6° de la ley N° 19.553 para la aplicación del incremento por desempeño institucional;

6.- Que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 24 letra a) del Decreto antes citado, le corresponde al Comité Triministerial, a través de Decreto aprobar anualmente el referido Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión, propuesto por el Comité Técnico conforme lo señalado en el considerando anterior.

DECRETO (E):

ARTÍCULO ÚNICO: APRUÉBASE el siguiente Programa Marco de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) para el año 2016:

I. PROGRAMA MARCO 2016

El Programa Marco constará de dos áreas prioritarias y cuatro sistemas de gestión con sus respectivos objetivos. Los servicios que comprometen el Programa Marco 2016, deberán formular compromisos en uno o más sistemas de gestión, dependiendo del grado de desarrollo alcanzado a la fecha de la formulación.

Cuadro 1
Programa Marco, Áreas y Sistemas de Gestión
PMG 2016

ÁREA PRIORITARIA	SISTEMA DE GESTIÓN	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Monitoreo del Desempeño Institucional, o	Disponer de información sin errores, para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de la -gestión institucional, y evaluar su desempeño.
	2.- Planificación y Control de Gestión ¹	Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión, que permitan a la Institución disponer de información para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.
2.- Gestión de la Calidad	3.- Sistema de Gestión de la Calidad (ISO)	Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus usuarios, a través de la instalación de un sistema de gestión de la calidad certificado bajo la norma ISO 9001:2008, que considere los procesos de provisión de bienes y servicios.
	4.- Gestión de Excelencia	Mejorar el desempeño de la institución 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 usuarios y lograr mejorar sus resultados, alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

¹ Para las instituciones nuevas creadas por ley que inicien su funcionamiento en 2016, y que deban formular sus compromisos en el marco del PMG; así como aquellas instituciones que comprometieron el sistema de planificación y control de gestión en períodos anteriores y que en el año 2015 no han comprometido la etapa final.

Los objetivos de gestión, sus etapas de desarrollo, los indicadores de desempeño si corresponde, los requisitos técnicos y medios de verificación, se presentan a continuación para cada sistema del Programa Marco, según si la institución compromete:

A. Sólo el Sistema de Monitoreo del Desempeño,

- B. Más de un Sistema,
- C. Sólo el Sistema de Planificación y Control de Gestión.

A. Instituciones comprometen sólo el sistema de Monitoreo del Desempeño

Las instituciones que han completado las etapas finales de todos los sistemas de gestión del Programa Marco 2015, deberán comprometer sólo el Sistema de Monitoreo del Desempeño con una ponderación equivalente a 100%. Aquéllas que comprometieron dicho sistema en 2015 continuarán con él.

El Sistema de Monitoreo del Desempeño será obligatorio, de alta prioridad y estará compuesto por objetivos de gestión los que se implementarán a través de indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos (bienes y/o servicios) e indicadores transversales definidos por el Comité Tri-Ministerial, a través de este Decreto (cuadro 3). La ponderación de cada indicador, ya sea asociado a productos estratégicos o transversales, no podrá ser inferior a 5%.

El sistema de Monitoreo del Desempeño constará de tres objetivos de gestión.

El objetivo de gestión 1, será obligatorio y consistirá en cumplir las metas de los indicadores de desempeño de productos estratégicos. El proceso de formulación de indicadores asociados a productos estratégicos será un único proceso que se inicia en el marco de la formulación presupuestaria. Los indicadores asociados al incentivo PMG serán seleccionados a partir de aquellos indicadores presentados en el proceso de formulación presupuestaria 2016, requiriendo contar con datos efectivos de al menos los últimos 3 años (2012, 2013 y 2014).

El objetivo de gestión 2, será obligatorio y consistirá en medir e informar a las respectivas redes de expertos y DIPRES todos los indicadores transversales, del marco definido por el Comité Tri-ministerial en este decreto-, y publicar en la web institucional sus resultados.

El objetivo de gestión 3, será voluntario y consistirá en que los Servicios podrán seleccionar y comprometer una meta de los indicadores transversales ya definidos por el Comité Tri-ministerial, señalados en el cuadro 3, siempre que el compromiso signifique una mejora de su desempeño y cuente con valores efectivos como mínimo para el año 2014 y el primer semestre de 2015, constituyendo dichos valores la línea base. De no cumplir estos requisitos no será factible comprometer un indicador con meta 2016.

La ponderación para cada objetivo de gestión corresponderá a:

Objetivo de Gestión	Rango de Ponderación
1	60% -80%
2	20% - 40%
3	0% - 20%
Total	100%

Las instituciones deberán comprometer un mejoramiento global de las metas de los indicadores para el año 2016.

Los objetivos específicos, requisitos técnicos y medios de verificación del sistema de monitoreo del desempeño se señala a continuación en cuadro 2:

Cuadro 2
Sistema de Monitoreo del Desempeño
Objetivos de Gestión, Requisitos Técnicos y Medios de Verificación

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Monitoreo del Desempeño Institucional	Disponer de información sin errores, para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional, evaluar su desempeño.



OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
1. Evaluar e informar sin errores el resultado de los indicadores de desempeño asociados a productos estratégicos seleccionados a partir de aquellos presentados en la formulación del presupuesto, cumpliendo las metas entre 75% y 100%. Ponderación: 60%	1. El resultado de un indicador se obtendrá comparando el valor efectivo y su respectiva meta, y se entenderá: - Cumplido si es al menos de un 95%. - Parcialmente cumplido si está entre 75% y menos de 95%. - No cumplido si es menor a 75%. 2. Los indicadores deberán ser informados sin errores. Se entenderá que hay error cuando se presente al menos, una de las siguientes situaciones: - <u>Error de omisión</u>: archivos de medios de verificación que no corresponden al indicador, se encuentran incompletos, total o parcialmente en blanco, ilegibles, con correcciones y/o enmiendas que no hacen posible verificar los valores. - <u>Error de inconsistencia</u>: la información de los medios de verificación presenta diferencias en su propio contenido y/o con lo informado en la aplicación web y/o con otras fuentes oficiales. - <u>Error de exactitud</u>: la información presentada no corresponde al alcance y/o al periodo de medición definido para el indicador. 3. Se entenderá por no cumplido un indicador cuando se presente alguna de las siguientes situaciones: - Su valor efectivo sea menor a 75% de su meta. - No sea posible verificar los valores reportados por el Servicio a través de sus medios de verificación. - Los valores informados en aplicativo dispuesto por DIPRES no correspondan con los señalados en medios de verificación. - Los valores informados en los medios de verificación sean inconsistentes, (con información del mismo Medio de Verificación o con información que contengan otros Medios de Verificación), presente errores y/u omisiones. - Los valores informados no correspondan al alcance y/o periodo de medición comprometido en la meta. - No exista sistematización de los medios de verificación, esto es que no existan informes consolidados, reportes, agregación de datos (subtotales por región, por mes, por producto, etc. o cuadros resúmenes). - Las razones de incumplimiento no correspondan a causas externas calificadas y no previstas, que limiten seriamente su logro. 4. Los indicadores cumplidos, sumarán el 100% de su respectivo ponderador, para el cumplimiento global del sistema de Monitoreo. 5. Los indicadores parcialmente cumplidos, sumarán la proporción que resulte de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento. 6. Los indicadores no cumplidos, sumarán 0% en su respectivo ponderador. 7. Para cada indicador cumplido o parcialmente cumplido, informado con error durante el proceso de evaluación, se descontará un 10% de la ponderación establecida por el Servicio, para el respectivo indicador en la formulación del PMG. 8. Una vez concluido el proceso de evaluación respecto de cada Servicio, se procederá a efectuar el cálculo de la tasa de descuento por error en la información proporcionada. Con todo, y una vez efectuado el cálculo de la tasa de descuento por error, se determinará el cumplimiento global. 9. El porcentaje de cumplimiento global corresponderá a la sumatoria de los porcentajes logrados para cada indicador cumplido y parcialmente cumplido, corregido con el porcentaje de descuento por errores detectados, cuando corresponda.
2. Medir e informar a más tardar al 31 de diciembre de 2016, a las respectivas redes de expertos los datos efectivos de los indicadores transversales definidos en el programa marco por el Comité Tri-ministerial para el año 2016, y publicar sus resultados (Obligatorio para todo el que aplique). Ponderación: 20% - 40%	1. Cada indicador se entenderá medido si el Servicio informa a DIPRES los valores efectivos al 31 de diciembre de 2016, presentando los medios de verificación de dichos valores. 2. Cada indicador se entenderá informado si el servicio informa a la red de expertos correspondiente, los valores efectivos de los indicadores transversales, al menos al 31 de diciembre de 2016. 3. Cada indicador se entenderá publicado si el servicio informa los valores efectivos de los indicadores transversales comprometidos, en su página web institucional al 8 de enero de 2017.
3. Evaluar el resultado de los indicadores transversales seleccionados del Programa Marco aprobado por el Comité Tri-ministerial para el 2016, cumpliendo las metas en al menos un 75% y 100% (Voluntario o a quien corresponda). Ponderación: 0% - 20%	1. El resultado de un indicador se obtendrá comparando el valor efectivo y su respectiva meta, y se entenderá: - Cumplido si es al menos de un 95%. - Parcialmente cumplido si está entre 75% y menos de 95% - No cumplido si es menor a 75% 2. Se entenderá por no cumplido un indicador cuando presente alguna de las siguientes situaciones: - Su valor efectivo sea menor a 75% de su meta. - No sea posible verificar los valores reportados por el Servicio a través de sus medios de verificación. - Los valores informados en aplicativo dispuesto por DIPRES no correspondan

	con los señalados en medios de verificación. - Los valores informados en los medios de verificación sean inconsistentes (con información del mismo Medio de Verificación o con información que contengan otros Medio de Verificación), presente errores y/u omisiones. - Los valores informados no correspondan al alcance y/o periodo de medición comprometido en la meta. - No exista sistematización de los medios de verificación, esto es que no existan informes consolidados, reportes, agregación de datos (subtotales por región, por mes, por producto, etc. o cuadros resúmenes). - Las razones de incumplimiento no correspondan a causas externas calificadas y no previstas, que limiten seriamente su logro.
	3. Los indicadores cumplidos, sumarán el 100% de su respectivo ponderador, para el cumplimiento global del sistema de Monitoreo. 4. Los indicadores parcialmente cumplidos, sumarán la proporción que resulte de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento. 5. Los indicadores no cumplidos, sumarán 0% en su respectivo ponderador. 6. El porcentaje de cumplimiento global corresponderá a la sumatoria de los porcentajes logrados para cada indicador cumplido y parcialmente cumplido.

MEDIO DE VERIFICACIÓN	
1.	Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.
2.	Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de evaluación de los compromisos del año 2016, incluido los antecedentes sistematizados que respaldan los datos informados para numerador y denominador, debiendo esta información corresponder exclusivamente al periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2016, o la temporalidad de medición establecida en el indicador.
3.	Informe con los resultados de todos los indicadores transversales definidos en el Programa Marco informados a las respectivas redes de expertos al 31 de diciembre del año 2016.
4.	Dirección web donde se encuentra publicado el resultado de los indicadores transversales.

RED DE EXPERTOS	
Las redes de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos a través de indicadores de desempeño de los procesos de provisión de bienes y servicios (productos estratégicos) son:	
1.	Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda. Departamento de Gestión Pública de la División de Control de Gestión y
2.	Secretaría General de la Presidencia (SEGPRES)
Las redes de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos a través de indicadores de gestión transversal, son las señaladas en cuadro 3 de este decreto.	

Para dar cuenta de los objetivos 2 y 3 del Sistema de Monitoreo del Desempeño, los indicadores transversales deberán ser seleccionados a partir del marco aprobado por el Comité Tri-ministerial, que se señala a continuación:

Cuadro 3. Programa Marco. PMG 2016, Sistema de Monitoreo. Indicadores de Gestión Transversal

Área	Sistema	Red de Expertos	Objetivo de Gestión	Indicador
Recursos Humanos	Capacitación	Dirección Nacional del Servicio Civil	Mejorar la pertinencia y calidad de la capacitación que ejecutan los Servicios, para optimizar el desempeño de los/as funcionarios/as en la ejecución de la función pública que les corresponda ejecutar	1. Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizada en el año t
	Higiene y Seguridad	Superintendencia de Seguridad Social	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y en caso que éstos ocurrieran presenten cada vez menor gravedad.	2. Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t
Administración Financiero Contable	Compras Públicas	Dirección Chile Compras	Contar con procesos de compra participativos y eficientes.	3. Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t
Calidad de Servicio	Gobierno Digital	Unidad de Modernización y Gobierno Digital de la Secretaría General de la Presidencia	Mejorar la entrega de los servicios provistos por el Estado a la ciudadanía y empresas mediante el uso de tecnologías de información y comunicación.	4. Porcentaje de trámites digitalizados al año t respecto del total de trámites identificados en el catastro de

				trámites del año t-1
	Seguridad de la Información	Dirección de Presupuestos y Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior	Gestionar los riesgos de seguridad de la información de los activos que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios, mediante la aplicación de controles basados en la Norma NCh-ISO 27001.	5. Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001, en el año t
	Sistema de Atención Ciudadana / Acceso a Información Pública	Unidad de Implementación Probidad y Transparencia. Comisión Defensora Ciudadana y Transparencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia	Responder las solicitudes de acceso a información pública en un plazo máximo de 15 días	6. Porcentaje de solicitudes de acceso a información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t
Planificación y Control de Gestión	Auditoría Interna	Consejo de Auditoría General de Gobierno (CAIGG)	Mejorar el control interno a través de acciones preventivas y/o correctivas de las auditorías, manteniendo un nivel de implementación suficiente de compromisos de auditorías.	7. Porcentaje de compromisos de Auditorías implementados en el año t
	Equidad de Género	Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)	Contribuir a disminuir las inequidades, brechas y/o barreras de género implementando acciones estratégicas orientadas a mejorar los niveles de igualdad y equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos, y a fortalecer la capacidad de los servicios para desarrollar políticas públicas de género.	8. Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t.
	Descentralización	Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE)	Potenciar el proceso de descentralización del país, fortaleciendo las competencias de articulación y coordinación del gasto de los servicios públicos desconcentrados, con los Gobiernos Regionales	9. Porcentaje de iniciativas de descentralización y desconcentración implementadas en el año t

Los requisitos técnicos, medios de verificación, fórmula de cálculo de cada indicador transversal se presenta a continuación en el cuadro 4:

Cuadro 4. Requisitos Técnicos y Medios de Verificación Indicadores Transversales. PMG 2016

Área	Recursos Humanos
Sistema	Capacitación
Red de Expertos	Dirección Nacional del Servicio Civil
Objetivo de Gestión	Mejorar la pertinencia y calidad de la capacitación que desarrollan los Servicios, para optimizar el desempeño de los funcionarios/as en la ejecución de la función pública que les corresponda ejercer.
Indicador 1	Porcentaje de actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizadas en el año t
Fórmula de cálculo	(N° de actividad/es de Capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizada en el año t / N° de actividad/es de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia en año t)*100
Requisitos Técnicos	1. Las actividades con evaluación de transferencia al puesto de trabajo deberán formar parte del Plan Anual de Capacitación. 2. El Plan Anual de Capacitación deberá registrarse en el portal www.sispubli.cl , a más tardar al 31 de Diciembre del año t-1 3. Las actividades de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo realizadas corresponden a las ejecutadas durante el año t, que han sido programadas por la institución y revisadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil al 31 de Diciembre del año t-1 y deberán ser registradas en el portal www.sispubli.cl durante el año t. 4. Cada actividad de capacitación con evaluación de transferencia al puesto de trabajo, es aquella que utiliza la

	metodología de medición impulsada por la Dirección Nacional del Servicio Civil, contenida en “Guía Práctica para Gestionar la Capacitación en los Servicios Públicos”, publicada en: http://www.serviciocivil.gob.cl/sites/default/files/guia_capacitacion_servicios_publicos.pdf, donde los instrumentos que evidencian el uso de la metodología, son los que se mencionan a continuación, y deben ser registrados en el portal www.sispubli.cl, por cada actividad de capacitación evaluada: - Ficha Resumen de Detección de Necesidades. - Guión Metodológico. - Informe de Resultados de Evaluación de Transferencia. - Datos tabulados que acrediten la realización de las evaluaciones de reacción, aprendizaje y transferencia. 5. La evaluación de transferencia debe ser aplicada a todos los participantes de la/s actividad/es de capacitación evaluada/s, que al momento de la aplicación de la medición, se encuentren en funciones en el Servicio. 6. Si una actividad de capacitación con evaluación de transferencia en el puesto de trabajo no fuese realizada, el Servicio deberá informar las razones de dicho incumplimiento, señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión de la institución.
Medios de Verificación	1. Certificado de revisión emitido por DNSC, con detalle de las actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia. 2. Certificado de registro del Plan Anual de Capacitación en el portal www.sispubli.cl, con detalle de las actividades de capacitación con compromiso de evaluación de transferencia programadas al 31 de diciembre del año t-1. 3. Reporte Sistema Informático de Capacitación del Sector Público (Sispubli) www.sispubli.cl, administrado por la Dirección Nacional del Servicio Civil. 4. Certificado emitido por DNSC, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Recursos Humanos
Sistema	Higiene y Seguridad
Red de Expertos	Superintendencia de Seguridad Social
Objetivo de Gestión	Disminuir el riesgo de ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y , en caso que éstos ocurrieran, presenten cada vez menor gravedad.
Indicador 3	Tasa de accidentabilidad por accidentes del trabajo en el año t.
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t} / \text{Promedio anual de trabajadores en el año t}) * 100$
Requisitos Técnicos	1. Accidentes del Trabajo: “Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte” (artículo 5 de la Ley N° 16.744), es decir, aquéllos que generan días perdidos (ausencia al trabajo) o causan el fallecimiento del trabajador. 2. El “Promedio anual de trabajadores” corresponde a la suma de los trabajadores dependientes (funcionarios de planta, a contrata, o contratados por Código del Trabajo) determinados mes a mes durante el período anual considerado, dividido por 12. 3. En la determinación del indicador deben considerarse los Accidentes del Trabajo, excluidos los accidentes de trayecto, ya que, en general, en estos accidentes intervienen factores ajenos al control que puede realizar la entidad empleadora. 4. En los Accidentes del Trabajo ocurridos en el año t se debe aplicar el Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo y ser investigados, el cual debería contener como mínimo lo siguiente: a. Organización administrativa. Instancia encargada de recibir la notificación del accidente, de gestionar la atención del accidentado, efectuar la denuncia (Denuncia Individual de Accidente de Trabajo, DIAT) y llevar el registro de los accidentes del trabajo. b. Procedimiento que deben seguir los funcionarios en caso de accidente . c. Denuncia del accidente ante el organismo administrador del Seguro Laboral. d. Investigación del accidente, medidas Inmediatas y correctivas. e. Registro de los Accidentes del Trabajo. 5. Para el caso de aquellos servicios que de acuerdo a la Ley N° 16.744 deben tener constituido y funcionando un Comité Paritario, éste debe realizar o participar en la investigación de los accidentes de trabajo. 6. El indicador es anual, por lo que el periodo de medición es: 1° de enero a 31 de Diciembre año t. Por tanto, la evaluación del indicador debe hacerse en enero del año t+1.
Medios de Verificación	1. Registro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Institución. 2. Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo. 3. Registro de Procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de accidentes del trabajo, en el cual debe constar la realización o participación del Comité Paritario (en las instituciones que corresponda de acuerdo a la Ley N° 16.744) en la investigación de los accidentes de trabajo. 4. Registro Mensual de Trabajadores año t.



5. Certificado emitido por SUSESO, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Administración Financiero Contable
Sistema	Compras Públicas
Red de Expertos	Dirección Chile Compra
Objetivo de Gestión	Contar con procesos de compra participativos y eficientes.
Indicador 4	Porcentaje de licitaciones sin oferente en el año t.
Fórmula de cálculo	(Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t que no tuvieron oferentes / Número de procesos de licitaciones en las que se cerró la recepción de ofertas el año t) * 100
Requisitos Técnicos	1. Los procesos de licitaciones en que se cerró la recepción de ofertas, considera todas las licitaciones realizadas en www.mercadopublico.cl, por el organismo público que reporta, cuya fecha de cierre de recepción de ofertas haya ocurrido durante el año t, independiente del estado posterior que adopte el mismo proceso de licitación. 2. Los procesos de licitaciones en la que se cerró la recepción de ofertas sin oferentes, considera aquellas licitaciones realizadas en www.mercadopublico.cl, cuya fecha de cierre de recepción de ofertas haya ocurrido durante el año 2016 y que no hayan recibido ofertas, esto es, licitaciones en estado “desierta” por falta de oferentes. 3. Operar en el portal de compras públicas www.mercadopublico.cl, según lo establece su normativa: Ley de compras N°19.886 y su Reglamento (incluye sus modificaciones y actualizaciones).
Medios de Verificación	1. Los datos que alimentan el indicador serán extraídos de las bases de datos del Sistema ChileCompra (www.mercadopublico.cl). El resultado del indicador será calculado y dispuesto por la Dirección Compras Públicas. 2. Certificado emitido por ChileCompra, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Calidad de Servicio
Sistema	Gobierno Digital
Red de Expertos	Unidad de Modernización y Gobierno Digital de la Secretaría General de la Presidencia
Objetivo de Gestión	Mejorar la entrega de los servicios provistos por el Estado a la ciudadanía y empresas mediante el uso de las tecnologías de información y comunicación.
Indicador 6	Porcentaje de trámites digitalizados al año t respecto del total de trámites identificados en el catastro de trámites del año t-1.
Fórmula de cálculo	(N° de trámites digitalizados al año t / N° total de trámites identificados en catastro de trámites del año t-1)*100.
Requisitos Técnicos	1. Trámites: Se entenderán como la interacción entre un organismo del Estado y una persona natural o jurídica. Surge a partir de una solicitud expresa de las personas, que da origen a una secuencia de acciones o tareas de un organismo del Estado, cuyo resultado podrán ser distintos tipos de bienes o servicios. 2. Trámite digitalizado: Para sumar un trámite al denominador se considerarán los niveles de digitalización 3 y 4. Trámite digitalizado Nivel 3: Existe interacción con el ciudadano, incluyendo autenticación, pero se requiere su presencia obligada (por ley o norma) ya sea para entrega de documentos, pago o corroboración de antecedentes. Trámite digitalizado Nivel 4: Toda la interacción se realiza en Internet (incluyendo el pago del trámite si corresponde) y no requiere presencia del ciudadano. 3. Se deberá privilegiar la digitalización de aquellos trámites que se ajusten a los criterios definidos por la metodología de priorización definida por el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, la cual será publicada en www.observatoriodigital.gob.cl. 4. Para aquellos trámites que se digitalicen se deberá consultar las recomendaciones técnicas de simplificación e integración de trámites entregadas por el Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
Medios de Verificación	1. Informe de levantamiento de trámites de la institución, indicando el nivel de digitalización para cada uno de ellos. Dicho informe debe ser coincidente con los trámites identificados en el catastro de trámites del año t-1 2. URL del trámite operativa. 3. Certificado emitido por SEGPRES, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t. 4. Reporte en plataforma dispuesta por SEGPRES

Área	Calidad de Servicio
Sistema	Seguridad de la Información
Red de Expertos	Dirección de Presupuestos y Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior
Objetivo de Gestión	Gestionar los riesgos de seguridad de la información de los activos que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios, mediante la aplicación de controles basados en la Norma NCh-ISO 27001.
Indicador 7	Porcentaje de controles de seguridad de la información implementados respecto del total definido en la Norma NCh-ISO 27001, en el año t.
Fórmula de cálculo	$(N^{\circ} \text{ de controles de seguridad de la Norma NCh-ISO 27001 implementados para mitigar riesgos de seguridad de la información en el año t} / N^{\circ} \text{ Total de controles establecidos en la Norma NCh-ISO 27001 para mitigar riesgos de seguridad de la información en el año t}) * 100$
Requisitos Técnicos	- Los controles de seguridad están establecidos en la NCh-ISO 27001 vigente. Corresponde a un conjunto de medidas de seguridad de la información, que permiten mitigar los riesgos diagnosticados. - Se entenderá por Riesgo, una amenaza potencial que pueda afectar un activo o un grupo de activos y por tanto causar daño a la organización. El riesgo de seguridad de la información corresponde a aquellos asociados a los activos de información que soportan los procesos de provisión de bienes y servicios. - Los controles a implementar deben contar con la opinión técnica de la red de expertos, el año t-1, atendiendo a los siguientes criterios: - Si la Institución pertenece a la infraestructura crítica-país. - Respuesta a Emergencias. - Servicios a la ciudadanía. - Fiscalizadores. - Manejo de grandes volúmenes de datos sensibles. - Los controles de seguridad de la información están implementados cuando: - se cumple con la realización del 100% de la medida planificada, es decir está documentado, en funcionamiento; y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño. - es posible verificar la realización de la medida y/o los valores a través de sus medios de verificación, y - la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación. - Un control de seguridad no implementado deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.
Medios de Verificación	- Norma NCh-ISO 27001, listado de controles de seguridad de la información. - Certificado emitido por la red de expertos, Seguridad de la Información, con su opinión técnica de los controles a implementar por parte de los servicios. - Informe de cumplimiento del Plan de seguridad de la Información que fundamenta los controles de seguridad implementados y las razones de los no implementados, aprobado por el Jefe de Servicio e informado a las redes de expertos respectivas, al 31 de diciembre del 2016. - Certificado emitido por la red de expertos, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Calidad de Servicio
Sistema	Sistema de Atención Ciudadana / Acceso a Información Pública
Red de Expertos	Unidad de Implementación Probidad y Transparencia. Comisión Defensora Ciudadana y Transparencia. Ministerio Secretaría General de la Presidencia
Objetivo de Gestión	Responder las Solicitudes de Acceso a la Información Pública en un plazo máximo de 15 días
Indicador 8	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en el año t.
Fórmula de cálculo	$(N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t en un plazo menor o igual a 15 días hábiles en año t} / N^{\circ} \text{ de solicitudes de acceso a la información pública respondidas en año t}) * 100$
Requisitos Técnicos	- Las solicitudes de acceso a información pública respondidas son aquellas finalizadas entre el 1 de enero del año t, hasta el 31 de diciembre del año t (sin perjuicio de que hayan sido ingresadas el año anterior). - Las solicitudes de acceso a información pública respondida considera todas las categorías de finalizadas, incluida la categoría "Derivadas e Información Permanentemente disponible en la web", inclusive aquellas que por su naturaleza fueron respondidas en plazo prorrogado de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 20.285. Excluye a las solicitudes que no cumplen con los requisitos de admisibilidad establecidos en la Ley de Transparencia, es decir, Finalizada: No corresponde a solicitud de transparencia, solicitudes anuladas o de prueba.

	3. Respecto al conteo de los días de las solicitudes, el artículo 25 de la Ley N° 19.880, sobre Procedimiento Administrativo señala lo siguiente: - “Cómputo de los plazos del procedimiento administrativo. Los plazos de días establecidos en esta ley son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, los domingos y los festivos. - Los plazos se computarán desde el día siguiente a aquél en que se notifique o publique el acto de que se trate o se produzca su estimación o su desestimación en virtud del silencio administrativo. - Si en el mes de vencimiento no hubiere equivalente al día del mes en que comienza el cómputo, se entenderá que el plazo expira el último día de aquel mes. - Cuando el último día del plazo sea inhábil, éste se entenderá prorrogado al primer día hábil siguiente.” 4. Las instituciones deberán utilizar el “Portal Transparencia Chile”, donde se registrarán automáticamente las operaciones, generando el reporte en la sección habilitada para PMG Transparencia. De esta forma, el medio de verificación será el archivo exportable. 5. Se deberá completar la columna “solicitudes que No corresponden a Transparencia” en la sección consolidados, para dar registro de aquellas que No se consideran en el indicador (Por ejemplo: no son solicitudes de información pública, la denuncia de un hecho que cause perjuicio, la solicitud de pronunciamiento sobre una situación en particular, la solicitud de reconsideración de una medida adoptada, la solicitud de audiencia con la autoridad del servicio, reclamos presentados en una institución fiscalizadora, etc.).
Medios de Verificación	1. Archivo exportable del sistema “Portal Transparencia Chile” o reporte de estados y días de tramitación, que cuente con, al menos, los siguientes campos: Folio – Fecha de Inicio – Fecha de Respuesta (Fecha de Finalización) – Cantidad de días de trámite. La planilla deberá contener un apartado con la siguiente información consolidada por cada uno de los 12 meses: Total solicitudes de acceso a la información pública (SAIP) ingresadas – Total SAIP finalizadas en el mes – SAIP que cumplen con indicador. 2. Certificado emitido por SEGPRES, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Planificación y Control de Gestión
Sistema	Auditoría Interna
Red de Expertos	Consejo de Auditoría General de Gobierno, CAIGG
Objetivo de Gestión	Mejorar el control interno a través de acciones preventivas y/o correctivas de las auditorías, manteniendo un nivel de implementación suficiente de compromisos de auditoría.
Indicador 5	Porcentaje de compromisos de Auditorías implementados en el año t.
Fórmula de cálculo	$(N^{\circ} \text{ de compromisos de auditoría implementados en año t} / N^{\circ} \text{ total de compromisos de auditorías realizadas al año t-1}) * 100$
Requisitos Técnicos	1. Los compromisos de auditoría son acciones correctivas y/o preventivas derivadas de las recomendaciones de auditoría, y gestionadas por la Dirección para mitigar los riesgos. 2. Los compromisos de auditorías quedarán establecidos en el “Anexo Compromisos pendientes de implementar”, que forma parte del Plan Anual de Auditoría año t, definido por el servicio al 31 de diciembre del año t-1 y revisado por la red de expertos, CAIGG, que emitirá opinión técnica al respecto. El Plan anual de Auditoría y el Anexo respectivo deberá registrarse en el portal www.auditoriainternadegobierno.cl, durante el año t. 3. Para el trabajo de seguimiento de los compromisos de auditorías se deberá utilizar la metodología formulada por el CAIGG, contenida en los documentos técnicos N°63 versión 02, y N°87 Versión 01, publicados en http://www.auditoriainternadegobierno.cl/. 4. Los contenidos y/o estándares mínimos que evidencian el uso de la metodología para el trabajo de seguimiento de los compromisos de las auditorías establecidos en el “Anexo Compromisos pendientes de implementar”, que forma parte del Plan Anual de Auditoría año t, son los que se mencionan a continuación: a. Considera los compromisos que surgen de las auditorías realizadas, y podría incluir compromisos pendientes de implementar, correspondientes a períodos anteriores al año t-1. b. Los compromisos implementados deben haber mejorado los sistemas de control y/o mitigado los riesgos, es decir, haber tenido un efecto en la exposición al riesgo. c. Para aquellos compromisos no implementados, el Jefe de Auditoría deberá comunicar oportunamente al Jefe de Servicio y los responsables operativos sobre los efectos de la no implementación de estos compromisos, es decir, máximo 15 días posterior a terminar el Informe de Seguimiento. 5. Un compromiso de auditoría se considerará implementado cuando: a. <u>se cumple</u> con la realización del 100% del compromiso definido, y b. es posible verificar la realización del compromiso a través de sus medios de verificación. 6. Un compromiso no implementado deberá presentar las razones de dicho incumplimiento señalando

	las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.
Medios de Verificación	1. Certificado de revisión emitido por el CAIGG, de los compromisos pendientes de implementar. 2. Informe de resultados de los compromisos implementados, según formato contenido en "Anexo con Compromisos pendientes de Implementar". 3. Certificado emitido por el CAIGG que informa el resultado de los compromisos implementados. 4. Certificado emitido por CAIGG, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t.

Área	Equidad de Género
Sistema	Equidad de Género
Red de Expertos	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM
Objetivo de Gestión	Contribuir a disminuir las inequidades, brechas y/o barreras de género, implementando acciones estratégicas orientadas a mejorar los niveles de igualdad y equidad de género en la provisión de bienes y servicios públicos, y a fortalecer la capacidad de los servicios para desarrollar políticas públicas de género.
Indicador 9	Porcentaje de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t
Fórmula de cálculo	(Número de medidas para la igualdad de género del Programa de Trabajo implementadas en el año t / Número de medidas para la igualdad de género comprometidas para el año t en Programa de Trabajo)* 100
Requisitos Técnicos	1. El Programa de Trabajo se compone de medidas que deben cubrir aspectos relevantes de la gestión institucional en base a las Definiciones Estratégicas presentadas en el Formulario A1, al Plan de Igualdad de Oportunidades 2011-2020 actualizado, a la Agenda de Género Gubernamental 2014-2018 y centradas principalmente en la ciudadanía. 2. Las medidas para la igualdad de género son un conjunto de indicadores de desempeño y/o actividades estratégicas que abordan programas, líneas de trabajo y/o acciones estratégicas que están orientados a contribuir en la disminución de inequidad(es), brecha(s) y/o barrera(as) de género, correspondiente al ámbito de acción del Servicio. 3. Las medidas deben estar vinculadas a los productos estratégicos que, que serán revisados por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), aplican enfoque de género según lo definido en el Formulario A1 2016 de Definiciones Estratégicas de la Institución. 4. El Programa debe contener las siguientes medidas,: a. Diseño y/o actualización, cuando corresponda, de indicadores de desempeño que midan directamente inequidades, brechas y/o barreras de género. b. Medir indicador(es) diseñados en 2015. La medición corresponde a los valores efectivos al 30 de junio y al 31 de diciembre de 2016, y cuando sea factible para años anteriores (ver Nota 1). c. Incorporar, para los casos nuevos o sin implementar al 2015, datos desagregados por sexo en: (a) sistemas de información que administre el Servicio que contengan datos de personas, (b) estadísticas oficiales que dispongan de información asociadas a personas, y (c) estudios públicos cuyo objetivo de investigación estén referidos a personas (Ver Nota 2). 5. Adicionalmente, se podrá incorporar como medida del programa de trabajo capacitación en género a funcionarios y funcionarias del Servicio (Ver Nota 3). 6. Las medidas para la igualdad de género comprometidas para el año t quedan establecidas por la institución al 31 de diciembre del año t-1 en un Programa de Trabajo y será revisado por el Servicio Nacional de la Mujer, que emitirá opinión técnica al respecto y deberán ser registradas en el portal http://www.sernam.cl/pmg durante el año t-1. 7. Una medida se considerará implementada cuando: - se cumple con la realización del 100% de la actividad planificada y/o cumple en al menos un 95% la meta en caso de indicadores de desempeño, - es posible verificar la realización de la medida y/o los valores a través de sus medios de verificación, y - la información entregada y/o los valores efectivos informados son consistentes con lo informado en los medios de verificación. 8. Una medida considerada no implementada deberá contar con la información de las razones de dicho incumplimiento señalando las causas, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio.
Medios de Verificación	1. Programa de trabajo año t. 2. Certificado de revisión de Programa de trabajo año t emitido por el Servicio Nacional de la Mujer. 4. Informe de Cumplimiento de Programa de Trabajo Año t. 5. Certificado emitido por SERNAM que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de Diciembre año t del indicador.
Notas	1. En el programa de trabajo se detallarán el(los) indicador(es) a medir. 2. Para la medida "desagregar datos por sexo", en el programa de trabajo se deberá definir el alcance, detallando en que sistemas de información, estadísticas y estudios aplicará en año 2016. 3. (a) Se entenderá por capacitaciones en género a los cursos, programas formativos y talleres cuyos objetivos se orienten a transferir conocimientos y estrategias metodológicas para disminuir y/o eliminar inequidades, brechas y barreras de género asociadas al desarrollo de competencias laborales para una mejor provisión de productos y servicios de la institución. (b) La institución deberá justificar la/s actividad/es de capacitación



	al momento de presentar el Programa de Trabajo a revisión de SERNAM apoyado en un diagnóstico de brechas al respecto. (c) Las actividades de capacitación que se comprometan deberán estar incluidas en su Plan Anual de Capacitación.
--	--

Área	Descentralización
Sistema	Descentralización
Red de Expertos	Subsecretaria de Desarrollo Regional, SUBDERE
Objetivo de Gestión	Potenciar el proceso de descentralización del país, fortaleciendo las competencias de articulación y coordinación del gasto de los servicios públicos desconcentrados, con los Gobiernos Regionales
Indicador 10	Porcentaje de iniciativas de descentralización y desconcentración implementadas en el año t
Fórmula de cálculo	(Número de iniciativas de descentralización y desconcentración implementadas en el año t/ Número total de iniciativas de descentralización y desconcentración comprometidas para el año t)* 100
Requisitos Técnicos	- Las Instituciones que deben comprometer el indicador corresponden a Servicios Públicos desconcentrados. - Las <i>iniciativas de descentralización</i> se entenderán como aquellas que permiten transferir la facultad de decidir sobre la distribución de los recursos, ítems presupuestarios, instrumentos y/o líneas de acción del presupuesto institucional a los Gobiernos Regionales a través de convenios especiales entre el Servicio Público y el Gobierno Regional. - Las <i>iniciativas de desconcentración</i>, por su parte, corresponden a iniciativas que delegan o transfieren la administración de ciertas competencias (funciones y/o atribuciones) desde el nivel central a sus oficinas desconcentradas y que fortalezcan la articulación y coordinación del gasto público en la región, incluida la regionalización del presupuesto. - Las iniciativas de descentralización y desconcentración serán aprobadas por el Jefe Superior del Servicio a más tardar el 31 de diciembre del año t-1. - Las iniciativas de descentralización y desconcentración a ser implementadas en el año t serán identificadas en conjunto por el Jefe del Servicio, las Jefaturas de las oficinas desconcentradas, y en consulta a los señores Intendentes, sin perjuicio de la aprobación formal del CORE. - El número de iniciativas totales comprometidas para implementar el año t deberá considerar al menos: - Una medida de desconcentración y una medida de descentralización, salvo en aquellos casos que no corresponda, lo cual debe estar debidamente fundamentado por el Servicio; y - Elaboración de un plan bianual 2017-2018 de nuevas iniciativas a implementar de descentralización y/o desconcentración. - Las iniciativas comprometidas serán previamente revisadas por la Subsecretaria de Desarrollo Regional, SUBDERE, que emitirá opinión técnica. ➤ Una iniciativa de descentralización y/o desconcentración se considerará implementada cuando: se cumple con la realización del 100% de la iniciativa planificada dentro del año t respectivo; es posible verificar la realización de la iniciativa a través de sus medios de verificación, y ➤ Una iniciativa de descentralización y/o desconcentración comprometida y no implementada deberá ser justificada fundadamente por el jefe del servicio a través de oficio a Subdere, señalando las razones y las causas de dicho situación, sean estas externas o internas a la gestión del Servicio, siendo sólo las primeras las que podrán ser acogidas de acuerdo a la normativa vigente para el PMG.
Medios de Verificación	- Compromisos con la Descentralización y Desconcentración aprobados por el Jefe Superior del Servicio a más tardar el 31 de diciembre de 2015. - Certificado de revisión de compromisos emitido por SUBDERE. - Certificado emitido por Subdere, que informa entrega de datos efectivos del indicador al 31 de diciembre del año t. - Certificado emitido por Subdere que informa el resultado de los compromisos implementados.

B. Instituciones que comprometen más de un Sistema

Sólo aquellos jefes de servicio que comprometieron voluntariamente el Sistema de Gestión de la Calidad (ISO) o el Sistema de Gestión de Excelencia en el año 2015, podrán mantenerlo en 2016.

Las instituciones que aún no completan las etapas finales de los sistemas gestión de la calidad y/o gestión de excelencia deberán comprometer la etapa siguiente en 2016, junto con el sistema de Monitoreo del Desempeño, o planificación y control de gestión, según corresponda. Para el sistema de Monitoreo del Desempeño se cumplirán las mismas normas establecidas en el punto A de este decreto, con excepción de la ponderación de los objetivos de gestión que deberá ser el siguiente:

Objetivo de Gestión	Ponderación
1	40% - 65%
2	15%-30%
3	0%-10%
Total	80%

Los objetivos específicos, requisitos técnicos y medios de verificación de los sistemas de gestión de la calidad y gestión de excelencia se señala a continuación en los cuadros 5a y 5b, respectivamente:

Cuadro 5.a. Sistema de Gestión de la Calidad

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Gestión de la Calidad	1.- Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001)	Mejorar el desempeño de la institución, aumentando los niveles de satisfacción de sus usuarios, 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.
MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:		
Etapa1		
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad. - Plan trienal institucional para la certificación del sistema de gestión de la calidad. - Programa de trabajo de implementación del año. - Manual de calidad institucional. - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. - Informe de auditorías de la calidad. - Registro de revisión por la Dirección.		
Etapa 2		
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde. - Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad - Programa de trabajo de implementación del año. - Manual de calidad institucional actualizado. - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. - Informe de auditorías de la calidad. - Registro de revisión por la Dirección. - Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.		
Etapa 3		
- Diagnóstico institucional del sistema de gestión de la calidad actualizado, si corresponde. - Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad. - Programa de trabajo de implementación del año. - Manual de calidad institucional actualizado. - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. - Informe de auditorías de la calidad. - Registro de revisión por la Dirección. - Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, con actualización de alcance.		
Etapa 4		
- Plan trienal institucional actualizado, si corresponde, para la certificación del sistema de gestión de la calidad. - Programa de trabajo de implementación del año. - Manual de calidad institucional actualizado. - Procedimientos de los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios incorporados en el sistema de gestión de la calidad en el año. - Informe de auditorías de la calidad.		



- Registro de revisión por la Dirección.
- Certificado del sistema bajo Norma ISO 9001:2008, según alcance definido.

RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Gestión de la Calidad es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda)

ETAPA 1	
OBJETIVO DE GESTIÓN	REQUISITOS TECNICOS
1.La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008.	1. La institución realiza un diagnóstico del estado actual de los procesos de la organización en relación a la norma ISO 9001: 2008, que permita establecer el sistema de gestión de la calidad a implementar para lo cual se debe considerar: 1.1 Identificación de procesos que permiten a la institución cumplir con su Misión, considerando al menos: 1.1.1 Definiciones Estratégicas establecidas en el formulario A1 presentado en el proceso de Formulación Presupuestaria a la Dirección de Presupuestos. 1.1.2 Presupuesto y nivel de actividad por producto estratégico. 1.1.3 Matriz de riesgos aprobada por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno. 1.1.4 Programa de Gobierno. 1.1.5 Estructura organizacional y distribución geográfica, si corresponde. 1.2 Identificación de la aplicación regional de los procesos/ subprocesos anteriormente identificados, si corresponde. 1.3 Determinación de la secuencia e interacción de los 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. 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: 1.4.1 Las necesidades de adecuación de los procedimientos/ documentos existentes. 1.4.2 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. 1.4.3 Duplicidades o complementariedades de funciones o procesos por efecto de la implementación del SGC y otros sistemas de gestión de la institución. 1.4.4 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.
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.	2. La institución establece los procesos de la organización necesarios y factibles de certificar bajo la Norma ISO 9001:2008, para ello debe: 2.1 Seleccionar y priorizar los procesos asociados a la provisión de bienes y servicios, de gestión estratégica y/o de soporte institucional, considerando los siguientes criterios: 2.1.1 Costos/ Beneficios de la implementación. 2.1.2 Relevancia del proceso para la Alta Dirección. 2.1.3 Relación con Definiciones Estratégicas y Programa de Gobierno. 2.1.4 Efectos en los clientes/usuarios/beneficiarios. 2.2 Analizar la conveniencia de implementar el sistema de gestión de la calidad considerando las siguientes alternativas: 2.2.1 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios en conjunto con procesos de gestión estratégica y de soporte institucional. 2.2.2 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios y posteriormente procesos estratégicos y de soporte institucional. 2.2.3 Procesos de gestión estratégica y/o de soporte institucional y posteriormente procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios. 2.2.4 Procesos operacionales asociados a la provisión de bienes y servicios.

	2.2.5 Justificar aquellos procesos, no factibles de certificar.
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.	3. La institución elabora un plan trienal para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 de los procesos de la organización, en base a los resultados del diagnóstico. El plan trienal debe incluir, al menos lo siguiente: 3.1 Objetivos generales. 3.2 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 2016. 3.3 Actividades de capacitación que incluyan: sensibilización al estamento directivo y capacitación para el personal involucrado en los procesos a certificar, a nivel central y regional, si corresponde, por año. 3.4 Programa de auditorías internas y de tercera parte al sistema de gestión de la calidad. Nota: En caso que el servicio defina comenzar la implementación del sistema de gestión de la calidad por procesos estratégicos y/o soporte institucional, deberá programar la certificación del sistema cuando tenga incorporado en él, al menos un proceso asociado a la provisión de bienes y servicios.
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.	4. La institución elabora un programa de trabajo para el primer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, señalando al menos: 4.1 Los principales hitos a cumplir: capacitaciones; elaboración/ revisión de Política de la calidad y establecimiento de objetivos de la calidad; reuniones de análisis de procesos; elaboración, revisión y aprobación de documentación; programa de auditorías internas para el primer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección. 4.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. 5. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo al menos lo siguiente: 5.1 Ejecución de las actividades de sensibilización y capacitación programadas, que permitan a la institución involucrar al personal en el logro de los objetivos de la calidad. 5.2 Análisis de procesos con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de éstos. 5.3 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. 5.4 Elaboración o actualización del Manual de la Calidad. 5.5 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. 5.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. 5.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. 5.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
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.	6. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos: 6.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. 6.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. 6.3 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. 6.4 Planificación de la mejora del desempeño de la Institución. 6.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
ETAPA 2	
6.La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso 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.	7. La institución actualiza el diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos: 7.1 Análisis de resultados de la implementación del primer año. 7.2 Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el segundo año de la implementación. 7.3 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.



	7.4 Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección. 7.5 Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde.
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.	8. 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: 8.1 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. 8.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. 9. 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: 9.1 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. 9.2 Análisis de procesos a implementar el segundo año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos. 9.3 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. 9.4 Actualización del Manual de la Calidad. 9.5 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. 9.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. 9.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. 9.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
8. La institución realiza el proceso de revisión por parte de 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.	10. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad del segundo año de implementación, en el proceso de revisión por parte de la dirección, incluyendo al menos: 10.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. 10.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. 10.3 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. 10.4 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. 10.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
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.	11. La institución certifica o amplía el alcance de la certificación bajo la Norma ISO 9001:2008 de los procesos de la organización implementados durante el primer año definidos en plan trienal, para lo cual debe: 11.1 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. 11.2 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.
ETAPA 3	
10. La Institución actualiza a más tardar el primer trimestre del año en curso el diagnóstico y plan trienal para la preparación de la certificación del sistema de	12. La institución actualiza el Diagnóstico y plan trienal si corresponde, a más tardar el primer trimestre del año en curso, para la preparación de la certificación del sistema de gestión de la calidad, para lo cual realiza al menos:

gestión de la calidad institucional incluyendo los procesos de la organización e incorpora los ajustes y/o modificaciones necesarios para su implementación, si corresponde.	12.1 Análisis de resultados de la implementación del segundo año. 12.2 Identificación de factores externos/ internos que puedan afectar el tercer año de la implementación. 12.3 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. 12.4 Análisis y ajustes de las modificaciones en el proceso de revisión por la dirección. 12.5 Incorporación de los ajustes o modificaciones aprobadas por el Jefe de servicio en el Plan Trienal, si corresponde.
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.	13. La institución elabora un programa de trabajo para el tercer año, a partir del plan trienal y los recursos disponibles, incluyendo al menos: 13.1 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 tercer año; revisión del sistema de gestión de la calidad por parte de la Alta Dirección. 13.2 Cronograma de implementación, identificando las actividades, plazos y responsables. 14. El Servicio implementa el programa de trabajo para la preparación de la certificación ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad, incluyendo: 14.1 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. 14.2 Análisis de procesos a implementar el tercer año, con los centros de responsabilidad involucrados asegurando una eficaz definición y operación de estos. 14.3 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. 14.4 Actualización del Manual de la Calidad. 14.5 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. 14.6 Definición e implementación de las acciones correctivas y preventivas necesarias para solucionar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. 14.7 Seguimiento del estado de avance de las acciones correctivas y preventivas realizadas. 14.8 Realización de actividades de difusión del sistema de gestión de la calidad.
12. La institución realiza el proceso de revisión por parte de 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.	15. 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: 15.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. 15.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. 15.3 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. 15.4 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. 15.5 Los resultados de la revisión de la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
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.	16. 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: 16.1 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 segundo año. 16.2 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.



ETAPA 4	
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.	17. La alta dirección revisa el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, en el proceso de revisión por la dirección, incluyendo al menos: 17.1 Revisión de la consistencia del sistema de gestión de la calidad con las Definiciones Estratégicas de la Institución. 17.2 Pertinencia del sistema de gestión de la calidad, considerando los niveles de satisfacción de clientes/ usuarios/ beneficiarios. 17.3 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. 17.4 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. 17.5 Los resultados de la revisión por la Dirección deben comunicarse a todos los funcionarios.
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 a más tardar el primer trimestre del año en curso.	18. 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, actualizado a más tardar el primer trimestre del año en curso, si corresponde.

Cuadro 5.b. Sistema de Gestión de Excelencia

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Gestión de la Calidad	1.- Sistema de Gestión de Excelencia	Mejorar el desempeño de la institución, 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 usuarios y lograr mejorar sus resultados alcanzando estándares de calidad más exigentes en forma sistemática.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener:

Etapas

- Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución.
- Registro de constitución de instancia institucional estratégica.
- Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia.
- Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.

Etapas

- Plan de mejora.
- Registros de implementación de acciones inmediatas.

Etapas

- Programa de trabajo del año 2016 para la implementación de acciones del plan de mejora.
- Registros de implementación de acciones definidas en el plan de mejora.
- Registros de reuniones de instancia institucional estratégica.

Etapas

- Informe de autoevaluación de gestión de excelencia de la Institución.
- Informe de retroalimentación de la gestión de excelencia.
- Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia.

RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Gestión de Excelencia es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda)

ETAPA 1	REQUISITOS TECNICOS
OBJETIVO DE GESTIÓN	
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.	1. La institución constituye y dispone el funcionamiento de una instancia institucional estratégica para implementar el Modelo de Gestión de Excelencia, para lo cual: 1.1 Formaliza su constitución y funcionamiento, considerando entre sus miembros al menos a: (i) Representante de la Dirección (miembro de la alta dirección del Servicio); (ii) Representantes de los centros de responsabilidad; (iii) Un coordinador(a) nombrado de entre los miembros ya definidos, o un miembro adicional si así lo requiere. 1.2 Define y comunica a la organización sus responsabilidades, considerando entre ellas al menos las siguientes: (i) 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; (ii) 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; (iii) 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. 1.3 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 organiza los equipos de trabajo para evaluar cada uno de los subcriterios del modelo. 1.4 Elabora un documento (informe de autoevaluación) que debe contener al menos: (i) 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 Excelencia; (ii) identificación de brechas² de sus procesos y resultados contrastado con los requerimientos del modelo, y establece aquellos que requieren ser mejorados. 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. ² Se entenderá por identificación de Brechas a aquellas oportunidades de mejora identificadas respecto del subcriterio o requerimiento analizado.
2.La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones a todo el personal.	2. La institución aprueba el diagnóstico y lo somete a verificación externa, para lo cual: 2.1 Remite el informe de autoevaluación a la red de expertos, para su análisis y verificación. 2.2 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. 2.3 Difunde el informe a todo el personal, una vez que este ha sido aprobado por parte de la Alta Dirección del Servicio.
3.La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida, determina los temas prioritarios que abordará para conducir al Servicio a mejorar su desempeño en el marco del Modelo de Gestión de Excelencia.	3. La institución, en base al diagnóstico aprobado y los recursos disponibles, a través de su instancia institucional estratégica definida: 3.1 Define los temas prioritarios que abordará por cada uno de los criterios del modelo. 3.2 Establece los plazos en los que serán abordados los temas prioritarios seleccionados. 3.3 Define el nivel de excelencia a alcanzar (puntaje del modelo de gestión de excelencia). 3.4 Define el Plan de Mejoras y programa de trabajo.
ETAPA 2	
4.La institución en base a los temas priorizados por la instancia 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.	4. La institución, en base a los temas prioritarios seleccionados aprobados por el Jefe de servicio, elabora un plan de mejora de procesos y resultados que incluya al menos: (i) Objetivos generales; (ii) Actividades a realizar en base a los temas prioritarios incluyendo las acciones de mejora inmediatas³ y las oportunidades de mejora identificadas; (iii) responsables de ejecución; (iv) los recursos necesarios; (v) plazos para su cumplimiento e (vi) indicadores y metas para el seguimiento permanente. 5. La institución inicia la implementación del plan de mejora de procesos y resultados incluyendo al menos: (i) Ejecución de actividades de difusión y capacitación que permitan la implementación; (ii) Ejecución de acciones de mejora inmediata. 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.



ETAPA 3	
5.La institución implementa completamente el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual. El Plan de mejoramiento es incorporado en la Planificación Estratégica anual de la institución.	6. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual implementando las actividades comprometidas en éste y cumpliendo las metas, de acuerdo a lo establecido en el plan de mejoras.
6.La institución, a través de la instancia 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.	7. 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: 7.1 El avance de su Programa de Trabajo Anual. 7.2 Las medidas de acción inmediata de la línea base, en caso que proceda. 7.3 Los compromisos de metas relevantes de cada grupo de trabajo (indicadores de desempeño). 7.4 Las medidas correctivas necesarias cuando el programa de trabajo presenta alguna dificultad en el cumplimiento de sus metas.
ETAPA 4	
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.	8. La institución, a través de la instancia institucional estratégica, elabora un Informe de Autoevaluación de sus procesos y resultados y compara los resultados con el informe de diagnóstico y establece el nuevo puntaje.
8.La institución aprueba la autoevaluación, verificada por un ente externo, y comunica los resultados y conclusiones a todo el personal.	9. La institución remite la autoevaluación a la Red de Expertos.
9.La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia planificado.	10. La institución aprueba la autoevaluación, verificada por un ente externo, y difunde los resultados a través de su instancia institucional estratégica 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.
	11. 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.

C. Sistema Planificación y Control de Gestión. Instituciones Nuevas y Otras Instituciones.

Las instituciones nuevas creadas por ley que inicien su funcionamiento en 2016 y que deban formular sus compromisos en el marco del PMG; así como aquellas instituciones que comprometieron el sistema de planificación y control de gestión en períodos anteriores, y en el 2015 no han desarrollado la etapa final, durante el 2016 deberán comprometer el sistema de planificación y control de gestión que a continuación se detalla.

Cuadro 6. Sistema de Planificación y Control de Gestión

AREA	SISTEMA	OBJETIVO
1.- Planificación y Control de Gestión	1.- Planificación y Control de Gestión	Diseñar e implementar procesos de planificación y sistemas de información para la gestión que permitan a la Institución disponer de información para apoyar la toma de decisiones y rendición de cuentas de su gestión institucional.
MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Etapa 1		
- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2017.		
Etapa 2		
- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2017.		
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2017.		
Etapa 3		
- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2017.		
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2017.		
- Informe de Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño presentados en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2016.		
Etapa 4		
- Definiciones estratégicas del Servicio presentadas en el proceso de formulación de la Ley de Presupuestos del año 2017.		
- Formulario de los Indicadores de Desempeño presentados en el Proyecto de Ley de Presupuestos del año 2017 que miden la gestión relevante		

de la institución, incluyendo la priorización de sus indicadores.

- Resultados de los indicadores de desempeño presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2016 incluyendo el grado de cumplimiento de sus metas.
- Programa de Seguimiento de los compromisos de mejoramiento del desempeño de los aspectos controlados por los indicadores presentados en la formulación del proyecto de ley de presupuestos del año 2016 y el resultado del Programa de Seguimiento aplicado el presente año 2016, respecto de los indicadores evaluados en el año 2015, en que consta la probación de cada jefe de centro de responsabilidad y del Jefe de Servicio.

RED DE EXPERTOS

La red de expertos a cargo de apoyar a los Servicios en la formulación e implementación de los compromisos del Sistema de Planificación y Control de Gestión es:

1. Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

ETAPA 1

OBJETIVO DE GESTIÓN

1.La institución establece las Definiciones Estratégicas (misión, objetivos estratégicos (bienes y servicios) y clientes/usuarios/beneficiarios), de acuerdo a su legislación, prioridades gubernamentales y presupuestarias, recursos asignados en la Ley de Presupuestos.

REQUISITOS TECNICOS

1. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, de acuerdo a su legislación, a las Definiciones Estratégicas Ministeriales vigentes, prioridades presupuestarias, y a recursos asignados en la Ley de Presupuestos, definiendo correctamente los siguientes aspectos:
 - 1.1 Misión adecuadamente definida. Esto es; permite identificar en su declaración el qué, cómo, para quién define su razón de ser la institución.
 - 1.2 Prioridades de Gobierno, definidas en el Programa de Gobierno, o metas establecidas con SEGPRES presentes en las Definiciones Estratégicas Ministeriales 2015-2018.
 - 1.3 Objetivos estratégicos expresados como resultados esperados.
 - 1.4 Productos estratégicos, sub-productos y productos específicos definidos como bienes y/o servicios.
 - 1.5 Clientes/usuarios/beneficiarios claros, precisos, cuantificables, y que corresponden a quienes reciben los productos estratégicos.
 - 1.6 Gasto distribuido por producto estratégico y gestión interna.

ETAPA 2

2.La institución diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), tomando como base las definiciones establecidas en la etapa anterior y considerando al menos la definición de procesos estratégicos y de centros de responsabilidad, la identificación de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de los productos estratégicos y en los procesos de soporte, la vinculación del sistema de información de gestión con los instrumentos de control de gestión específicos establecidos por la institución y el diseño de los mecanismos e instrumentos de recolección y sistematización de la información para la construcción de indicadores de desempeño.

2. El Servicio diseña el Sistema de Información para la Gestión (SIG), el que deberá ser aprobado por el Jefe de Servicio y deberá contener al menos lo siguiente:
 - 2.1 Levantamiento y definición de procesos (subprocesos, actividades) relevantes de las áreas operativas (asociadas a la provisión de los bienes y/o servicios) y de apoyo que se relacionen con las definiciones estratégicas identificados en la etapa anterior.
 - 2.2 Definición de los indicadores de desempeño relevantes para medir el logro en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios):
 - 2.2.1 Identificando dimensiones y ámbitos de control (Guía Metodológica del Sistema de Planificación/Control de Gestión vigente en www.dipres.cl/control_de_gestion/PMG/sistema_gestion/planificacion).
 - 2.2.2 Señalando correctamente la fórmula de cálculo.
 - 2.2.3 Señalando el producto (bien y/o servicio) estratégico (o subproducto) al que se vincula.
 - 2.2.4 Señalando logro de los objetivos estratégicos, Resultado final o resultado intermedio alcanzado por los productos estratégicos, Logro de las Prioridades de Gobierno, Logro de los aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, Logros de otras prioridades Ministeriales o sectoriales definidas.
 - 2.3 Identificación del porcentaje del gasto institucional asociado a productos estratégicos, que cuenta con indicadores de desempeño.
 - 2.4 Identificación de la información específica relevante para la construcción de indicadores de desempeño.
 - 2.5 Identificación de indicadores de desempeño elaborados a medir, justificando los indicadores sin medición en el año t.
3. Se considera que una institución mide la gestión relevante cuando al menos el 80% de los productos estratégicos cuentan con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado, o cuando al menos 70% del presupuesto total del Servicio cuenta con indicadores de desempeño en el ámbito de producto y/o resultado.

ETAPA 3

3.La institución tiene en funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos e identifica aspectos del sistema necesarios de ajustar para su pleno funcionamiento.

4. El Servicio tiene en funcionamiento el Sistema de Información para la Gestión, para lo cual:
 - 4.1 Identifica, si corresponde, aspectos del sistema necesarios de ajustar para el pleno funcionamiento del sistema, aprobado por el Jefe de Servicio y equipo directivo.
 - 4.2 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados.

ETAPA 4

4.La institución tiene en pleno funcionamiento el SIG, mide los indicadores de desempeño construidos y

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



operan todos los sistemas de recolección y sistematización de la información y por lo tanto las autoridades de la institución cuentan con información oportuna y confiable para la toma de decisiones. La institución incorpora los ajustes necesarios identificados en la etapa anterior, fundamentándolos.	5.1 Mide los indicadores de desempeño elaborados e identificados. 5.2 Identifica y fundamenta indicadores de desempeño incorporados, eliminados y/o corregidos del Sistema de Información de Gestión, SIG.
5.La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, identificando al menos la Misión, Prioridades de Gobierno, aspectos relevantes de la Ley de Presupuestos, objetivos estratégicos, productos (bienes y/o servicios), clientes/usuarios/beneficiarios e identificando para cada producto estratégico, el porcentaje del gasto de la institución, la fundamentación de los que no cuentan con indicadores, y la cuantificación de las principales actividades vinculadas a cada uno.	6. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente las Definiciones Estratégicas, establecidas en la etapa 1, cumpliendo con los siguientes aspectos: 6.1 Consistencia en las definiciones estratégicas con las prioridades de Gobierno expresadas en las Definiciones estratégicas Ministeriales 2015-2018, ministeriales y presupuestarias. 6.2 Pertinencia de las definiciones presentadas.
6.La institución presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño que miden los aspectos relevantes de su gestión, identificando para cada indicador al menos el nombre, fórmula, el producto estratégico al que se vincula, la meta y medios de verificación.	7. El Servicio presenta en la formulación de la Ley de Presupuestos del año siguiente los indicadores de desempeño, cumpliendo con los siguientes aspectos: 7.1 Miden los aspectos relevantes de la gestión del Servicio cuando al menos mide: (i) Porcentaje de productos estratégicos con indicadores en ámbito de producto y/o resultado o Porcentaje del presupuesto total del Servicio que cuenta con indicadores en ámbito de producto y/o resultado; (ii) Porcentaje de objetivos estratégicos cuyos resultados son medidos con indicadores. 7.2 La meta de cada indicador es exigente, esto implica que: (i) los valores de las variables son consistentes con los recursos presupuestarios asignados¹; (ii) la meta es consistente con el desempeño histórico de los valores efectivos del indicador, por ejemplo promedio o evolución de los últimos 3 años; (iii) la meta es consistente con los valores estimados y metas de años anteriores del indicador. 7.3 Los indicadores están correctamente formulados cuando se cumple que se presentan sin errores, y/u omisiones: nombre del indicador, fórmula o algoritmo de cálculo, ámbito de control y dimensión, vinculación con productos estratégicos y/o líneas de evaluación, notas, medios de verificación.
7.La institución evalúa el resultado de los indicadores comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año, cumpliendo sus metas en al menos un 75% y fundamentando las causas de los indicadores no cumplidos (logro de la meta menor a un 75%), sobre cumplidos (logro de la meta superior a un 105%).	8. El Servicio evalúa los resultados de los indicadores de desempeño comprometidos en la formulación del presupuesto para el presente año. Para ello: 8.1 Compara los datos efectivos con la meta de cada indicador, considerando la comparación de cada operando (numerador y denominador) como el valor efectivo del indicador, utilizando los medios de verificación previamente definidos para cada indicador. 8.2 Para efectos de determinar el cumplimiento global del sistema se debe considerar lo siguiente: 8.2.1 El resultado de un indicador se obtendrá comparando el valor efectivo y su respectiva meta, y se entenderá: - Cumplido si es al menos de un 95%. - Parcialmente cumplido si está entre 75% y menos de 95%. - No cumplido si es menor a 75%. 8.2.2 Los indicadores deberán ser informados sin errores. Se entenderá que hay error cuando se presente al menos, una de las siguientes situaciones: - <u>Error de omisión</u>: archivos de medios de verificación que no corresponden al indicador, se encuentran incompletos, total o parcialmente en blanco, ilegibles, con correcciones y/o enmiendas que no hacen posible verificar los valores. - <u>Error de inconsistencia</u>: la información de los medios de verificación presenta diferencias en su propio contenido y/o con lo informado en la aplicación Web y/o con otras fuentes oficiales. - <u>Error de exactitud</u>: la información presentada no corresponde al alcance y/o al periodo de medición definido para el indicador. 8.2.3 Se entenderá por no cumplido un indicador cuando se presente alguna de las siguientes situaciones: - Su valor efectivo sea menor a 75% de su meta. - No sea posible verificar los valores reportados por el Servicio a través de sus medios de verificación. - Los valores informados en aplicativo dispuesto por DIPRES no correspondan con los señalados en medios de verificación. - Los valores informados en los medios de verificación sean inconsistentes, (con información del mismo Medio de Verificación o con información que contengan otros Medios de Verificación), presente errores y/u omisiones. - Los valores informados no correspondan al alcance y/o periodo

¹ La consistencia entre los valores de los indicadores y los recursos presupuestarios se refiere a que no se detecte contradicción entre ambos valores.

	de medición comprometido en la meta. - No exista sistematización de los medios de verificación, esto es que no existan informes consolidados, reportes, agregación de datos (subtotales por región, por mes, por producto, etc. o cuadros resúmenes). - Las razones de incumplimiento no correspondan a causas externas calificadas y no previstas, que limiten seriamente su logro. 8.2.4 Los indicadores cumplidos, sumarán el 100% de su respectivo ponderador para el cumplimiento global del sistema de Planificación. 8.2.5 Los indicadores parcialmente cumplidos sumarán la proporción que resulta de la multiplicación de su respectivo ponderador por el porcentaje de cumplimiento del indicador. 8.2.6 Los indicadores no cumplidos, sumarán 0% en su respectivo ponderador. 8.2.7 Para cada indicador cumplido o parcialmente cumplido, informado con error durante el proceso de evaluación, se descontará un 10% de la ponderación establecida por el Servicio para el respectivo indicador en la formulación del PMG. 8.2.8 Una vez concluido el proceso de evaluación respecto de cada servicio, se procederá a efectuar el cálculo de la tasa de descuento por error en la información proporcionada. Con todo, y una vez efectuado el cálculo de la tasa de descuento por error, se determinará el cumplimiento global de los indicadores. 8.3 Analiza los resultados de cada indicador cumplido, no cumplido o sobre-cumplido, identificando las causas de dicho resultado, con el centro de responsabilidad correspondiente. 8.4 Revisa los indicadores no cumplidos y/o sobre-cumplidos cuyas causas sean afectadas por variables externas a la gestión del Servicio.
8.La institución elabora el Programa de Seguimiento para los indicadores no cumplidos de los indicadores evaluados, presentados en la formulación del presupuesto para el presente año, señalando al menos recomendaciones, compromisos, plazos y responsables.	9. El Servicio elabora un Programa de Seguimiento para el año siguiente, aprobado por el jefe de Servicio, de los indicadores no cumplidos (inferior a 75%) que hayan sido o no afectados por causas externas justificadas.
9.La institución implementa el Programa de seguimiento de los indicadores evaluados el año anterior.	10. El Servicio informa los resultados de la implementación del Programa de Seguimiento.

II. EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PMG

A. Cumplimiento global

La evaluación del grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en base al Programa Marco 2016 y el grado de cumplimiento global de la Institución será realizada por el Comité Triministerial, según lo establecido en el artículo 24° del Reglamento que regula la aplicación del PMG (Decreto N° 334, de 2012, del Ministerio de Hacienda). Por su parte, las validaciones técnicas del cumplimiento de los objetivos de gestión de los Servicios, 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.

El cumplimiento de cada sistema tomará sólo valores de 100% ó 0%, con excepción de los sistemas Monitoreo del Desempeño Institucional y de Planificación y Control de Gestión, respecto de los cuales se aplicará el procedimiento especial contenido en los siguientes puntos B y C.

El cumplimiento global del PMG será el resultado de la suma del cumplimiento de los objetivos de gestión del sistema de Monitoreo, o la suma del cumplimiento de cada sistema multiplicado por su correspondiente ponderador, cuando se comprometen 2 sistemas o más.

B. Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional

Para determinar el grado de cumplimiento de este sistema se considerará lo siguiente:

Objetivos 1 y 3: el grado de cumplimiento de cada objetivo corresponderá a la suma de las ponderaciones de cada indicador cumplido y parcialmente cumplido, de acuerdo a lo establecido en los requisitos técnicos de cada objetivo.



Objetivo 2: el grado de cumplimiento corresponderá al porcentaje de indicadores cumplidos respecto del total de indicadores transversales, definidos por el Comité Tri-ministerial en cuadro 3, comprometidos por el Servicio, multiplicado por la ponderación del objetivo 2. En este caso, se entenderá cumplido cada indicador si está correctamente medido, informado a la red de expertos respectiva y DIPRES y publicado. Por lo tanto, el cumplimiento para cada uno de los indicadores tomará valores de 0% o 100%.

C. Sistema de Planificación y Control de Gestión

Para verificar el grado de cumplimiento del sistema se considerará lo siguiente:

- El grado de cumplimiento del sistema corresponderá a la suma del porcentaje de cumplimiento de cada objetivo de gestión.
- El porcentaje de cumplimiento de cada objetivo de gestión corresponde al porcentaje de requisitos técnicos cumplidos multiplicado por la ponderación del objetivo de gestión al que se vincula.
- Cada requisito técnico tomará valores de 100% si cumple y 0% si no cumple. Con excepción del objetivo 7, relativo al cumplimiento de los indicadores comprometidos en la formulación presupuestaria, que se regirá por las reglas señadas en sus propios requisitos técnicos.
- La ponderación para cada Objetivo de Gestión debe ser el mismo valor y debe sumar 100%.

D. Causa Externa

El análisis de causa externa que justifique a un Servicio por el incumplimiento de un indicador, se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo aquél explicar con claridad el efecto que tienen los factores externos en el incumplimiento. Asimismo, deberá cuantificar la incidencia en el valor efectivo del indicador, o efectuar una aproximación si aquello no fuera factible.

Sólo se considerarán en el análisis del incumplimiento aquellas justificaciones que digan relación con factores externos al Servicio o Ministerio, y respecto de los cuales éstos tengan nulo o bajo control.

Para el proceso de evaluación se entenderá por causa externa calificada y no prevista para efectos de eximir del cumplimiento de un compromiso las siguientes situaciones que incidan o afecten significativamente en las variables que se están midiendo:

- Reducciones de presupuesto, externas al Ministerio del cual depende o se relaciona;
- Hechos fortuitos comprobables, tales como:
 - o Situaciones de inestabilidad social, paros, protestas, hechos de violencia y acciones terroristas que afecten la provisión de bienes y servicios a los ciudadanos y el normal funcionamiento de las instituciones;
 - o Variaciones no previstas o fuera de los valores normales de los últimos años en la demanda de bienes y servicios por parte de los ciudadanos, o bien diferencias en los recursos, o situaciones que en definitiva importen un cambio en lo que se consideró cuando se formuló el compromiso;
 - o Uso no adecuado por parte de los ciudadanos de los bienes y servicios provistos por las instituciones de un ministerio, que afecten o limiten el cumplimiento de sus compromisos; acciones no controlables por un ministerio, como por ejemplo incumplimiento de compromisos de parte de otras instituciones públicas y/o privadas respecto de los cuales la institución no cuenta con atribuciones para exigir su cumplimiento; y
 - o Modificaciones de diseño de obras de infraestructura no previsibles, problemas en las características de terrenos, etc., afectando los compromisos.
- Catástrofes; y
- Cambios en la legislación vigente.

III. DISPOSICIONES ESPECIALES

En aquellas situaciones originadas en características particulares de algún Servicio, el cumplimiento de los objetivos o etapas de desarrollo se podrá concretar de un modo distinto a lo señalado en el Programa Marco, siempre que no se altere la esencia de los objetivos en cuestión.

Los antecedentes que explican las características particulares de la Institución, deberán ser informados y justificados en su propuesta de PMG, con el objeto de analizar su procedencia. Una vez aprobado el programa de mejoramiento de gestión del servicio, dichos antecedentes pasan a formar parte del mismo.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"



Jorge Burgos Varela
MINISTRO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA



Rodrigo Valdés Pulido
MINISTRO DE HACIENDA

Lo que transcribo a usted para su conocimiento
Saluda Atte. a usted

Alejandro Micco Aguayo
Subsecretario de Hacienda

Nicolás Eyzaguirre Guzmán
MINISTRO SECRETARIA GENERAL
DE LA PRESIDENCIA



MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES

RECEPCION

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON

RECEPCION

DEPART. JURIDICO		
DEP. T.R. Y REGISTRO		
DEPART. CONTABIL		
SUB. DEP. C. CENTRAL		
SUB. DEP. E. CUENTAS		
SUB. DEP. C.P. Y BIENES NAC		
DEPART. AUDITORIA		
DEPART. V.O.P., U. y T		
SUB. DEP. MUNICIP.		

REFRENDACION

REF. POR \$
INPUTAC.....
ANOT. POR \$
INPUTAC.....
DEDUC. DTO.....

--	--	--

24 JUL 2015

MINISTERIO DE HACIENDA
UAC/OFICINA DE PARTES

31 JUL 2015

DIGITALIZADO

MINISTERIO DE HACIENDA
UAC/OFICINA DE PARTES

04 SEP 2015

DIGITALIZADO

M. HACIENDA OF PARTES
04.09.2015 15:26