

**ORD.: N°455**

**REF.:** Oficio N° 77748 de fecha 13 de agosto de 2024 de la Cámara de Diputados

**MAT.:** Responde Oficio N° 77748 del 13 de agosto de 2024 de Cámara de Diputados con requerimiento dirigido al Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio

**SANTIAGO,** 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024

**DE.:** **SR. ROBERTO CONCHA MATHIESEN**  
**DIRECTOR NACIONAL (S)**  
**SERVICIO NACIONAL DEL PATRIMONIO CULTURAL**

**A.:** **LUIS ROJAS GALLARDO**  
**PROSECRETARIO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS**

Junto con saludar cordialmente, me dirijo a Ud. en el marco de su Oficio N° 77748 de fecha 13 de agosto de 2024, en que se solicita al Servicio Nacional del Patrimonio Cultural (SERPAT) informar sobre la forma en que se realizan las visitas al Museo Nacional de Bellas Artes (MNBA), la información que se entrega a los visitantes, acerca de la historia, infraestructura y obra, de la existencia de un instructivo respecto a la información que debe entregarse a los visitantes a dicho Museo, todo conforme la solicitud formulada por el Honorable Diputado, don Gaspar Rivas Sánchez.

Al respecto, y a fin de dar respuesta a lo requerido, informo a usted lo siguiente:

**1. Contexto referido en El Mercurio – Visita mediada realizada en el MNBA el miércoles 31 de julio de 2024.**

Las opiniones vertidas en la columna de opinión de Elena Irarrázabal en el citado medio de comunicación, se sustentan en la escucha parcial de una visita mediada en particular, y que se gesta mediante una solicitud realizada a nuestro Museo por un establecimiento educacional de la comuna de Quilpué, Región de Valparaíso. Visita que fue orientada a grupo de Estudiantes de 3° y 4° medio de la asignatura electiva de estética, y que consistió en visitar la exposición temporal “*Asir la vida: Mujeres artistas en Chile 1965-1990*” con el objetivo de vincular esta con la Unidad 2, del Currículum Nacional. Para el electivo de estética de dicho nivel educacional: “Interpretación de expresiones artísticas”, específicamente, al objetivo de aprendizaje central (OAC) número 05 que señala: “Interpretar obras artísticas (visuales, musicales, literarias, teatrales, audiovisuales, dancísticas, entre otras), considerando conceptos filosóficos, corrientes de la teoría del arte y temas de la sociedad actual”.

De los antecedentes recabados en la investigación interna realizada a partir de lo sucedido, y siguiendo el protocolo conjuntamente con la orientación establecida en el Proceso de Acciones Correctivas-Preventivas de nuestro Servicio, se resolvió incorporar formalidades que permitan velar por el adecuado cumplimiento del rol de mediadoras/es del equipo del MNBA, el que deberá orientarse con las directrices entregadas por la institución, haciendo énfasis que las funciones de esta área deben alinearse a la misión y objetivos del Museo Nacional de Bellas Artes, en el sentido

de aproximar a las personas de toda edad -tanto de Chile, como de otros lugares del mundo-, al patrimonio cultural que custodia nuestra institución y a las líneas explicativas de las exposiciones y las obras, sobre la base de propiciar una **experiencia de diálogo y encuentro**, adecuándose a las características y edades de los integrantes de cada grupo.

Debido a esto, es preciso señalar que el apego estricto a directrices argumentativas puede verse debilitado, cayendo en interpretaciones subjetivas, debido al formato presencial y de diálogo sobre el que se sustenta la mediación entre personas, el que se encuentra exento de formatos cerrados unidireccionales como grabaciones o audio guías.

La composición del área de Mediación y Educación del MNBA la conforman actualmente cuatro (4) profesionales del ámbito de la educación y artes visuales con experiencia en patrimonio, museología e historia del arte, cuyos nombres y currículos son los siguientes:

**a) GRACIELA ECHIBURU BELLETTI**

Profesora de Artes Plásticas, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (1996). Con estudios de Magíster en Educación con mención en gestión de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, diplomada en Comunicación y Educación de la Universidad Alberto Hurtado (2018). Entre 2005 y 2007 trabajó en diferentes establecimientos educativos de Santiago. En 2012 realizó una pasantía en el área educativa del Museo Nacional del Prado, España. Actualmente es coordinadora del área de Mediación y Educación del MNBA, institución donde trabaja desde 2007.

**b) MATÍAS CORNEJO GONZÁLEZ**

Licenciado en Artes con mención en Escultura y Profesor de Artes Visuales por la Universidad de Chile. Posee también el grado de Magíster en Educación con especialidad en Museos y Galerías de Arte por el Instituto de Educación de University College London. Ha publicado y presentado su trabajo sobre Educación en Museos tanto en Chile como en el extranjero. Actualmente forma parte del área de Mediación y Educación del Museo Nacional de Bellas Artes de Chile (MNBA), institución donde trabaja desde 2016.

**c) CONSTANZA NILO RUIZ**

Licenciada en Artes Visuales PUC, Licenciada en Artes y Maestría en Arte Contemporáneo y Nuevos Medios (Universidad Paris 8, Francia). Ha trabajado en torno a la mediación y la educación artística en instituciones educativas y culturales en París y en Santiago. Actualmente forma parte del equipo del área de Mediación y Educación del Museo Nacional de Bellas Artes (MNBA), institución donde trabaja desde 2016.

**d) MARIANA VADELL WEISS**

Licenciada en Artes PUC y Magíster en Artes Visuales en la Australian National University, ha trabajado en instituciones culturales de diversa naturaleza tanto en la capital como en regiones de nuestro país, siempre formando parte de iniciativas donde la mediación y la creación artística aporten a enriquecer la vida y el desarrollo de las personas. Actualmente forma parte del equipo del área de Mediación y Educación del Museo Nacional de Bellas Artes (MNBA), institución donde trabaja desde 2020.

## **2. Respecto al Marco de Trabajo de Mediación y Educación que realiza el Museo Nacional de Bellas Artes.**

La mirada a la exhibición de la colección patrimonial del MNBA -que se acrecienta anualmente con nuevas adquisiciones que son evaluadas por un comité multidisciplinar del museo- está en línea con la movilidad de los contextos históricos y sociales, considerando propuestas expositivas que plantean cruces y reflexiones desde el pasado hacia el presente, renovando la vigencia de las piezas y abarcando distintas disciplinas de las artes visuales.

**Por lo que para entender el trabajo que realiza nuestro Museo debemos partir señalando la definición ICOM de museo:** *“Institución sin ánimo de lucro, permanente y al servicio de la sociedad, que investiga, colecciona, conserva, interpreta y exhibe el patrimonio material e inmaterial. Abiertos al público, accesibles e inclusivos, los museos fomentan la diversidad y la sostenibilidad. Con la participación de las comunidades, los museos operan y comunican ética y profesionalmente, ofreciendo experiencias variadas para la educación, el disfrute, la reflexión y el intercambio de conocimientos”.*

Ahora bien, **el Marco metodológico del MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES señala que** es una institución que en esencia permite evidenciar la estrecha conexión entre las artes visuales y los patrimonios, a partir de esto, en el quehacer educativo y de mediación que desarrolla se combinan visiones y estrategias de la mediación cultural y artística, así como de la educación artística y patrimonial.

En la actualidad la educación en museos ha transitado desde la entrega de información a partir de guiones en visitas guiadas hacia distintas acciones que posicionan a las y los visitantes no sólo como receptores pasivos, sino que activos participantes de la cultura y el patrimonio.

Desde la institucionalidad cultural se han puesto a disposición publicaciones que buscaron aportar a la profesionalización y desarrollo de la labor hacia los públicos de diferentes actores culturales como educadores y gestores independientes o de instituciones como museos y espacios culturales en general, una de estas es *Herramientas para la gestión cultural local. Mediación Artística. Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (2012)*, donde es posible encontrar la definición de mediación cultural como *“una instancia comunicativa entre dos partes, que permite realizar un intercambio vinculante e interactivo, como un flujo o canal de información. (...) Asimismo, se colabora en la búsqueda de una convivencia cultural donde todos participan”.*

**Sobre el programa de mediación: acciones y programas desarrollados en el Museo Nacional de Bellas Artes**, este se materializa a través de acciones como visitas mediadas, visitas + taller, activaciones mediadas, talleres, cursos, encuentros y convocatorias participativas, entre otras. Diseñado acorde a determinados públicos objetivo, algunas de ellas en vinculación con carteras ministeriales. Dentro de los más destacados se encuentran el de Mediaciones culturales para adultos mayores, que se articula con el programa Envejecimiento activo del Servicio Nacional del Adulto Mayor; convenios de colaboración con la Defensoría de la Niñez, el Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas (CPEIP) de Mineduc, entre otros.

**El Objetivo del ÁREA MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN DEL MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES (ME-MNBA)** consiste en aproximar a las personas de toda edad, tanto de Chile, como de otros lugares del mundo, a vivir una experiencia con las artes visuales y el patrimonio, fomentando su valoración y favoreciendo el desarrollo del pensamiento crítico y la participación, basado en un enfoque de derechos, donde toda persona pueda reconocer, apreciar, y sentirse parte, por medio de la interpretación y apropiación del museo y su acervo.

**El Área responsable de la relación directa con las y los visitantes** es a través de un programa de mediación compuesto por distintas acciones y líneas de trabajo. Su rol se posiciona al alero de la misión y objetivos del Museo, en línea con la función, rol social y educativo de una institución pública y de carácter nacional.

Esta metodología se sustenta en Investigaciones, casos y estudios acerca de la educación en museos, la mediación, el patrimonio y las artes visuales, que a nivel internacional han impulsado cambios de paradigmas, siempre con la finalidad de responder a los cambios de una sociedad dinámica que exige a los museos y a los procesos educativos revisar constantemente sus prácticas, lo que permite contribuir al fortalecimiento de una institucionalidad cultural centrada en las personas. Lo anterior a través de metodologías propias de la mediación artístico-cultural, la educación artística y educación patrimonial, como la escucha activa, la promoción de un diálogo participativo y el desarrollo de la creatividad sobre la base de las artes visuales.

### **3. Respeto a las Visitas Mediadas y su dinámica en el MNBA.**

Es un servicio presencial de recorridos con mediación especializada, basados en el **diálogo** en torno al patrimonio, el museo, contenidos de exposiciones y obras.

La dinámica de trabajo que se ha realizado en los últimos diez años busca propiciar una experiencia de encuentro con enfoque crítico que permea el discurso institucional a través de prácticas participativas e interpretaciones compartidas, adecuando los contenidos a las edades de los visitantes y, a su vez, con mediación de un docente en el caso de visitas escolares.

Los usuarios envían una ficha con los datos de la institución/agrupación, dirección, teléfono y correo electrónico, cantidad de personas, segmento etario (Ej: adultos mayores), tema, objetivo y/o exposición a visitar, y si se requiere algún tipo de adecuación (Neuro divergencia, problemas de movilidad etc.) y con esta información se agenda la visita correspondiente.

Actualmente esta metodología se encuentra en revisión de sus etapas y componentes, con el acompañamiento de la Coordinación de Calidad del Serpat, con el propósito de certificar, durante el 2025 el proceso, nuevamente acorde a la Norma ISO 9001: 2015 MECANISMO DE ATENCIÓN.

### **4. Respeto a la preparación del equipo de mediación.**

Todos nuestros mediadores poseen información y antecedentes respecto de cada contenido que deben abordar en las visitas que participan, tales como bibliografía actualizada, textos académicos y catálogos, además de entrevistas a curadores y artistas, y otros agentes relevantes para la definición de contenidos que se expondrán. En general, además, se abordan los siguientes temas:

- 1) Énfasis institucional:** Importancia del patrimonio del MNBA, la valoración de los museos nacionales, el fomento de la participación, la importancia de investigar, exhibir y resguardar esta colección para una institución museal.
- 2) Monumento histórico:** Contexto histórico de la fundación del Museo, atributos del edificio y de la construcción del Palacio de Bellas Artes y elementos arquitectónicos.
- 3) Exhibiciones:** Colección del museo como exposiciones temporales.

### **5. Respeto a la labor del área durante los últimos años.**

#### **Pandemia 2020 – 2021**

#### **Año 2022.**

Durante este período el área tuvo un rol preponderante en acercar los contenidos del MNBA a los distintos públicos de manera virtual a partir de diversas acciones dadas las condiciones sanitarias Se destaca la campaña #MNBAenCasa.

### **Año 2023.**

En este periodo de reapertura se destaca el aumento en los públicos más jóvenes, impulsándose acciones de mediación y educación del museo a través de la realización de distintas actividades tales como visitas, talleres y convocatorias públicas.

En el marco de la exposición retrospectiva de la artista Cecilia Vicuña, *Soñar el Agua. Una retrospectiva del futuro* se contó con el apoyo de un sponsor privado (EDF Andes sucursal de la eléctrica francesa EDF) que permitió reforzar el programa de mediación aumentando la cantidad de mediadores de cinco a nueve, pudiendo ofrecer el servicio los fines de semana, sumando un total de **14.438** personas atendidas.

### **Año 2024.**

Durante el año en curso, se desarrollan labores con un equipo más pequeño constituido por 4 personas (tres mediadores y su jefatura). La ejecución de trabajos del Proyecto de Conservación del MNBA ha incidido en la cantidad de actividades mediadas las cuales se han reducido en comparación a años anteriores. Sin embargo, **se registra para el período entre enero y julio, que un total de 3.799 personas han participado.**

#### **6. Sobre si existe un instructivo: información que debe entregarse a los visitantes del MNBA en visitas mediadas.**

No existe un guion que se replique como modelo, dado que cada visita mediada se diseña acorde a las solicitudes correspondientes. Existiendo un contexto base desde el cual se parte, para que en cada visita se aborden los objetivos, obras o exposiciones que se consignan en la ficha correspondiente. De ser solicitado un objetivo o tema que no es posible revisar en una visita mediada en este museo, se informa al solicitante y se le ofrecen alternativas acordes a la programación expositiva.

#### **7. Formación continua del equipo de mediadores:**

Se vela por este proceso a través de reuniones y encuentros con curadores y artistas (de exposiciones externas o de la colección del museo). Se da espacio a la revisión bibliográfica, a la participación y asistencia a encuentros y seminarios del ámbito de las artes visuales, los patrimonios, la mediación artística-cultural y la educación. Esto entrega las herramientas y contenidos para el adecuado abordaje de la programación expositiva y del patrimonio material y simbólico del museo.

#### **8. Respecto a la Pauta Base de las Visitas Mediadas:**

Al recibir a cada grupo se verifica si existen modificaciones a los contenidos o exposiciones que se solicitó abordar en el formulario que se completa cuando se solicita agendar la visita mediada, para consensuar énfasis, autores, obras, que sean relevantes. Desarrollándose los siguientes hitos:

- 1) Bienvenida por parte del o la mediadora responsable.
- 2) Se entregan indicaciones de seguridad.
- 3) Como pregunta inicial se consulta quiénes han visitado previamente el museo, para luego realizar una contextualización, en cuanto a su especificidad (artes visuales y patrimonio), rol de un museo nacional, aspectos históricos y de su arquitectura que se ajustan a la edad y características de visitantes.

**Se tiende a propiciar un diálogo a través de** preguntas con el grupo, para generar un clima que favorezca experiencias significativas. Así, se presenta al museo como un espacio cercano, de aprendizaje participativo y dinámico. Se aspira a que cada persona, en todos los rangos etarios, se vincule y se sienta parte del acervo del museo de forma reflexiva.

Se solicita al mediador/a una actitud empática y flexible para realizar ajustes para una buena experiencia en casos en que sea pertinente y finalmente se realiza una Encuesta de Satisfacción de Visitas Mediadas que se entrega al encargado del grupo al finalizar la actividad.

## 9. Resultados Encuesta de Satisfacción<sup>1</sup>

### a. Resultados año 2023

- Del total de encuestados/as un **85% considera la experiencia de visita mediada como “muy buena”**; un 11% como “buena”; un 1,18% como “regular”; un 0,39% como “mala” y un 1,57% no responde.

### b. Resultados Encuesta de Satisfacción 2024 – marzo a julio

- Del total de encuestados/as **un 94% considera la experiencia de visita mediada como “muy buena”**; un 6% como “buena”; un 0% como “regular”; un 0% como “mala” y un 0% no responde.

## 10. Número de Participantes- Visitas Mediadas (diferentes edades y grupos socioeconómicos)

- **Año 2023: 10.023** personas.
- **Año 2024: 2.599** personas.

La diferencia observada respecto del año anterior, se debe a la disminución del equipo en un 50% aproximado, sumado a trabajos en Proyecto de Conservación y Restauración edificio MNBA.

## 11. Anexos.

Finalmente, para su conocimiento y fines pertinentes acompañamos, los siguientes documentos que tienen relación con las Visitas Mediadas de nuestra institución:

- Formulario Encuesta de Satisfacción de usuarios/usuarioas Visitas Mediadas
- Formulario Solicitud Ficha Agenda Visitas Mediadas
- Documento Reporte GAPA-OPE-04-02 proceso Gestión de visitas mediadas en el MNBA
- Acta del comité operativo de calidad, donde se define la preparación y certificación de los procesos del SGC.
- Programa de auditoría interna de calidad para el periodo 2024-2025 donde se incluye la revisión del proceso de gestión de visitas mediadas del MNBA.

Es todo cuanto puedo informar.

Roberto Gabriel  2024.09.23  
Concha Mathiesen 16:52:19 -03'00'

**ROBERTO CONCHA MATHIESEN**  
**DIRECTOR NACIONAL (S)**  
**SERVICIO NACIONAL DEL PATRIMONIO CULTURAL**

JCV/DMF/NSP/VBZ 

<sup>1</sup> Durante el Año 2023, se contabilizaron 255 encuestas respondidas en total, y hasta julio de este año 2024, se han contabilizado 30 encuestas respondidas en total.

**DISTRIBUCIÓN:**

Gabinete – Dirección Nacional, SERPAT.

División Jurídica, SERPAT.

Dirección, Museo Nacional de Bellas Artes



**Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural**

Ministerio de las Culturas,  
las Artes y el Patrimonio

## ACTA DE REUNIÓN

Código: REG-GC-004  
Página: **1** de **4**  
Revisión: 7  
Fecha Revisión: 31.07.2023

**Reunión de:** Comité Operativo de Calidad

**Fecha / Horas**

31/05/2024

**Inicio:** 11:30

**Final:** 12:30

### Agenda

1.
  - Primera reunión de Comité Operativo de Calidad.
  - Revisar las principales acciones del plan de funcionamiento de Calidad.
  - Definir los procesos a certificar en 2025.

### Participantes

1.	Rosa Labra Torres Encargada Unidad de Control de Gestión	
2.	Marta Valencia Coordinadora de Calidad Unidad de Control de Gestión	
3.	Joaquín Bermudes Jefe Departamento de Planificación y Presupuesto	

### Temas Tratados

#### **Sobre proceso de planificación estratégica periodo 2024-2028.**

Inicia la reunión y Coordinadora de Calidad informa la importancia del resultado del proceso de planificación estratégica, un elemento base y necesario para el Sistema de Gestión de Calidad Institucional.

1. El Jefe de Departamento, a cargo del proceso de planificación estratégica en el Serpat, informa que se definirá un plan para el periodo 2024-2028 e indica el estado de avance del proceso con posibilidad de finalizar a fines de julio de 2024.





**Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural**

Ministerio de las Culturas,  
las Artes y el Patrimonio

## ACTA DE REUNIÓN

Código: REG-GC-004  
Página: **2** de **4**  
Revisión: 7  
Fecha Revisión: 31.07.2023

### Temas Tratados

#### **Sobre Sistema de Gestión de Calidad (SGC).**

En relación SGC, se analiza la posibilidad de certificar externamente los procesos de acuerdo a una planificación, que inicialmente estaba acordado para el periodo 2023-2026 y dada las restricciones presupuestarias se deberá modificar.

2. Considerando lo anterior y lo acordado por el Comité Operativo de Calidad, se presentará un plan actualizado para el periodo 2025-2027 acorde al presupuesto asignado en 2024 (para auditorías internas de calidad) y presupuesto solicitado para 2025 (certificación y otros), además de considerar los resultados del último diagnóstico del SGC realizado (fines de 2022).

En función del plan, se debe establecer un plan de trabajo individual con responsable y encargado(a) de cada proceso operativo, con el fin de prepararles para la certificación.

#### **Dos procesos para certificar en año 1 (2025).**

Candidatos de acuerdo a resultado del diagnóstico:

- GESTIÓN DE EXHIBICIONES PERMANENTES – “MANTENIMIENTO DE EXHIBICIONES PERMANENTES” SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE MUSEOS Y MUSEOS REGIONALES Y/O ESPECIALIZADOS que están actualmente en el alcance:

1	MUSEO REGIONAL DE ANTOFAGASTA
2	MUSEO GABRIELA MISTRAL DE VICUÑA
3	MUSEO DEL LÍMARÍ DE OVALLE
4	MUSEO DE ARTES DECORATIVAS DE SANTIAGO
5	MUSEO HISTÓRICO DOMINICO DE SANTIAGO
6	MUSEO DE LA EDUCACIÓN GABRIELA MISTRAL DE SANTIAGO
7	MUSEO DE ARTES Y ARTESANÍAS DE LINARES
8	MUSEO HISTÓRICO DE YERBAS BUENAS
9	MUSEO DE HISTORIA NATURAL DE CONCEPCIÓN
10	MUSEO MAPUCHE DE CAÑETE
11	MUSEO REGIONAL DE LA ARAUCANÍA DE TEMUCO
12	MUSEO REGIONAL DE MAGALLANES DE PUNTA ARENAS
13	MUSEO TERRITORIAL YAGAN USI - MARTÍN GONZÁLEZ CALDERÓN (EX MUSEO ANTROPOLOGICO MARTIN GUSINDE)

- GESTIÓN DE COLECCIONES PARA PRÉSTAMO A DOMICILIO – BIBLIOTECA DE SANTIAGO





Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural

Ministerio de las Culturas,  
las Artes y el Patrimonio

## ACTA DE REUNIÓN

Código: REG-GC-004  
Página: **3** de **4**  
Revisión: 7  
Fecha Revisión: 31.07.2023

### Temas Tratados

#### **Tres procesos para certificar en año 2 (2026).**

Candidatos de acuerdo a resultado del diagnóstico:

- GESTIÓN DE COPIAS CERTIFICADAS – ARNAD – ART – ARA

1	ARCHIVO NACIONAL DE LA ADMINISTRACIÓN (ARNAD)
2	ARCHIVO REGIONAL DE TARAPACÁ (ART)
3	ARCHIVO REGIONAL DE LA ARAUCANÍA (ARA)

- GESTIÓN DE VISITAS

1	VISITAS MEDIADAS MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES
2	VISITAS GUIADAS MUSEO HISTÓRICO NACIONAL

- GESTIÓN DE CURSOS DE ALFABETIZACIÓN DIGITAL-BIBLIOREDES (POR CONFIRMAR, dado que hay laboratorios sin prestación de Servicios.)

#### **Tres o más procesos para certificar en año 3 (2027).**

Candidatos de acuerdo a resultado del diagnóstico:

- GESTIÓN DE COLECCIONES PARA PRÉSTAMO A DOMICILIO – BIBLIOMETRO
- GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN PATRIMONIAL - SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN
- GESTIÓN DE PUBLICACIONES – CENTRO DE INVESTIGACIÓN BARROS ARANA

#### **Sobre el financiamiento de actividades del Sistema de Gestión de Calidad.**

4. Para el año 2024 hay recursos presupuestarios para actividades de auditoría interna de calidad de los dos procesos priorizados a certificar en 2025, mencionados en punto anterior. Por otra parte, el jefe de Departamento informa que se incluyó requerimiento de recursos para la certificación externa de los procesos en una línea de presupuesto para el año 2025.

#### **Sobre programa de auditoría interna de calidad 2024.**

5. Coordinadora de Calidad informa al Comité que había un grupo de aproximadamente 40 auditores/as Internos de Calidad y actualmente –dado retiros voluntarios e involuntarios–, se redujo a 29 auditores/as.
- El Comité analiza y coincide que las actividades relacionadas a la auditoría interna de calidad deberán financiarse a través de agencia o con viáticos, acción que será consultada a la Unidad de Presupuestos.





**Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural**

Ministerio de las Culturas,  
las Artes y el Patrimonio

## ACTA DE REUNIÓN

Código: REG-GC-004  
Página: **4 de 4**  
Revisión: 7  
Fecha Revisión: 31.07.2023

Tareas por Realizar		Fecha Tope	Responsable Acción
1.	Generar acta de reunión y acuerdos, enviar por correo electrónico a participantes.	24/06/2024	Marta Valencia Coordinadora de Calidad
2.	Coordinar reunión con responsable y encargado/a de proceso priorizado para certificar año 2025: <input type="checkbox"/> GESTIÓN DE EXHIBICIONES PERMANENTES - "MANTENIMIENTO DE EXHIBICIONES PERMANENTES" SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE MUSEOS Y MUSEOS REGIONALES Y/O ESPECIALIZADOS.	24/06/2024	Marta Valencia Coordinadora de Calidad
3.	Coordinar reunión con responsable y encargado/a de proceso priorizado para certificar año 2025: <input type="checkbox"/> GESTIÓN DE COLECCIONES PARA PRÉSTAMO A DOMICILIO - BIBLIOTECA DE SANTIAGO.	Por definir	Marta Valencia Coordinadora de Calidad
4.	Enviar consulta a Unidad de Presupuestos, sobre opción de financiamiento para las actividades de auditoría interna de calidad (por agencia o viáticos).	24/06/2024	Rosa Labra Encargada Unidad de C. de Gestión
5.	Aprobar Programa Anual de Auditoría Interna de Calidad	24/06/2024	Comité Operativo de Calidad

Tareas Pendientes		Fecha Tope	Responsable Acción
1	-		

Agenda Próxima Reunión	
1.	Julio 2024.





Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural

Ministerio de las  
Culturas, las Artes  
y el Patrimonio

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS (AS) GESTIÓN DE VISITAS MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES

El Servicio Nacional del Patrimonio Cultural, con el objetivo de mejorar continuamente su servicio, ha diseñado una encuesta de evaluación de satisfacción para los(as) usuarios(as) que participan de visitas mediadas en el Museo Nacional de Bellas Artes.

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

COLEGIO/ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

Código V.G.	
-------------	--

TEMA DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

### A. EVALUACIÓN DE LA VISITA.

En relación al servicio entregado:

		SI	NO
P1	¿La visita mediada se realizó en el horario programado previamente?		
P2	En relación a la temática requerida: ¿Los contenidos fueron desarrollados adecuadamente?		
P3	¿El (la) profesional que los atendió fue claro(a) y demostró un adecuado manejo en la entrega de contenidos, adaptando el lenguaje a las características del grupo?		
P4	¿Recibieron un trato cordial y respetuoso por parte del profesional que los atendió?		
P5	Luego de esta visita mediada: ¿Considera Ud. que esta experiencia contribuye al desarrollo de un pensamiento reflexivo frente al arte para quienes participaron de ella?		

### B. OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN A LA VISITA MEDIADA.

Marque con una X ¿Cómo definiría usted su experiencia en relación a la visita mediada?

Muy buena	Buena	Regular	Mala

C.-Estimado/a Profesor/a: Si desea puede dejar una opinión de la visita mediada.

--

*Muchas gracias por su tiempo y colaboración*



## Mediación y Educación MNBA / AGENDA VISITA MEDIADA

Día	Mes	año				
			Martes a viernes		Sólo martes y jueves	
			Hora	10:30	11:30	15:30
		2024	Marca " x " en la alternativa escogida			

### DATOS INSTITUCIÓN

Nombre de la institución	Tipo de financiamiento: P. Pagado, P. Subvencionado, Municipal, Otras instituciones	Dirección	Comuna	Región

Teléfono (s) de la institución	Correo electrónico de la institución

### DATOS GRUPO

Tema/objetivo/ exposición a visitar	Curso/ Nivel/ Especialidad	N° de integrantes	N° de adultos acompañantes



## Mediación y Educación MNBA / AGENDA VISITA MEDIADA

### CONSIDERACIONES RESPECTO AL GRUPO

Si su grupo incluye integrante(s) con alguna necesidad especial (personas con discapacidad, movilidad reducida, neuro-divergencia, necesidades educativas especiales, etc.), por favor especifíquelo en la siguiente casilla:

--

### DATOS ENCARGADO DE GRUPO

Nombres	Apellidos	Fono móvil

Correo electrónico encargada/o de grupo



Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural

Ministerio de las Artes,  
de la Cultura y del Patrimonio

## PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: REG-GC-007  
Página: 1 de 4  
Revisión: 9  
Fecha Revisión: 31.07.2023

AÑO AUDITORÍA: Periodo 2024-2025

FECHA ÚLTIMA MODIFICACIÓN PROGRAMA ANUAL AIC: 24.06.2024

### AÑO AUDITORÍA: 2024

N°	PROCESO	UNIDAD	MES ESTIMADO PARA LA AUDITORÍA													
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP	Subdirección Nacional de Museos												X		
2.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Regional de Antofagasta												X		
3.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Gabriela Mistral de Vicuña												X		
4.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo del Limarí de Ovalle												X		
5.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo de Artes Decorativas de Santiago												X		
6.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Histórico Dominicó de Santiago												X		
7.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo de la Educación Gabriela Mistral de Santiago												X		
8.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo de Artes y Artesanías de Linares													X	
9.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Histórico de Yerbas Buenas													X	
10.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo de Historia Natural de Concepción													X	
11.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Mapuche de Cañete,													X	
12.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Regional de la Araucanía de Temuco													X	
13.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Regional de Magallanes de Punta Arenas													X	
14.	Gestión de Exhibiciones Permanentes - MEP Control de Salidas No Conforme	Museo Territorial Yagán Usi - MGC de Puerto Williams													X	
15.	GC para Préstamo a Domicilio Control de Salidas No Conforme	Biblioteca de Santiago													X	



Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural

Ministerio de las Culturas,  
de las Artes y del Patrimonio

## PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: REG-GC-007

Página: 2 de 4

Revisión: 9

Fecha Revisión: 31.07.2023

N°	PROCESO	UNIDAD	MES ESTIMADO PARA LA AUDITORÍA														
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
16.	Auditoria Interna	Unidad de Auditoria Interna														X	X
17.	Monitoreo del Desempeño Institucional	Unidad de Control de Gestión														X	X
18.	Procesos de Mejora Continua (SGC) - Control de Información documentada - Auditorías Internas de Calidad - Acciones Correctivas y de Mejora - Control de Salidas No Conforme - Revisión por la Dirección Sistema de Gestión de Riesgos Institucional (Alcance SGC)	Unidad de Control de Gestión														X	X
19.	Compras y Abastecimiento	Unidad de Abastecimiento y Logística														X	X
20.	Higiene y Seguridad	Unidad de Higiene y Seguridad (Laboral)														X	X
21.	Desarrollo de Personas (Capacitación)	Unidad de Desarrollo Organizacional-DGDP														X	X
22.	Gestión de Personal (Reclutamiento y Selección)	Unidad de Reclutamiento y Selección-DGDP														X	X
23.	Gestión de Personal (Contrataciones)	Unidad de Administración de Personas-DGDP														X	X
24.	Soporte Tecnológico	Coordinación de Política Digital														X	X
25.	Atención Ciudadana	Unidad de Transparencia, SIAC y Lobby														X	X
26.	Comunicación Estratégica	Departamento de Comunicaciones														X	X
27.	Formulación de proyectos y otros (Infraestructura)	Unidad de Proyectos de Inversión														X	X
28.	Otro que sea pertinente	-														X	X



Servicio Nacional  
del Patrimonio  
Cultural

Ministerio de las Artes, Culturas,  
Historia y Patrimonio

## PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: REG-GC-007  
Página: 3 de 4  
Revisión: 9  
Fecha Revisión: 31.07.2023

### AÑO AUDITORÍA: 2025

N°	PROCESO	UNIDAD	MES ESTIMADO PARA LA AUDITORÍA													
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1.	Gestión de Visitas Control de Salidas No Conforme	Museo Nacional de Bellas Artes			X											
2.	Gestión de Visitas Control de Salidas No Conforme	Museo Histórico Nacional			X											
3.	GC para Préstamo a Domicilio Control de Salidas No Conforme	Bibliometro			X											
4.	Certificaciones (Gestión de copias certificadas) Control de Salidas No Conforme	Archivo Nacional de la Administración; Archivo Nacional.			X											
5.	Certificaciones (Gestión de copias certificadas) Control de Salidas No Conforme	Archivo Regional de Tarapacá; Dirección Regional de Tarapacá.			X											
6.	Certificaciones (Gestión de copias certificadas) Control de Salidas No Conforme	Archivo Regional de Tarapacá; Dirección Regional de la Araucanía.			X											
7.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Nivel central,			X											
8.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de Recoleta en la Región Metropolitana,			X											
9.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de San Bernardo en la Región Metropolitana,			X											
10.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de Tarapacá,			X											
11.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de Antofagasta,			X											
12.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de Atacama,			X											
13.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de Coquimbo,			X											
14.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región de Valparaíso,			X											
15.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de Los Andes,			X											
16.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región General Bernardo O' Higgins,			X											
17.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región del Maule,				X										

**PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD**

Código: REG-GC-007  
Página: 4 de 4  
Revisión: 9  
Fecha Revisión: 31.07.2023

N°	PROCESO	UNIDAD	MES ESTIMADO PARA LA AUDITORÍA													
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
18.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región del Biobío,				X										
19.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de Chillán,				X										
20.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de la Araucanía,				X										
21.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región de Los Lagos,				X										
22.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de capacitación de la Región de Los Ríos,				X										
23.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación de la Región de Aysén,				X										
24.	Cursos presenciales (Ex GC Alfab. Digital) Control de Salidas No Conforme	Laboratorio de Capacitación en la Región Magallanes,				X										
25.	Gestión de Investigación Patrimonial Control de Salidas No Conforme	Subdirección Nacional de Investigación			X											
26.	Gestión de Publicaciones Control de Salidas No Conforme	Centro de Investigación D. Barros Arana - Biblioteca Nacional			X											
27.	Otro que sea pertinente	-		X	X											

**Nota(s):**

- i. El presente Programa Anual de Auditoría Interna de Calidad, aplica a los procesos que están dentro del Alcance del SGC.
- ii. Las actividades se programan para periodo 2024-2025 considerando realizar auditoría remota y/o presencial, que dependerá de la disponibilidad de presupuesto, disponibilidad de las partes interesadas - en todas las actividades antes, durante y posterior al desarrollo de las mismas-, tanto auditores/as internos de calidad como unidades auditadas.

<p><b>ELABORADO POR</b> Marta Valencia Díaz</p> <p>Encargado(a) del Proceso Coordinador(a) de Calidad</p>	<p><b>REVISADO POR</b> Rosa Labra Torres</p> <p>Responsable del Proceso Encargado(a) Unidad de Control de Gestión</p>	<p><b>APROBADO POR</b> Joaquín Bermúdez Zumelzu</p> <p>Representante de la Dirección Jefe(a) Departamento de Planificación y Control de Gestión</p>
---	---	---



# **GAPA-OPE-04-02 Gestión de Visitas Mediadas en el MNBA**

Bizagi Modeler

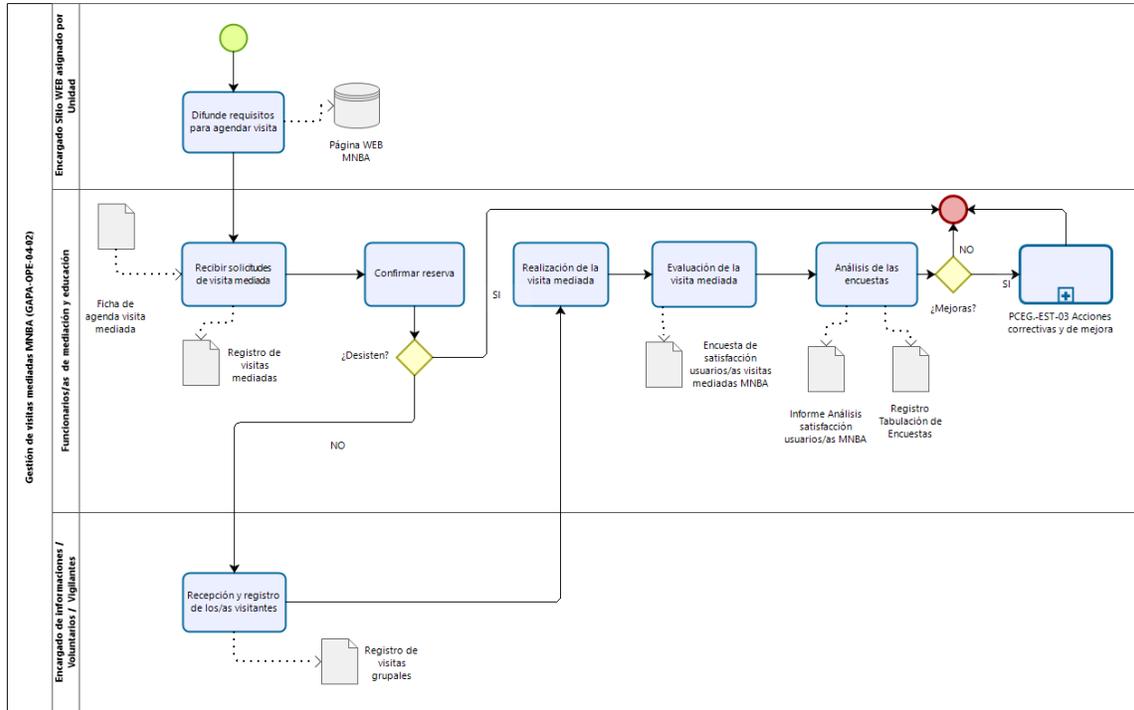
BORRADOR

Tabla de Contenidos

GAPA-OPE-04-02 GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS EN EL MNBA .....	1
BIZAGI MODELER .....	1
1 GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS (GAPA-OPE-04-02) .....	3
1.1 GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS MNBA (GAPA-OPE-04-02).....	4
1.1.1 Elementos del proceso .....	8
1.1.1.1 <input type="checkbox"/> Difunde requisitos para agendar visita .....	8
1.1.1.2 <input type="checkbox"/> Recibir solicitudes de visita mediada.....	8
1.1.1.3 <input type="checkbox"/> Confirmar reserva .....	8
1.1.1.4 <input type="checkbox"/> Recepción y registro de los/as visitantes .....	9
1.1.1.5 <input type="checkbox"/> Realización de la visita mediada.....	9
1.1.1.6 <input type="checkbox"/> Evaluación de la visita mediada .....	9
1.1.1.7 <input type="checkbox"/> Análisis de las encuestas .....	9

BORRADOR

# 1 GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS (GAPA-OPE-04-02)



BORRADOR

**Versión:**

1

**Autor:**

Marta Valencia Díaz

## 1.1 GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS MNBA (GAPA-OPE-04-02)

### CONTROL DE CAMBIOS

N° REVISIÓN	FECHA	MOTIVO DE LA REVISIÓN	PÁGINAS ELABORADAS O MODIFICADAS
1 (Uno)	24.08.2015	Creación	
2 (Dos)	12.07.2017	Incorporación de párrafo para derivar a procedimiento de Acciones correctivas y Acciones Preventivas. Ajustes de redacción	4 y 5
3 (Tres)	05.12.2019	Traspaso del procedimiento a formato bizagi. Ajuste del control de registros. Se precisa la descripción de actividades.	Todas

### FICHA DE PROCESO

NOMBRE PROCESO	NOMBRE MACROPROCESO	TIPO	CÓDIGO
GESTIÓN DE VISITAS MEDIADAS EN EL MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES	GESTIÓN DEL ACERVO PATRIMONIAL Y ACCESO	OPERACIONAL	GAPA-OPE-04-02

#### 1. RESPONSABILIDAD

RESPONSABLE DE PROCESO	ENCARGADO(A) DE PROCESO
DIRECTOR/A DEL MNBA	COORDINADORA DE MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN

#### 2. OBJETIVO

Programar y ejecutar las visitas mediadas para dar respuesta a los/as usuarios/as del MNBA

#### 3. ALCANCE

Aplica a todos los(as) usuarios(as) que requieren realizar visitas mediadas programadas en Museo Nacional de Bellas Artes

#### 4. FUENTES DE ENTRADAS

#### 5. ENTRADAS

1	Procesos Exhibiciones permanentes y transitorias	1	Contenido de las Exhibiciones
2	Proceso de mantención de edificio	2	Espacio físico óptimo para realizar la visita
3	Procesos de seguridad	3	Seguridad de la exhibición
4	Usuarios/as	4	Solicitudes de visita mediada (Ficha agenda visita mediada)

6. SALIDAS		7. RECEPTORES DE LAS SALIDAS	
1	Visita mediada realizada y evaluada	1	Solicitantes  Usuarios/as

8. PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO EXTERNAMENTE		
Nº	PROVEEDOR	PROCESO / PRODUCTO / SERVICIO
1	Mediadores	RRHH para cumplir funciones de Mediadores para complementar el trabajo del equipo cuando sea necesario.

9. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS		
1	Visitas mediadas:	Recorrido dialógico por el museo, que involucra al visitante y al mediador, en una conversación en torno a los contenidos de las exposiciones.
2	MNBA	Museo Nacional de Bellas Artes.
3	Responsable emisión:	Nombre del cargo responsable de generar el registro.
4	Tiempo de retención: (Almacenamiento)	Período de tiempo en que el registro se conserva almacenado.
5	Recuperación: (Almacenamiento)	Criterio de ordenamiento de los registros para facilitar su búsqueda o recuperación posterior. Por ejemplo: Por fecha, N° de correlativo, por evento, ID de Compra u otros.
6	Medio de soporte: (Almacenamiento)	Papel o digital.
7	Lugar: (Almacenamiento)	Dónde se almacena el registro. Si es digital indicar ruta de red o disco duro hasta llegar a la carpeta que lo contiene. Ejemplo: Z:\Proyecto 1\2015). Si el almacenamiento es físico indicar la ubicación del archivador que lo contiene. Ejemplos: Archivador 1 en oficina X
8	Responsable: (Almacenamiento)	Cargo responsable de la conservación y protección del registro.
9	Disposición: (Nivel de criticidad)	Acción que debe realizarse con el registro una vez cumplido el tiempo de retención. Ejemplo: Bodega, eliminación, respaldo digital.
10	Confidencialidad: (Nivel de criticidad)	Corresponde al nivel de acceso a la información contenida en el registro. Los niveles definidos son los siguientes:  - <b>Confidencial:</b> Información de uso restringido para un grupo específico de personas, definido en forma explícita por la unidad generadora de la información.  - <b>Uso Interno:</b> Sólo para uso del personal del SNPC y personal externo autorizado.  - <b>Uso Público:</b> Puede ser dado a conocer a cualquier persona tanto interna como externa al SNPC.

1 1 .	Integridad:  (Nivel de criticidad)	Necesidad de preservar la configuración y contenido de un activo de información. Su modificación no deseada tiene consecuencias que generan distintos niveles de impacto para la institución o terceros. El Valor de este atributo está directamente relacionado con la magnitud de dicho impacto (Alto, medio o bajo).
1 2 .	Disponibilidad:  (Nivel de criticidad)	Necesidad de preservar el tiempo de acceso al activo bajo un umbral predefinido por la institución. Sobrepasar dicho umbral implica indisponibilidad del activo la que genera distintos niveles de impacto para la institución o terceros. El Valor de este atributo está directamente relacionado con la magnitud de dicho impacto (Alto, medio o bajo).

#### 10. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1 .	No aplica	
--------	-----------	--

#### 11. CONTROL DE REGISTROS

N°	IDENTIFICACIÓN	RESPONSABLE EMISIÓN	ALMACENAMIENTO				NIVEL DE CRITICIDAD		
			TIEMPO DE RETENCIÓN / RECUPERACIÓN	MEDIO DE SOPORTE	LUGAR / RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	CONFIDENCIALIDAD	INTEGRIDAD	DISPONIBILIDAD
1 .	Registro de visitas mediadas MNBA	Funcionarios/as Mediación y Educación	3 años / por fecha	Digital	V:\MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN	Eliminar	Uso interno	Alto	Alto
2 .	Registro de visitas grupales	Encargado(a) de Informaciones / Voluntarios / Vigilantes	1 año / por fecha	Papel	Oficina Encargada Relaciones Públicas	Eliminar	Uso interno	Alto	Alto
3 .	Encuesta de satisfacción usuarios/as visitas mediadas MNBA	Funcionarios/as de mediación y educación	1 año / por fecha	Papel	Archivador Encuestas de satisfacción	Eliminar	Uso interno	Bajo	Bajo
4 .	Registro Tabulación de Encuestas	Funcionarios/as de mediación y educación	3 años / por fecha	Digital	V:\MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN	Eliminar	Uso interno	Alto	Bajo
5 .	Informe Análisis satisfacción usuarios/as MNBA	Funcionarios/as de mediación y educación	3 años / por fecha	Digital	V:\MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN	Eliminar	Uso interno	Alto	Alto

12. INDICADORES DE DESEMPEÑO		CRITERIOS DE ACEPTACIÓN			FRECUENCIA DE MEDICIÓN	
		CUMPLE	MEDIO	NO CUMPLE	MONITOREO	EVALUACIÓN
1.	<p><b>Porcentaje de usuarios/as atendidos/as en visitas mediadas por el Área de Mediación y Educación del Museo Nacional de Bellas Artes, en relación a la programación anual del área</b></p> <p>= (Número de usuarios/as atendidos/as en visitas mediadas por el Área Mediación y Educación (AME) del Museo Nacional de Bellas Artes en año t / Número total de usuarios/as programados que sean atendidos/as en visitas mediadas por el Área Mediación y Educación (AME) del Museo Nacional de Bellas Artes en año t ) * 100</p>	ID=100%	N/A	ID<100%	Trimestral	Anual
2.	<p><b>Nivel de Satisfacción de los usuarios (as) de visitas mediadas en Museo Nacional de Bellas Artes.</b></p> <p>Calidad del Producto (satisfacción del cliente) = Sumatoria de las respuestas buena o muy buena de la encuesta / total de respuestas de la encuesta respecto a la opinión.....x100</p>	ID≥90%	N/A	ID<90%	Trimestral	Anual

### 13. OBSERVACIONES

No posee observaciones

Elaborado por: Nombre  Graciela Echiburu Belletti. Cargo  Coordinadora de Mediación y Educación	Revisado por: Nombre  Graciela Echiburu Belletti. Cargo  Coordinadora de Mediación y Educación	Aprobado por: Nombre  Fernando Pérez Oyarzún Cargo  Director del MNBA
--	---	---

---

## 1.1.1 ELEMENTOS DEL PROCESO

### 1.1.1.1 Difunde requisitos para agendar visita

#### Descripción

Difunde a través de la página WEB del Museo los requisitos para poder agendar visitas mediadas, tales como: días y horarios de atención, gratuidad del servicio, temáticas que aborda el museo, cantidad máxima de personas por grupo, forma de agendar visita, entre otros.

#### Ejecutantes

Encargado Sitio WEB

### 1.1.1.2 Recibir solicitudes de visita mediada

#### Descripción

El/la usuario/a solicita la visita guiada a través de correo electrónico, telefónica o personalmente dejando registro de su requerimiento en la "Ficha agenda visita mediada", formulario que se envía por correo electrónico y se encuentra disponible en la página WEB.

#### Ejecutantes

Funcionarios/as de mediación y educación

#### Consultado

Usuarios/as

### 1.1.1.3 Confirmar reserva

### **Descripción**

A través de correo electrónico se confirma la reserva a el/la usuario/a, avisando que no se requiere de otra confirmación, salvo el aviso por parte del usuario/a en caso de inasistencia.

### **Ejecutantes**

Funcionarios/as de mediación y educación

### **Informado**

Usuarios/as

#### **1.1.1.4 Recepción y registro de los/as visitantes**

### **Descripción**

Reciben al grupo completando el registro de visitas grupales. Las personas que reciben al grupo por parte del Museo, dan aviso al personal de Mediación y Educación, a través del anexo telefónico.

#### **1.1.1.5 Realización de la visita mediada**

### **Descripción**

El mediador se presenta, da la bienvenida y entrega información sobre seguridad al grupo (vías de evacuación y protocolo de seguridad ante emergencias). Luego realiza visita mediada según programación e intereses y características del grupo.

### **Ejecutantes**

Funcionarios/as de mediación y educación

### **Informado**

Usuarios/as

#### **1.1.1.6 Evaluación de la visita mediada**

### **Descripción**

Al finalizar la visita mediada, se solicita a el/la encargado/a del grupo completar encuesta de satisfacción de usuarios/as visita mediada MNBA.

NOTAS:

1. La encuesta se aplica solo a grupos agendados en el registro de visitas mediadas, entre marzo y diciembre, que acepten voluntariamente responderla.
2. En el formato de encuestas se consigna el código de la visita, asignado en el registro de visitas.

### **Ejecutantes**

Funcionarios/as de mediación y educación

### **Consultado**

Usuarios/as

#### **1.1.1.7 Análisis de las encuestas**

**Descripción**

Semestralmente se tabulan las encuestas y efectúa análisis con el objeto de detectar posibles puntos débiles, con el propósito de establecer mejoras en el servicio.

Durante el mes de enero se elabora Informe de Análisis de la Satisfacción de usuarios/as el que da cuenta de los resultados obtenidos en el año anterior y propone acciones de mejora cuando corresponda.

NOTA:

En caso que la encuesta tenga respuesta en el punto B, una evaluación "mala", o que el/la usuario/a haya dejado escrito algún comentario en esta misma dirección en el punto C, se deberá registrar una no conformidad de acuerdo al procedimiento PCEG-EST-03 "Acciones Correctivas".

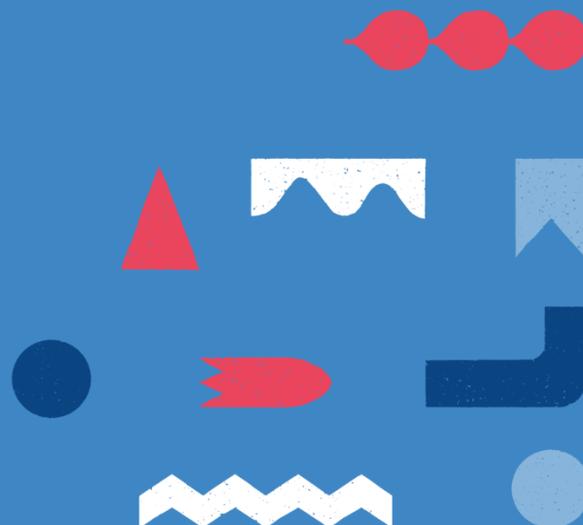
**Ejecutantes**

Funcionarios/as de mediación y educación

BORRADOR

# Proceso Acciones Correctivas y de Mejora PCEG-EST-03

Unidad de Planificación y Control de Gestión  
División de Planificación y Presupuesto  
Servicio Nacional del Patrimonio Cultural  
2024



# Índice

1.1	Control de Cambios .....	3
1.2	Ficha de Proceso .....	5
1.3	Elementos del Proceso .....	9
1.3.1	📄 Acciones Correctivas y de Mejora .....	9
1.3.2	📄 Fase 1: Detección .....	9
1.3.3	📄 Fase 2: Análisis e Implementación .....	11
1.3.4	📄 Fase 3: Seguimiento .....	15
1.3.5	Diagrama de Flujo “Acciones Correctivas y de Mejora” .....	19
1.3.6	Anexos .....	20



## 1.1 Control de Cambios

REVISIONES DEL DOCUMENTO			
Nº Revisión	Fecha	Motivo de la Revisión	Páginas elaboradas o modificadas
2 (Dos)	16.08.2006	Unión del procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas con el procedimiento Control de producto o No Conforme	Todas
3 (Tres)	10.10.2007	Actualización del diagrama de flujo, corrección de almacenamiento de un registro y actualización de la codificación	4, 5 y 6
4 (Cuatro)	16.08.2010	Se cambia Logo Institucional por Logo de Gobierno.	Todas
5 (Cinco)	02.11.2010	Se identifican los Productos No Conformes y cambio de logo.	Todas
6 (Seis)	30.08.2011	Cambio de Logo, reducción de 3 a 2 años la mantención del REG-GC-010. Cambio nombre de Sistema de Planificación y Control de Gestión por Sistema de Monitoreo del Desempeño Institucional. Actualización de los Productos No Conformes del Sistema de Higiene y Capacitación.	Todas
7 (Siete)	27.12.2012	-Mejora de los objetivos del procedimiento. -Modificación de las definiciones de no conformidad, producto no conforme y producto. -Se mejora tabla con la definición de los productos no conformes. -Se incorporan precisiones en el diagrama de flujo. -Se refuerza responsables del levantamiento de No Conformidades	Todas
8 (Ocho)	17.09.2013	Se incorporan los productos no conformes del Proceso de Negocio de la Biblioteca de Santiago "Gestión de colecciones para préstamo a domicilio". Se aclara procedimiento en flujograma	6 y 8
9 (Nueve)	12.11.2013	Se incorpora que aquellas materias que escapan del área auditada o que corresponden a situaciones transversales a cargo de otras unidades, el (la) Coordinador/a de Calidad confeccionará el formulario "Solicitud de acciones correctivas/Preventivas REG-GC-010", derivándolo a la unidad pertinente para el análisis y determinación de la acción a implementar	8
10 (Diez)	25.11.2014	Se cambia el Nombre "Acciones Correctivas, preventivas y Control del Producto No Conforme" por "Acciones Correctivas y Acciones Preventivas". Se elimina del procedimiento todo lo relacionado a Control de Producto No Conforme. Se define responsable de tomar las acciones.	Todas 8
11 (Once)	13.01.2017	En 5.2 Otras Consideraciones se compromete a efectuar periódicamente una revisión de las No Conformidades detectadas ya sea a través de mail o reunión de cierre o verificación de mejoras. Se agrega el numeral 5.3 "Responsabilidades" para determinar quién o quienes deben responder las No Conformidades, dependiendo de su complejidad y unidades involucradas.	8
12 (Doce)	28.11.2017	Se actualiza el procedimiento de acuerdo a los requisitos de la versión 2015 de la norma ISO 9001. Se cambia el nombre "Acciones Correctivas y Acciones Preventivas" por "Acciones Correctivas", eliminando todo lo relacionado con Acciones Preventivas. Se cambia "Producto No Conforme" por "Salida No Conforme"	Todas
13 (Trece)	30.08.2019	Se modifica nombre de la Institución, de Dibam a Servicio Nacional del Patrimonio Cultural. Se perfecciona el objetivo y el alcance. Se mejoran las definiciones. Se incluyen las acciones de mejora y su tratamiento. Se realizan modificaciones de forma y se incluyen los niveles de criticidad para el control de registros y documentos. Se agregan las columnas de niveles de criticidad al punto Formularios, registros y anexos. Se diseña en modelo de reporte generado por herramienta Bizagi Modeler.	Todas



<b>REVISIONES DEL DOCUMENTO</b>			
<b>Nº Revisión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Motivo de la Revisión</b>	<b>Páginas elaboradas o modificadas</b>
14 (Catorce)	08.08.2023	<p>Viene del procedimiento PRO-GC-004, que quedó obsoleto y generó el presente documento del proceso, código PCEG-EST-03.</p> <p>Se ajusta el proceso, de acuerdo a las normas gráficas definidas por el Departamento de Comunicaciones del Servicio Nacional del Patrimonio Cultural.</p> <p>Se modifica lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de Unidad, a Unidad de Planificación y Control de Gestión.</li> <li>• Objetivo, Alcance, Entradas, Salidas y Definiciones.</li> <li>• Control de Registros- se agregan registros</li> <li>• Modifica orden de algunas actividades.</li> <li>• Modifica nombre de registro de "Acción correctiva" a "No conformidad".</li> <li>• Agrega una actividad que permita registrar acuerdos en Acta de Reunión, en caso que exista modificación al plan de auditoría original.</li> <li>• Agrega registros, específicamente la manera de notificar a través de correo electrónico, otros.</li> </ul>	Todas
15 (Quince)	15.04.2024	<p>Se revisa el proceso y realizan las siguientes mejoras y ajustes:</p> <p>Cuadro 1. RESPONSABILIDAD, Jefe(a) de Departamento de Planificación y Control de Gestión; Unidad de Control de Gestión.</p> <p>Cuadro 8. PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO EXTERNAMENTE, se ingresa un proveedor que suministra el producto externamente.</p> <p>Cuadro de aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de nombre a Unidad de Control de Gestión</li> <li>• Aprueba Jefe(a) de Departamento de Planif. y Control de Gestión.</li> </ul>	<p>Página 5</p> <p>Página 8</p>



## 1.2 Ficha de Proceso

NOMBRE PROCESO	NOMBRE MACROPROCESO	TIPO	CÓDIGO
Acciones Correctivas y de Mejora	Planificación, Control y Evaluación de la Gestión	Estratégico	PCEG - EST - 03

1. RESPONSABILIDAD	
RESPONSABLE DE PROCESO	ENCARGADO(A) DE PROCESO
Encargado(a) Unidad Control de Gestión	Coordinador(a) de Calidad

2. OBJETIVO
Este proceso tiene como objetivo, implementar acciones de mejora que permita incrementar la efectividad de los procesos y la satisfacción de las y los usuarios. Por otra parte, implementar acciones que permitan reportar y determinar la causa de las no conformidades detectadas, proponer e implementar acciones que permitan eliminar la causa raíz y evaluar la eficacia de las acciones tomadas.

3. ALCANCE
Aplica al tratamiento de los hallazgos (no conformidades y oportunidades de mejora) detectados en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio Nacional del Patrimonio Cultural, desde la detección hasta el cierre, incluyendo la revisión de eficacia para el caso de las no conformidades. El origen de los hallazgos puede ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditoría Interna;</li> <li>- Auditoría Externa;</li> <li>- Reclamo Usuario/Usuaría;</li> <li>- Salidas No Conforme;</li> <li>- Detección Interna;</li> <li>- Revisión por la Dirección;</li> <li>- Evaluación Satisfacción Usuario/a</li> <li>- Otro.</li> </ul>

4. FUENTES DE ENTRADAS		5. ENTRADAS	
1.	Funcionarios y funcionarias del SGC	1.	Hallazgo (No conformidad u Oportunidad de Mejora)
2.	Proceso Auditorías Internas de Calidad	2.	Informe(s) de Auditoría(s) Interna(s)
3.	Empresa certificadora	3.	Informe(s) de Auditoría(s) Externa(s)
4.	Proceso Revisión por la Dirección	4.	Acta de Reunión

6. SALIDAS		7. RECEPTORES DE LAS SALIDAS	
1.	Acciones Correctivas (eficaces)	1.	Procesos del SERPAT
2.	Acciones de Mejora (implementadas)		
3.	Hallazgo cerrado (No conformidad u Oportunidad de Mejora)		
4.	Listado Resumen de Acciones		
		2.	Matriz de Riesgos Estratégica
		3.	Proceso Revisión por la Dirección
		4.	Proceso Auditorías Internas de Calidad

8. PROCESO, PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO EXTERNAMENTE		
Nº	PROVEEDOR	PROCESO / PRODUCTO / SERVICIO
1.	SIGSE - SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION Y SOLUCIONES EMPRESARIALES SPA	Módulo Plan de Acción/ Workflow / Formulario / Proceso

9. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
Serpat:	Servicio Nacional del Patrimonio Cultural
SGC:	Sistema de Gestión de Calidad
Auditoría:	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.



9. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
Hallazgos de la auditoría:	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. En el SERPAT se categorizan como no conformidades y oportunidades de mejora, en algunos casos las salidas no conforme.
No conformidad:	Incumplimiento de un requisito establecido, ya sea de tipo legal, normativo o interno. Para prevenir que una no conformidad vuelva a ocurrir se deben adoptar acciones correctivas.
Oportunidad de mejora:	Recomendación para mejorar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad. Las oportunidades de mejora pueden o no ser acogidas por las o los responsables de proceso, con su debida justificación.
Acción preventiva:	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
Acción inmediata:	Acción tomada inmediatamente, que detiene o elimina a corto plazo la no conformidad u otra situación de incumplimiento que se ha detectado.
Acción correctiva:	Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
Acción de mejora:	Acción tomada para reducir los riesgos de no conformidades o para aprovechar oportunidades para mejorar los resultados de un proceso o de la Institución.
Eficacia:	Grado en el que se logran los resultados planificados. En el ámbito de este proceso se refiere a que la acción correctiva implementada elimine realmente la causa de la no conformidad, evitando que se repita en forma posterior.
Salida No Conforme (SNC):	Corresponde a una salida del proceso, que no cumple con los requisitos establecidos. El concepto de "Salida No Conforme" se aplica a los procesos operativos y tienen tratamiento de acuerdo a lo establecido en el procedimiento vigente, proceso "Control de Salidas No Conforme".
Identificación:	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al nombre del registro, si corresponde, debe ser el mismo nombre que se denominó en el diagrama de flujo.
Responsable emisión:	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al nombre del cargo responsable de generar el registro.
Tiempo de retención: (Almacenamiento)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al período de tiempo en que el registro se conservará almacenado.
Recuperación: (Almacenamiento)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al criterio de ordenamiento de los registros para facilitar su búsqueda o recuperación posterior. Por ejemplo: Por fecha, N° de correlativo, por evento, ID de Compra u otro.
Medio de soporte: (Almacenamiento)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, se debe indicar si corresponde papel o digital.
Lugar: (Almacenamiento)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, se debe indicar dónde se almacena el registro. Si es digital, indicar ruta de red o disco duro hasta llegar a la carpeta que lo contiene. Por ejemplo: Z:\\Proyecto 1\2015\ Si es papel, indicar la ubicación del archivador que lo contiene. Por ejemplo: Archivador "Reportes SGC 2022" en oficina UPCG.
Responsable: (Almacenamiento)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al cargo responsable de la conservación y protección del registro.
Disposición: (Nivel de criticidad)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde a la acción que debe realizarse con el registro una vez cumplido el tiempo de retención. Por ejemplo: Bodega, eliminación, respaldo digital, otro.
Confidencialidad: (Nivel de criticidad)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde al nivel de acceso a la información contenida en el registro. Los niveles definidos son los siguientes: - <b>Confidencial:</b> Información de uso restringido para un grupo específico de personas, definido en forma explícita por la unidad generadora de la información. - <b>Uso Interno:</b> Sólo para uso del personal del SERPAT y personal externo autorizado. - <b>Uso Público:</b> Puede ser dado a conocer a cualquier persona tanto interna como externa al SERPAT.



9. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
Integridad: (Nivel de criticidad)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde a la necesidad de preservar la configuración y contenido de un activo de información. Su modificación no deseada tiene consecuencias que generan distintos niveles de impacto para la Institución o terceros.  El Valor de este atributo está directamente relacionado con la magnitud de dicho impacto (Alto, medio o bajo).
Disponibilidad: (Nivel de criticidad)	En el cuadro "Control de Registros" del presente documento, corresponde a la necesidad de preservar el tiempo de acceso al activo bajo un umbral predefinido por la institución. Sobrepasar dicho umbral implica indisponibilidad del activo la que genera distintos niveles de impacto para la institución o terceros.  El Valor de este atributo está directamente relacionado con la magnitud de dicho impacto (Alto, medio o bajo).

10. DOCUMENTOS DE REFERENCIA		TIPO DE DOCUMENTO
1.	Manual de Calidad (MCA-GC-002) vigente.	Documentación interna
2.	Norma Chilena NCh-ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos Cláusula 9.2 "Auditoría Interna" de la Norma ISO 9001:2015. Cláusula 10.2 "No Conformidad y Acción Correctiva" de la Norma ISO 9001:2015.	Documentación externa
3.	Proceso "Revisión por la Dirección" (PCEG-EST-05) (vigente)	Documentación interna

11. CONTROL DE REGISTROS									
N°	IDENTIFICACIÓN	RESPONSABLE EMISIÓN	ALMACENAMIENTO				NIVEL DE CRITICIDAD		
			TIEMPO DE RETENCIÓN / RECUPERACIÓN	MEDIO DE SOPORTE	LUGAR / RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	CONFIDENCIALIDAD	INTEGRIDAD	DISPONIBILIDAD
1.	REG-GC-010 No conformidad	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por año / por N° de Correlativo	Digital	Servidor U:/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Alto	Medio
2.	REG-GC-093 Oportunidad de Mejora	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por año / por N° de Correlativo	Digital	Servidor U:/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Alto	Medio
3.	REG-GC-022 Listado Resumen de Acciones	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por año / por N° de Correlativo	Digital	Servidor U:/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Alto	Medio
4.	Correo electrónico informa hallazgo detectado	Funcionario o funcionaria SGC	5 años / por fecha	Digital	Servidor correo/ Funcionario o funcionaria SGC	Respaldo Digital	Confidencial	Medio	Medio
5.	Correo electrónico comunica hallazgo en estado admitido / informa rechazo del hallazgo	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por fecha	Digital	Servidor correo/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Medio	Medio
6.	Correo electrónico notificación a responsables del plan	Encargado(a) de Proceso	5 años / por fecha	Digital	Servidor correo/ Encargado(a) de Proceso	Respaldo Digital	Confidencial	Medio	Medio
7.	Correo electrónico	Encargado(a)	5 años / por	Digital	Servidor correo/	Respaldo	Confidencial	Medio	Medio



11. CONTROL DE REGISTROS									
N°	IDENTIFICACIÓN	RESPONSABLE EMISIÓN	ALMACENAMIENTO				NIVEL DE CRITICIDAD		
			TIEMPO DE RETENCIÓN / RECUPERACIÓN	MEDIO DE SOPORTE	LUGAR / RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	CONFIDENCIALIDAD	INTEGRIDAD	DISPONIBILIDAD
	para registro y seguimiento	de Proceso	fecha		Encargado(a) de Proceso	Digital			
8.	Correo electrónico solicita información	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por fecha	Digital	Servidor correo/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Medio	Medio
9.	Correo electrónico informa estado de los hallazgos	Coordinador(a) de Calidad	5 años / por fecha	Digital	Servidor correo/ Coordinador(a) de Calidad	Respaldo Digital	Confidencial	Medio	Medio

12. INDICADORES DE DESEMPEÑO						
N°	NOMBRE Y FÓRMULA	CRITERIOS DE ACEPTACIÓN			FRECUENCIA DE MEDICIÓN	
		CUMPLE	MEDIO	NO CUMPLE	MONITOREO	EVALUACIÓN
1.	No se han definido indicadores					

13. OBSERVACIONES
<p>Toda la información documentada del Sistema de Gestión de Calidad que se encuentra exhibida en formato digital en la intranet institucional del Servicio Nacional del Patrimonio Cultural, es Controlada. Toda impresión o copia digital de ella es NO CONTROLADA.</p> <p>Por lo tanto, se aconseja que antes de utilizar el documento, se asegure que está consultando la versión vigente, que puede descargar en:</p> <p><a href="http://intranet.patrimoniocultural.gob.cl/planificacion_presupuesto/gestion_de_calidad/Paginas/CONTROL-Y-EVALUACION-DE-LA-GESTION.aspx">http://intranet.patrimoniocultural.gob.cl/planificacion_presupuesto/gestion_de_calidad/Paginas/CONTROL-Y-EVALUACION-DE-LA-GESTION.aspx</a></p>

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Marta Valencia Díaz Coordinador(a) de Calidad Unidad de Control de Gestión Depto. de Planif. y Control de Gestión Div. De Planificación y Presupuesto  	Rosa Labra Torres Encargado(a) Unidad de Control de Gestión Depto. de Planif. y Control de Gestión Div. De Planificación y Presupuesto  	Joaquín Bermúdez Zumelzu  Jefe(a) Depto. de Planif. y Control de Gestión Div. De Planificación y Presupuesto

## 1.3 Elementos del Proceso

### 1.3.1 Acciones Correctivas y de Mejora

#### 1.3.2 Fase 1: Detección

##### 1.3.2.1 Inicio

##### 1.3.2.2 Generar Formulario

###### **Descripción**

Cada vez que se presente un hallazgo, el funcionario o funcionaria que participa en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) es responsable de completar el formulario "No conformidad" para levantar acciones inmediatas y correctivas; o formulario "Oportunidad de Mejora", para levantar acciones de mejora, cualquiera sea su origen:

a) Análisis del proceso (desarrollo e interacción de actividades, recursos y resultados)

- Auditoría Interna
- Auditoría Externa
- Reclamos de Usuario/a;
- Salidas No Conforme;
- Detección interna (en los procesos);
- Revisión por la Dirección (acuerdos resultantes);

b) Análisis de contexto (FODA) para los procesos que están en el alcance del SGC

- Fortalezas
- Oportunidades
- Debilidades
- Amenazas

c) Análisis de las partes interesadas

- Evaluación Satisfacción Usuario/a (resultados);

d) Otro

Independiente del origen del hallazgo, la persona responsable debe descargar el formulario (desde intranet institucional) y completar según corresponda. Si implica materias que escapan del área que está levantando el hallazgo o corresponde a situaciones transversales a cargo de otras unidades, será Coordinador(a) de Calidad quien apoyará en el levantamiento del formulario, derivando a la Unidad pertinente, para el análisis y determinación de la(s) acción(es) a implementar de acuerdo a lo instruido en la Fase 2 del presente documento.

Una vez completado el formulario, envía por correo electrónico a Coordinador(a) de Calidad, informando el hallazgo detectado.

###### **Ejecutantes**

Funcionario o funcionaria del SGC



- 1.3.2.3  Informe de Auditoría Interna / Externa
- 1.3.2.4  Acta de Reunión (acuerdos resultantes Rev por la Dirección)
- 1.3.2.5  Informe resultados instrumentos de satisfacción de usuarios/as
- 1.3.2.6  Acción Correctiva
- 1.3.2.7  Oportunidad de Mejora
- 1.3.2.8  Correo electrónico informa hallazgo detectado

### 1.3.2.9 Recibir formulario

#### **Descripción**

Recibe el formulario, revisa que efectivamente corresponda a un hallazgo y otorga admisibilidad procediendo a enumerar, acción que consiste en asignar un correlativo único e ingresarlo al formulario. La revisión corresponde a la sección I y II del formulario (REG-GC-010; REG-GC-093), que corresponde a información general y descripción del hallazgo.

#### **Ejecutantes**

Coordinador (a) de Calidad

### 1.3.2.10 Registrar hallazgo

#### **Descripción**

Registra el hallazgo en el Listado Resumen Acciones REG-GC-022, ingresando a la planilla la información de la sección I y II del formulario (REG-GC-010; REG-GC-093).

#### **Ejecutantes**

Coordinador (a) de Calidad

### 1.3.2.11 Listado Resumen de Acciones (i)

### 1.3.2.12 Comunicar hallazgo a encargado(a) del proceso

#### **Descripción**

A través de correo electrónico, comunica el hallazgo a encargado(a) del proceso afectado, indicando que el hallazgo fue admitido y adjunta el formulario. En adelante, quien reciba el formulario debe hacerse cargo de mantener y actualizar información del hallazgo en los plazos establecidos.

#### **Ejecutantes**

Coordinador (a) de Calidad

#### **Informado**

Encargado (a) de Proceso

### 1.3.2.13 Correo electrónico comunica hallazgo en estado admitido



### 1.3.2.14 ¿El hallazgo corresponde a una no conformidad?

#### Descripción

Si es una no conformidad, debe analizar el hallazgo y definir tratamiento.  
En caso contrario, debe analizar el hallazgo como una oportunidad de mejora.

### 1.3.3 Fase 2: Análisis e Implementación

#### OPORTUNIDAD DE MEJORA

#### 1.3.3.1 Analizar Hallazgo (Oportunidad de Mejora)

##### Descripción

Analiza el hallazgo pudiendo aceptar o rechazar la Oportunidad de Mejora, ingresando la información de la sección III del formulario (REG-GC-093).

Se recomienda a encargados y encargadas de procesos, que antes de decidir sobre la aceptación o no, de la oportunidad de mejora, consideren lo siguiente:

**Impacto en el resultado del proceso:** referido al resultado final del proceso (elemento de salida en términos del servicio prestado o el producto entregado).

**Compromiso o aporte a:** objetivos estratégicos (Planificación Estratégica Ficha A-1); requisitos del sistema de gestión de calidad; indicadores de desempeño (instrumentos de gestión Ley de Presupuestos, PMG, CDC, otro); Misión Institucional y de Unidad; Visión Institucional; Valores de la Institución, superación de alguna debilidad (si corresponde), otro.

**Fuente de origen:** referido a la fuente de origen donde se podría detectar o identificar la oportunidad de mejora, que puede provenir de: a) Análisis del proceso (desarrollo e interacción de actividades, recursos y resultados); Análisis de contexto (FODA) para los procesos que están en el alcance del SGC; c) Análisis de las partes interesadas. Fuentes de origen detalladas en la Fase 1 del presente documento.

**Efecto potencial:** referido a la consecuencia que la oportunidad de mejora podría tener sobre el resultado esperado.

**Recursos asociados:** referido a tener que contar con recursos adicionales para implementar la mejora, pudiendo considera recursos materiales, técnicos, humanos, financieros y/o administrativos.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

#### **Consultado**

Responsable del Proceso

### 1.3.3.2 ¿Acepta la oportunidad de mejora?

#### Descripción

Si acepta la oportunidad de mejora, debe justificar y avanzar a la siguiente sección.



Si no acepta la oportunidad de mejora, debe justificar el rechazo y finaliza el proceso.

### 1.3.3.3 Justificar el rechazo de la oportunidad de mejora

#### **Descripción**

Debe justificar el rechazo de la oportunidad de mejora, dejando evidencia de su decisión en el formulario (REG-GC-093) e ingresando fecha y responsable. Posteriormente, informará dicha decisión a través de correo electrónico a Coordinador(a) de Calidad, adjuntando el formulario.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

#### **Consultado**

Responsable del Proceso

#### **Informado**

Coordinador(a) de Calidad

### 1.3.3.4 Correo electrónico informa rechazo del hallazgo

### 1.3.3.5 Aceptar y justificar la oportunidad de mejora

#### **Descripción**

Debe justificar la aceptación de la oportunidad de mejora, dejando evidencia de su decisión en el formulario (REG-GC-093) e ingresando fecha y responsable. Posteriormente, debe avanzar a la siguiente sección para definir el plan de acción.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

### 1.3.3.6 Definir acciones a implementar

#### **Descripción**

Debe definir las acciones a implementar y completar otras secciones del formulario, como el plan de implementación de la oportunidad de mejora, dejando comprometida las acciones a realizar e ingresando fecha de cumplimiento, responsable y medios de verificación.

Posteriormente debe informar a Coordinador(a) de Calidad para el registro y seguimiento de la información.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

#### **Consultado**

Responsable del Proceso

#### **Informado**

Coordinador(a) de Calidad



## **NO CONFORMIDAD**

### **1.3.3.7 Analizar Hallazgo (No conformidad) y definir tratamiento**

#### **Descripción**

El análisis de la No Conformidad implica la revisión del hallazgo y reconocer la desviación, por lo cual, recopila información, analiza el hallazgo y establece los hechos, en forma individual o en equipo dependiendo de la complejidad de la situación.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

#### **Consultado**

Responsable del Proceso

### **1.3.3.8 ¿Requiere acción inmediata?**

#### **Descripción**

En caso de requerir una acción inmediata, continúa a definir la acción inmediata.

En caso contrario, continúa a analizar y determinar la(s) causa(s).

### **1.3.3.9 Definir acción inmediata**

#### **Descripción**

Si corresponde, debe incorporar en el formulario la(s) acción(es) inmediatas a realizar, la fecha de la realización de la(s) acción(es) inmediatas y responsable, con el fin de detener o eliminar a corto plazo la no conformidad.

Una vez implementada la acción inmediata, dejará evidencia de dicha acción en la sección III del formulario (REG-GC-010) e indicará el medio de verificación que corresponda.

Posteriormente, debe continuar con el análisis y determinación de la(s) Causa(s), informando en cada etapa a Coordinador(a) de Calidad, para actualizar el estado del hallazgo.

#### **Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

#### **Informado**

Coordinador (a) de Calidad

### **1.3.3.10 Analizar y determinar la(s) causa(s)**

#### **Descripción**

Se analizan y determinan las causas de la no conformidad, con el fin de evitar que vuelva a ocurrir.

El encargado o encargada de proceso, debe realizar o acompañar en el análisis de las causas de la no conformidad, para lo cual puede apoyarse en metodologías y usar herramientas tales como: método de los 5 porqués, espina de pescado, solución de problemas u otro.

Para conocer y aplicar las metodologías indicadas anteriormente, puede consultar el documento de referencia, elaborado por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, documento técnico N°75 que se encuentra vigente en el siguiente link de acceso:

<https://www.auditoriainternadegobierno.gob.cl/documentos-tecnicos/>



**Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

**Consultado**

Coordinador(a) de Calidad

**1.3.3.11  Generar soluciones y definir responsables****Descripción**

A partir de los resultados del análisis anterior, se generan posibles soluciones, para lo cual debe definir acciones, responsables, plazos y medios de verificación. Para ello debe completar la sección IV del formulario (REG-GC-010).

**Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

**1.3.3.12  se recogen los formularios REG-GC-010; REG-GC-093****Descripción**

En paralelo, se recogen los formularios:

- No conformidad y;
- Oportunidad de Mejora

**1.3.3.13  Notificar a responsable(s)****Descripción**

De acuerdo a lo establecido en cada formulario y las acciones definidas, debe considerar que puede involucrar la participación de otros(as) funcionarios(as) o Unidad(es) de la Institución, por lo cual, si corresponde, debe notificar a las o los responsables.

Independientemente, debe enviar el(los) formulario(s) a Coordinador(a) de Calidad, para el registro y seguimiento de la información.

**Ejecutantes**

Encargado(a) de Proceso

**Informado**

Responsable de implementar acciones

**1.3.3.14  correo electrónico notificación a responsables del plan****1.3.3.15  correo electrónico para registro y seguimiento****1.3.3.16  Implementar acciones comprometidas en el plan****Descripción**

De acuerdo a lo indicado en cada Plan, debe implementar las acciones comprometidas, en los plazos establecidos siempre procurando no afectar negativamente el desempeño de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.



## **Ejecutantes**

Responsable de Implementación

## **Consultado**

Encargado(a) de Proceso

## **Informado**

Coordinador(a) de Calidad

### **1.3.4 Fase 3: Seguimiento**

#### **1.3.4.1 Solicitar información y/o evidencia**

##### **Descripción**

Coordinador(a) de Calidad o a quien asigne la tarea, será responsable de realizar seguimiento para conocer el estado de los hallazgos.

Según corresponda y de acuerdo a los plazos comprometidos en cada hallazgo, se solicitará información y/o evidencia (medio de verificación). A través de correo electrónico se enviará recordatorio, para que las y los responsables de implementar acciones envíen dicha información.

##### **Ejecutantes**

Responsable de seguimiento

- ✓ Coordinador(a) de Calidad
- ✓ Auditoras y auditores interno de calidad

##### **Consultado**

Responsable de Implementar acciones

#### **1.3.4.2 correo electrónico solicita información**

#### **1.3.4.3 Informar Resultados**

##### **Descripción**

Debe informar los resultados producto de las acciones comprometidas y enviar los medios de verificación que corresponda, para evidenciar el cumplimiento de dichas acciones.

##### **Ejecutantes**

Responsable de Implementar acciones

##### **Consultado**

Responsable del Proceso

#### **1.3.4.4 Verificar estado de las acciones**

##### **Descripción**

De acuerdo a lo informado por las o los responsables de implementar las acciones, debe verificar el estado de las acciones comprometidas, siendo Coordinador(a) de Calidad o a quien asigne la tarea, responsable de realizarlo.

Para los hallazgos levantados, que sean No conformidades, debe verificar si la acción ha sido implementada eficazmente, dando respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿El análisis de causas está bien realizado e identifica la causa raíz del problema?
2. ¿Las acciones correctivas determinadas son consistentes con la(s) causas establecidas?



3. ¿Las acciones inmediatas y/o correctivas establecidas han sido implementadas?
4. ¿Existen medios de verificación para las acciones implementadas?
5. ¿Se cumplieron los plazos comprometidos para la implementación de las acciones?

Para los hallazgos levantados, que sean oportunidades de mejora, debe verificar si la acción ha sido implementada eficazmente, dando respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿El Plan ha sido implementado?
2. ¿Existen medios de verificación para las acciones del plan?
3. ¿Se cumplieron los plazos comprometidos para la implementación de las acciones?
4. ¿Se recomienda cerrar el hallazgo?

### **Ejecutantes**

Responsable de seguimiento

- ✓ Coordinador(a) de Calidad
- ✓ Auditoras y auditores interno de calidad

### **Consultado**

Responsable de Implementar acciones

### **1.3.4.5 ¿Hay avances?**

#### **Descripción**

Si hay avance y se han implementado las acciones, se procede a revisar que verificar la eficacia de la acción.

En caso contrario, si no hay avances, se procede a notificar a las o los responsables.

### **1.3.4.6 Notificar a responsable(s)**

#### **Descripción**

Debe notificar a responsable para que tome las medidas pertinentes, hasta implementar las acciones comprometidas.

### **Ejecutantes**

Responsable de seguimiento

- ✓ Coordinador(a) de Calidad
- ✓ Auditoras y auditores interno de calidad

### **Informado**

Responsable de Implementar Acciones

### **1.3.4.7 Verificar eficacia de la(s) Acción(es)**

#### **Descripción**

Según corresponda, debe verificar la eficacia de las acciones implementadas, siendo Coordinador(a) de Calidad responsable de realizar dicha verificación.

Esto solo aplica a las no conformidades, cuyos hallazgos fueron levantados y las acciones correctivas fueron implementadas, eliminando realmente el origen del problema o la causa raíz de la no conformidad.



Para ello, debe responder las siguientes preguntas:

1. ¿Las acciones implementadas fueron eficaces, es decir, ha evitado la repetición de la no conformidad?
2. ¿Se recomienda cerrar el hallazgo como conforme? (En caso contrario es hallazgo cerrado no conforme)

**NOTA: NO APLICA PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.**

**Ejecutantes**

Coordinador(a) de Calidad

**Consultado**

Encargado(a) de Proceso

**1.3.4.8**  **Medio(s) de verificación**

**1.3.4.9**  **¿La Acción es eficaz?**

**Descripción**

Si la Acción fue eficaz, procede al cierre de la acción.

En caso contrario, si no se logra evidenciar la eficacia de las acciones, se procede a cerrar el hallazgo y comunicar la necesidad de levantar uno nuevo, comenzando de nuevo el proceso.

**1.3.4.10**  **Cierre de Acción**

**Descripción**

Si la Acción fue eficaz, procede a cerrar la acción y registrar según corresponda, asociando a su(s) medio(s) de verificación ante futuras revisiones y/o auditorías internas y/o externas.

**Ejecutantes**

Coordinador(a) de Calidad

**1.3.4.11**  **Acciones de Mejora (implementadas)**

**1.3.4.12**  **Acciones Correctivas (eficaces)**

**1.3.4.13**  **Actualizar Listado de Acciones**

**Descripción**

En esta fase se actualiza el Listado Resumen de Acciones.

Periódicamente, con la información registrada, tanto de los hallazgos, las acciones comprometidas o realizadas y los medios de verificación recibidos, se actualiza el Listado Resumen de Acciones.

Además, se incorporan las observaciones de seguimiento y evidencias presentadas por las y los Auditores Internos de Calidad.



### **Ejecutantes**

Coordinador(a) de Calidad

### **Consultado**

Responsable de Implementar Acciones;  
Auditoras y auditores interno de calidad

#### **1.3.4.14** **Listado Resumen de Acciones (ii)**

#### **1.3.4.15** **Difundir resultados**

##### **Descripción**

Se realiza difusión del estado de los hallazgos y los resultados del seguimiento, ya sea en procesos de revisión por la Dirección, de acuerdo al programa de Revisión por Dirección, como a las y los Responsables de Procesos.

Adicionalmente, en la medida que se van cerrando los hallazgos se va informando a las y los encargados de procesos, para conocimiento y registro.

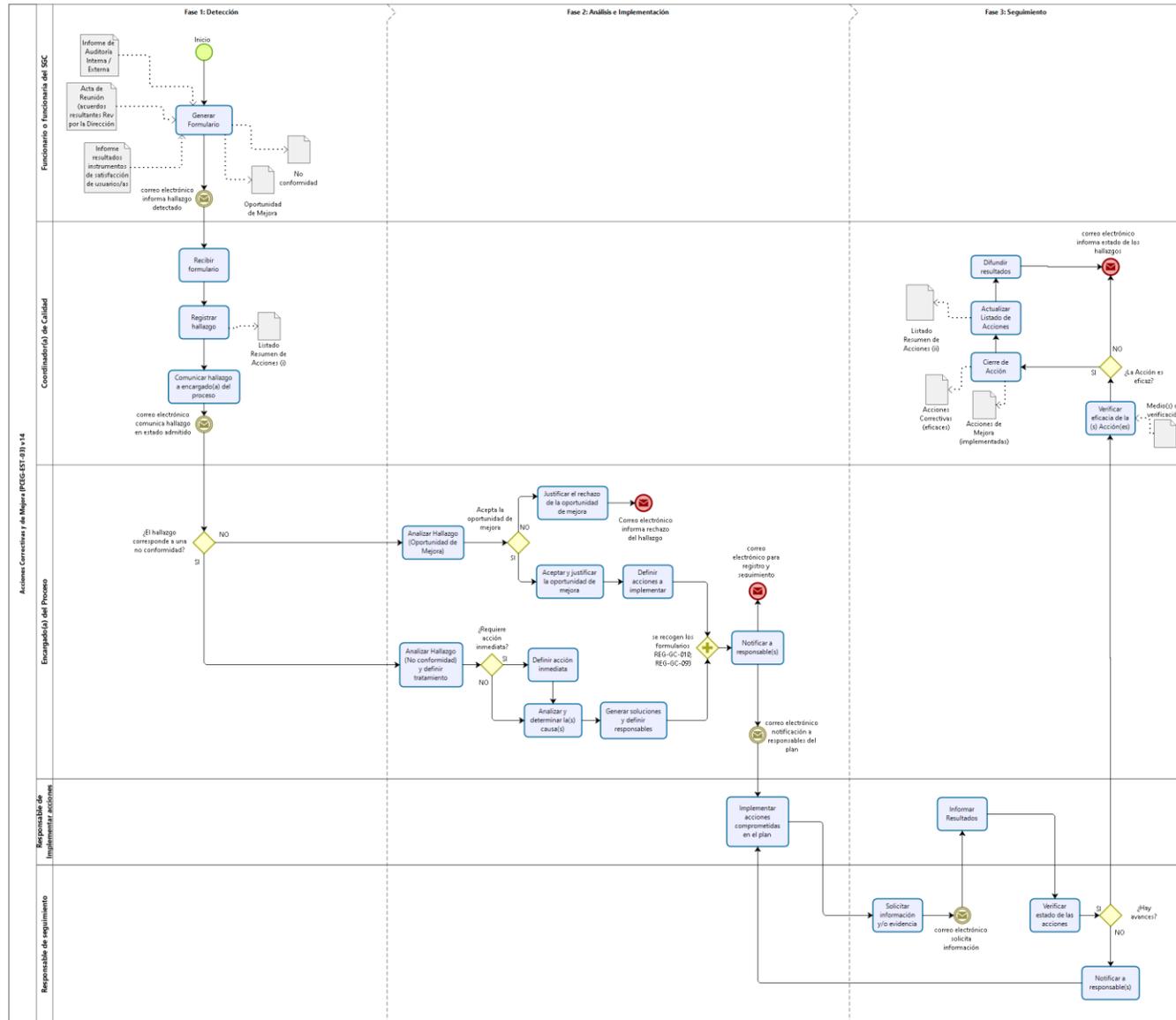
### **Ejecutantes**

Coordinador(a) de Calidad

#### **1.3.4.16** **correo electrónico informa estado de los hallazgos**

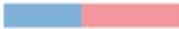


### 1.3.5 Diagrama de Flujo "Acciones Correctivas y de Mejora"



## 1.3.6 Anexos

### 1.3.6.1 No conformidad REG GC 010

 <p>Servicio Nacional del Patrimonio Cultural Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio</p>		<p><b>NO CONFORMIDAD</b></p> <p>Código: REG-GC-010 Página: 1 de 2 Revisión: 12 Fecha Revisión: 31.07.2023</p>	
<b>SECCIÓN I : INFORMACIÓN GENERAL</b>			
Proceso:			Origen de la No Conformidad (marcar con una X)
Área en que se detecta la No Conformidad:			1. Auditoría Interna <input type="checkbox"/>
Responsable de la detección:			2. Auditoría Externa <input type="checkbox"/>
Cargo:			3. Reclamo de Usuario/a <input type="checkbox"/>
Fecha de Apertura:			4. Salidas No Conforme <input type="checkbox"/>
Fecha de Cierre:			5. Detección Interna <input type="checkbox"/>
(Llenado por Coordinador/a de Calidad)	Origen	Mes	Año
			Correlativo
			6.Revisión por la Dirección <input type="checkbox"/>
			7. Evaluación Satisfacción Usuario/a <input type="checkbox"/>
			8. Otro (Indicar): <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN II: DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD</b>			
<i>(Esta Sección debe ser llenada por la persona que la identifica la No conformidad)</i>			
Nº Requisito de la Norma ISO o normativa aplicable:		Detalle del Requisito de la Norma ISO o normativa aplicable:	
Describir e indicar la evidencia			
<b>En adelante debe ser llenado por el/la Encargado/a de Proceso, quién se hará responsable del documento.</b>			
<b>SECCIÓN III: ACCIONES INMEDIATAS</b>		APLICA <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input type="checkbox"/>
<i>(Describir las acciones inmediatas realizadas)</i>			
Si aplica, indicar acciones y medio de verificación Si no aplica, justificar			
Responsable de la acción:		Fecha acción/es inmediata/s:	Indicar plazo o fecha de ejecución
<b>SECCIÓN IV: ANÁLISIS DE LA CAUSA(S)</b> <i>(causa que originó la No Conformidad)</i>			
Indicar la metodología utilizada Definir la causa raíz			
Responsable/s del análisis:		Fecha del análisis:	

GOBIERNO DE CHILE

### 1.3.6.2 Oportunidad de Mejora REG GC 093

 Servicio Nacional del Patrimonio Cultural  <small>Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio</small>	<b>OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>  Código: REG-GC-093 Página: 1 de 1 Revisión: 2 Fecha Revisión: 31.07.2023
--	---

+

SECCIÓN I : INFORMACIÓN GENERAL						
Proceso:				<b>Origen (marcar con una X)</b>		
Área en que se detecta la Oportunidad de Mejora:				1. Auditoría Interna	<input type="checkbox"/>	
Responsable de la detección:				2. Auditoría Externa	<input type="checkbox"/>	
Cargo:				3. Reclamo de Usuario/Usuaría	<input type="checkbox"/>	
Fecha de Apertura:				4. Salidas No Conforme	<input type="checkbox"/>	
Fecha de Implementación:				5. Detección Interna	<input type="checkbox"/>	
(Llenado por Coordinador/a de Calidad)	Origen	Mes	Año	Correlativo		
<b>SECCIÓN II: DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA</b> <small>(Esta Sección debe ser llenada por la persona que la identifica la oportunidad de mejora)</small>						
Describir						
En adelante debe ser llenado por el/la Encargado/a de Proceso, quién se hará responsable del documento.						
SECCIÓN III: ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA				ACEPTA <input type="checkbox"/>	RECHAZA <input type="checkbox"/>	
Si el/la Encargado/a de Proceso, acepta la oportunidad y está en condiciones de proponer un plan de acción puede completar hasta la sección IV, antes de remitirla a Coordinador(a) de Calidad.						
Responsable de la OM:				Fecha de aceptación o rechazo:	Indicar fecha	
SECCIÓN IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE OPORTUNIDAD DE MEJORA						
Nº	ACTIVIDADES O ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
1						
2						
SECCIÓN V: VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES						
Responsable:				Fecha:		
PREGUNTA		SI	NO	OBSERVACIONES		
1.	¿El Plan ha sido implementado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.	¿Existen medios de verificación para las acciones del plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.	¿Se cumplieron los plazos comprometidos para la implementación de las acciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.	¿Se recomienda cerrar el hallazgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			





### 1.3.6.3 Listado Resumen de Acciones (Hallazgos) REG GC 022

 <b>Servicio Nacional del Patrimonio Cultural</b> <small>Ministerio de las Artes y el Patrimonio</small>														Código: REG-GC-022 Revisión: 11 Fecha Revisión: 31.07.2023			
LISTADO RESUMEN DE ACCIONES (HALLAZGOS)																	
año:		Fecha última actualización:															
N°	PROCESO	FECHA DETECCIÓN	AREA EN QUE SE DETECTA	TIPO DE HALLAZGO	ORIGEN	REQUISITO DE LA NORMA	RESPONSABLE DE LA DETECCIÓN	CARGO	FECHA DE APERTURA	FECHA DE CIERRE / IMPLEMENTACIÓN	FECHA ACTIVIDADES	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	FECHA VERIFICACIÓN	ACCIÓN REALIZADA (SI/NO)	ACCIÓN EFICAZ (SI/NO)	OBSERVACIONES	ESTADO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	





**SERPAT**  
Ministerio de las  
Culturas, las Artes  
y el Patrimonio

Gobierno de Chile

