

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

Objetivo General
Mejorar la gestión de los Gobiernos Regionales a través de la implementación, seguimiento y acreditación de un sistema de gestión de excelencia.

Medios de Verificación año 2013
<p>Informe aprobado por el Jefe de Servicio, que deberá contener los siguientes medios de verificación del sistema de Acreditación de la Calidad:</p> <p>Etapa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resolución Intendente(a) <input type="checkbox"/> Listado de Asistencia a la Capacitación de autoevaluación del Gobierno Regional entregado por entidad externa capacitadora <input type="checkbox"/> Autoevaluación realizada según la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos verificada por entidad externa <p>Etapa 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plan de Mejoras de Gestión elaborado según metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos verificada por entidad externa <input type="checkbox"/> Solicitud de Financiamiento del Plan de Mejoras del Gobierno Regional aprobada por Comité de Asignación de Recursos del Programa Subnacional. <p>Etapa 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programa de Trabajo 2013 formalizado durante el primer semestre y suscrito por el Comité de Calidad del Gobierno Regional y SUBDERE. <input type="checkbox"/> Informe de Verificación Anual que considere: a) el avance físico y financiero de su programa de trabajo anual, al 31 de diciembre del 2013; b) un balance del cumplimiento de las medidas correctivas, sugeridas en los informes de seguimiento por su Comité de Calidad o SUBDERE; c) una síntesis de los logros anuales alcanzados con la ejecución de su programa de trabajo. <input type="checkbox"/> Acta de Sesión o Tabla del Consejo Regional en que se incorpore el tema de información del estado de avance y los resultados del Plan de Mejoras. <p>Etapa 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autoevaluación realizada según la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos verificada por entidad externa <input type="checkbox"/> Registros de difusión de los resultados de la autoevaluación de la gestión de excelencia

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

ETAPA I – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>1. La institución constituye y dispone el funcionamiento del Comité de Calidad, integrado al menos por los tres jefes de división del gobierno regional, representante(s) del consejo regional, representante(s) de la asociación de funcionarios y un secretario ejecutivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución constituye y dispone el funcionamiento del Comité de Calidad, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formaliza su constitución y funcionamiento mediante resolución del jefe de servicio, considerando entre sus miembros al menos a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los tres jefes de división del gobierno regional ○ Representante(s) del Consejo Regional, ○ Representante(s) de la Asociación de Funcionarios ○ Un secretario ejecutivo nombrado de entre los jefes de división del servicio administrativo del gobierno regional ➤ Se asegura de que las responsabilidades y autoridad del Comité de Calidad estén definidas y sean comunicadas dentro de la organización. Dentro de las responsabilidades y autoridad que debe tener el Comité se encuentran: <ul style="list-style-type: none"> ○ Informar al Jefe de Servicio sobre el desempeño del sistema de calidad. ○ Asegurar la realización del autodiagnóstico o autoevaluación y la implementación del plan de mejoras y de establecer, implementar, mantener y evaluar los procesos necesarios para el sistema de calidad ○ Asegurar que se comunica el Comité, su funcionamiento y los objetivos del sistema de calidad en todos los niveles de la organización.
<p>2. La institución capacita al personal necesario para realizar el autodiagnóstico o autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución debe determinar las competencias necesarias para el personal que realizará el autodiagnóstico o autoevaluación, para ello el Comité de Calidad, cuando sea aplicable y con los recursos disponibles, capacita al personal para alcanzar las competencias necesarias para implementar el modelo de acreditación.
<p>3. La institución, a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo que convoque a los directivos, funcionarios y equipos de trabajo que correspondan, realiza un Diagnóstico (autoevaluación definida en el Sistema) de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales, mide el nivel de calidad de sus procesos y resultados e identifica sus brechas en</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución, liderada por el comité de calidad, realiza el autodiagnóstico o autoevaluación, considerando el Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planifica la realización del autodiagnóstico y organiza los equipos de trabajo necesarios. ➤ Mide el nivel de calidad de los procesos y resultados de la organización, calculando el puntaje que le corresponde según la calidad de sus procesos y resultados de acuerdo a la métrica del Sistema. ➤ Incorpora la evidencia que corresponda para fundamentar



ETAPA I – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
relación al modelo de gestión.	su autodiagnóstico y el puntaje calculado. ➤ Identifica las brechas de sus procesos y resultados en relación al modelo de gestión del sistema, y establece aquellos que requieren ser mejorados.
4. La institución aprueba su diagnóstico o autoevaluación, verificado por externos, y difunde los resultados y conclusiones de su diagnóstico (o autoevaluación) a todo el personal	<input type="checkbox"/> La institución, a través de su comité de calidad, aprueba el autodiagnóstico y lo somete a validación externa, para lo cual: ➤ Remite el autodiagnóstico o autoevaluación a la SUBDERE, y programa la validación externa ➤ Una vez efectuada la validación externa del autodiagnóstico y entregado los resultados de la misma por parte de SUBDERE, el servicio a través de su comité de calidad difunde los resultados y conclusiones de su diagnóstico (o autoevaluación) a todo el personal

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

ETAPA II – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>5. La institución, a través de su comité de calidad, establece un conjunto de medidas de acción inmediata, en caso de no obtener puntos en su diagnóstico en alguno de los elementos de gestión que constituyen la línea base del sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución, a través de su comité de calidad, establece un conjunto de medidas de acción inmediata, en el programa de trabajo anual, para obtener al menos un punto en los elementos de gestión de la línea base del sistema considerando los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Criterio 1 Liderazgo, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos de gestión: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.1 Liderazgo Interno de la Alta Dirección: elementos a, c, f; ○ 1.2 Liderazgo Regional: elemento a; ○ 1.3 Gestión de la Transparencia: elemento a; ➤ Criterio 2 Ciudadanía, Socios y Colaboradores: No aplica. ➤ Criterio 3 Personas, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ 3.1 Gestión del personal: elemento a; ○ 3.2 Desempeño, compensación y reconocimiento: elementos a, b; ○ 3.3 Capacitación y desarrollo: elementos a, b, c, d; ○ 3.5 Calidad de vida y prevención de riesgos en el trabajo: elementos c, d. ➤ Criterio 4 Gestión de la Planificación Estratégica Regional, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ 4.1. Formulación/ Actualización, Aprobación y Seguimiento de la Estrategia Regional de Desarrollo: elemento a; ○ 4.4. Gestión de la información regional: elemento a; ➤ Criterio 5 Gestión de Inversiones y Desarrollo Regional y Territorial, incluyendo el siguiente subcriterio y elementos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ 5.1. Gestión de Inversiones: elementos a, e, f ➤ Criterio 6 Gestión de Recursos, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ 6.1. Administración, soporte y asesoría en Tecnologías de Información: elemento a; ○ 6.2. Gestión Financiera-Contable: elementos a, b, c, d; ○ 6.4. Gestión de Proveedores y asociados: elemento b ➤ Criterio 7 Planificación institucional, información y conocimiento, incluyendo los siguientes subcriterios y elementos específicos:



ETAPA II – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 7.1. Planificación del desarrollo institucional: elemento a, c, f; ○ 7.2. Evaluación de la Gestión de la Organización: elementos a, d, f, g; ➤ Criterio 8 Resultados, incluyendo el siguiente subcriterio y elemento específico: ➤ 8.2. Resultados de desempeño financiero y de impacto: elemento a. <p>Nota: el detalle de los elementos de gestión señalados precedentemente se especifican en anexo adjunto al final del texto.</p>
<p>6. La institución, en base al diagnóstico aprobado, elabora a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, un plan de mejora de procesos y resultados que contenga los objetivos, actividades, indicadores y sus metas, plazos y una estimación de recursos para mejorar la calidad de sus procesos de gestión y resultados para obtener los niveles de Calidad, o Calidad Avanzada o de Excelencia. El plan debe explicitar el puntaje previsto a lograr y debe ser aprobado por el Jefe de Servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución, en base al diagnóstico (autoevaluación), elabora a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, un plan (1 año o más) de mejora de procesos y resultados que contenga al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los objetivos, actividades, indicadores y sus metas y plazos ➤ La estimación de recursos para mejorar la calidad de sus procesos de gestión y resultados para obtener, según corresponda, los niveles de Calidad, o Calidad Avanzada o de Excelencia. ➤ El puntaje previsto a lograr al término de las actividades del plan. ➤ La aprobación del Jefe de Servicio, en base a propuesta efectuada por el comité de calidad.
<p>7. La institución elabora el programa de trabajo anual, en base al plan de mejoras de procesos y resultados, incluyendo al menos: actividades, plazos, recursos y responsables. Posteriormente lo difunde a todo el personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ La institución, a través del comité de calidad, elabora participativamente el programa de trabajo anual, en base al plan de mejoras aprobado, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Carta Gantt anual con la programación física y financiera de todas las metas del programa con plazos de ejecución y sus respectivos responsables, ➤ Las metas relevantes del programa anual de cada equipo de trabajo. ➤ El diseño de los proyectos de mejora que postulen a financiamiento del Programa de Apoyo a la Gestión Subnacional, ➤ Las actividades de difusión incluyendo fechas y responsables ➤ Las medidas inmediatas para obtener al menos un punto en los elementos de gestión de la línea base



ETAPA II – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="695 457 1380 520">❑ La institución difunde el Plan y el Programa de Trabajo anual a todo el personal.<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="743 520 1380 709">➤ Diseña un/os mecanismo/s de difusión que garantice/n el acceso y conocimiento permanente y actualizado al Plan y Programa de Trabajo al Jefe de Servicio, Consejo Regional, Equipo Directivo y Asociación de Funcionarios, incluyendo las responsabilidades de cada equipo de trabajo.<li data-bbox="743 709 1380 840">➤ Revisa periódicamente el funcionamiento y efectividad del/los mecanismos de difusión para mantener informado al Jefe de Servicio, Consejo Regional, Equipo Directivo y Asociación de Funcionarios.

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

ETAPA III – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
<p>8. La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución implementa el plan de mejora de procesos y resultados y ejecuta programa de trabajo anual, para lo cual: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El Comité de Calidad actualiza el Programa de Trabajo Anual elaborando una Carta Gantt de todos los objetivos, actividades y proyectos a ejecutar durante el año, incluyendo los denominados proyectos transversales de ejecución regional. La Carta Gantt debe incluir la programación física y financiera (ejecución de los recursos que contribuyen a financiar el Programa de Trabajo Anual) de los productos, acordando con SUBDERE una meta global anual para ambas programaciones. ➤ Formaliza durante el primer semestre el compromiso de ejecución de su Programa de Trabajo anual y de su carta Gantt en un documento suscrito por el Comité de Calidad del Gobierno Regional y la SUBDERE, representada a través de su Departamento de Fortalecimiento Institucional y la Jefatura del Programa de Apoyo a la Gestión Subnacional. ➤ La institución, a través de su Comité de Calidad, mantiene informado al Consejo Regional del estado de avance y los resultados de su Plan de Mejoras, debiendo al menos dos veces al año (correspondiendo una en el primer semestre) informar al Plenario del Consejo Regional, a través de la solicitud de incorporación en tabla. Si el Consejo Regional eventualmente no llegara a incorporarlo en las sesiones del año, se debe remitir un informe por escrito al Consejo Regional con el estado de avance.
<p>9. La institución, a través de su comité de calidad, supervisa periódicamente la ejecución del programa de trabajo anual, tomando las medidas correctivas que sean pertinentes y verificando su cumplimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La institución, a través de su comité de calidad, supervisa la ejecución del programa de trabajo anual, para ello realiza al menos : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro del avance físico y financiero de la Carta Gantt Anual, incluidos los proyectos financiados por el Programa AGES, en los mecanismos de monitoreo dispuestos por SUBDERE para este fin. ➤ Las medidas correctivas y/o paliativas necesarias cuando el programa de trabajo presenta alguna dificultad en el cumplimiento de sus metas, incluyendo entre estas medidas las acordadas con SUBDERE, cuando no se



ETAPA III – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
	<p>cumplan la programación física y/o financiera.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Un Informe de Verificación Anual, que considere: a) el avance físico y financiero de la Carta Gantt Anual de su Programa de Trabajo al 31 de diciembre del año en curso, incluyendo todas las actividades y proyectos comprometidos que cumplieron sus compromisos de ejecución física y financiera y aquellos que no cumplieron, explicando la causa de aquellos no cumplidos, b) un balance del cumplimiento de las medidas correctivas, sugeridas en los informes de seguimiento por su Comité de Calidad o por SUBDERE; c) una síntesis de los logros anuales alcanzados con la ejecución de su programa de trabajo.➤ La institución cumple con al menos el 90% de la ejecución acordada con SUBDERE del programa anual de trabajo, incluyendo metas de ejecución física y financiera.

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

ETAPA IV – OBJETIVOS 2013	REQUISITOS TÉCNICOS 2013
10. La institución evalúa la implementación del programa de trabajo.	<input type="checkbox"/> La institución, a través del comité de calidad, evalúa la implementación del programa anual de trabajo.
11. La institución, a través de su Comité de Calidad y mediante un proceso participativo, elabora la Autoevaluación de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales e identifica el nivel de calidad logrado.	<input type="checkbox"/> La institución, liderada por el comité de calidad, realiza autoevaluación nuevamente de sus procesos y resultados de gestión, utilizando la metodología del Sistema de Acreditación, Mejora Continua e Incentivos de los Gobiernos Regionales y mide el nivel de calidad de sus procesos y resultados. <input type="checkbox"/> La institución remite a SUBDERE su Autoevaluación para que su puntaje sea verificado a través de un proceso de validación por parte de un ente externo.
12. La Institución verifica el nivel de calidad logrado por un ente externo.	<input type="checkbox"/> La institución verifica el nivel de calidad obtenido mediante un Informe de validación externa de su Autoevaluación, el que arroja una mejora en el nivel de calidad, la que se evidencia mediante alguno de los siguientes resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Registra un puntaje mayor al obtenido en la primera autoevaluación validada y no tiene cero puntos en ningún elemento de gestión de la línea base; ó ○ El puntaje obtenido en la validación externa de su Autoevaluación es equivalente al exigido por el Sistema para acreditar algún nivel de calidad en la gestión.
13. La institución, a través de su Comité de Calidad, comunica los resultados a todo el personal.	<input type="checkbox"/> La institución, a través de su comité de calidad, una vez efectuada la validación externa de la autoevaluación y entregado los resultados de la misma por parte de SUBDERE, comunica los resultados a todo el personal.
14. La institución, mantiene el desarrollo del sistema en sus sucesivas etapas anuales hasta lograr el nivel de excelencia.	<input type="checkbox"/> La institución, a través de su Comité de calidad y en base a los resultados de la Validación de su autoevaluación, define las áreas de mejora o criterios de gestión que constituirán el foco y objetivos prioritarios del Plan de Mejoras del período siguiente.

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

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

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

- a. ¿Cómo el Equipo Directivo establece/actualiza y comunica la misión, visión y valores a la organización?
- c. ¿Cómo el Equipo Directivo desarrolla e implementa un sistema para gestionar la organización, establece las metas, comunicarlas y medir el desempeño?
- f. ¿Cómo el Equipo Directivo evalúa los aspectos clave del desempeño de la organización?. ¿Cómo utiliza estos resultados y la retroalimentación del personal, para mejorar la efectividad de su propio liderazgo y de la gestión en general?

o1.2 Liderazgo Regional: elemento a;

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

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

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

Criterio 2 Ciudadanía, Socios y Colaboradores: No aplica.

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

o3.1 Gestión del personal: elemento a;

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

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

- a. ¿Cómo se asegura que los objetivos y funciones asignadas al personal están alineados con los objetivos del GORE?.
- b. ¿Cómo se evalúa el desempeño del personal del GORE para el desarrollo organizacional?

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

- a. ¿Cómo se detectan las necesidades de capacitación del personal del GORE?
- b. ¿Cómo se asegura que el plan de capacitación recoge, tanto los intereses del personal como las necesidades del GORE?
- c. ¿Cómo se prioriza y planifica la entrega de la capacitación y determinan los recursos necesarios para su desarrollo?
- d. ¿Cómo se imparte y evalúa la capacitación del personal del GORE?.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. ¿Cómo se estructura el proceso de Inversiones públicas y se realizan las articulaciones necesarias?

e. ¿Cómo se asignan, licitan y adjudican las Inversiones con recursos propios?

f. ¿Cómo se realiza la programación, ejecución, control y cierre de inversiones con recursos propios?

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

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

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

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

a. ¿Cómo se asegura que los procesos y procedimientos contables están formalizados, cuentan con indicadores que permiten verificar su calidad, oportunidad y, cumplen las normas y leyes asociadas (por ejemplo registro contable en SIGFE)?

b. ¿Cómo se planifica, optimiza y programa el presupuesto de funcionamiento del GORE, para cubrir de manera equilibrada las necesidades de todas las unidades?

c. ¿Cómo se asegura la ejecución y seguimiento del presupuesto de funcionamiento del GORE?

d. ¿Cómo se hace una evaluación de la ejecución del presupuesto de funcionamiento del GORE?

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

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

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

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

a. ¿Cómo se realiza el proceso de Planificación Institucional?

c. ¿Cómo se asegura que el personal del GORE conoce la planificación institucional?

f. ¿Cómo se monitorean, ajustan y mejoran los planes de acción y se retroalimenta al personal?

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

a. ¿Cómo se obtiene y recopila la información, respecto de los resultados obtenidos por la institución, para medir su desempeño?

d. ¿Cómo se asegura que el Plan de Auditoría Anual de la Institución considera la evaluación permanente del sistema de control interno del Servicio?

f. ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento de las medidas preventivas y correctivas, emanadas de los informes de auditoría?

g. ¿Cómo se asegura el proceso de gestión de riesgos de la Institución, según las directrices entregadas por el Consejo de Auditoría (CAIGG)?



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

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