

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

UNIDAD DE TITULACIÓN

**EVALUACIÓN DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA Y
SU APLICACIÓN EN LA AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO EN
EL PERÍODO 2014 A 2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER
EN SISTEMAS DE GESTIÓN INTEGRADOS**

JHADIRA PATRICIA PROAÑO AGUILAR

jhadirappa@gmail.com

Director: Ing. Jaime Luis Cadena Echeverría

jaime.cadena@epn.edu.ec

2017



ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

ORDEN DE ENCUADERNACIÓN

De acuerdo con lo estipulado en el Art. 17 del instructivo para la Aplicación del Reglamento del Sistema de Estudios, dictado por la Comisión de Docencia y Bienestar Estudiantil el 9 de agosto del 2000, y una vez comprobado que se han realizado las correcciones, modificaciones y más sugerencias realizadas por los miembros del Tribunal Examinador al informe de la tesis de grado presentada por la **Ing. Jhadira Patricia Proaño Aguilar**.

Se emite la presente orden de empastado, con fecha mes día de año.

Para constancia firman los miembros del Tribunal Examinador:

NOMBRE	FUNCIÓN	FIRMA
Ing. Jaime Cadena	Director	
	Examinador	
	Examinador	

Mat. Nelson Alomoto

DECANO

DECLARACIÓN

Yo, Jhadira Patricia Proaño Aguilar, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Jhadira Patricia Proaño Aguilar

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Ing. Jhadira Patricia Proaño Aguilar, bajo mi supervisión.

Ing. Jaime Cadena Echeverría
DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por cada día.

A todas aquellas personas que aportaron con acciones y palabras para impulsar la culminación de este proyecto, gracias por ser y estar, los quiero.

Al Ing. Jaime Cadena, por su guía y apoyo durante la realización de este proyecto.

Jhadira

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre, Patricio, por su apoyo constante. A mis hermanos, José Carlos y Roberto, por ser mis compañeros de vida y mi razón para ser mejor cada día.

A quienes por más inconvenientes supieron darme la mano y las palabras de aliento para continuar en todas las circunstancias de mi vida, a ellos este trabajo e infinitas gracias para siempre.

Y especialmente este trabajo está dedicado a mi querida madre, Yolanda, por ser el pilar de mi vida, mi mejor amiga, el mejor ejemplo y sin quien hoy yo no sería nada, te amo.

Jhadira

ÍNDICE DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	i
LISTA DE TABLAS	iii
LISTA DE ANEXOS	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.1 LISTA PRELIMINAR DE ELEMENTOS.....	3
1.1.2 ELEMENTOS PERTINENTES Y NO PERTINENTES	4
1.2.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.3 HIPÓTESIS	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. MODELOS DE EXCELENCIA.....	6
2.2. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE EXCELENCIA.....	7
2.3. MODELOS DE CALIDAD.....	9
2.3.1 MODELO DEMING – JAPÓN.....	9
2.3.2 MODELO MALCOLM BALDRIGE – ESTADOS UNIDOS.....	13
2.3.3 MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA (EFQM).....	17
2.3.4 MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN (FUNDIBEQ)	20
2.3.5 MODELO DE LAS NORMAS DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN (ISO 9000).....	23
2.4. MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA	26

2.4.1	PROGRAMA NACIONAL DE EXCELENCIA – PROEXCE	26
2.4.2	OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EXCELENCIA – PROEXCE	28
2.4.3	ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EXCELENCIA – PROEXCE...	28
2.4.4	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA	29
2.4.5	CRITERIOS DE AGENTES FACILITADORES	36
2.4.6	CRITERIOS DE RESULTADOS	38
2.5	PLANES DE MEJORA.....	41
2.5.1	ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	41
2.5.2	APROBACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	42
2.5.3	COMUNICACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	42
2.5.4	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	42
3.	METODOLOGÍA.....	44
3.1.	EVALUACIÓN DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA RESPECTO A OTROS ESTÁNDARES.....	44
3.1.1.	COMPARACIÓN DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA CON OTROS ESTÁNDARES.....	44
3.2.	DIAGNÓSTICO DE LA ANT RESPECTO AL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA.....	49
3.2.1	SITUACIÓN INICIAL DE LA ANT ANTES DE LA APLICACIÓN DEL MODELO.	49
3.2.2	DETERMINACIÓN DE LA LÍNEA BASE	51
3.3.	DETERMINACIÓN DE LA BRECHA DE INCUMPLIMIENTO DE LA ANT RESPECTO AL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA	61
3.3.1	COMPARACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA CON LOS RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA ANT.	61
3.3.2	DEFINICIÓN DEL GRADO DE MADUREZ DE LAS INSTITUCIONES SEGÚN EL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA.....	67
3.3.3	DETERMINACIÓN DEL GRADO DE MADUREZ DE LA ANT RESPECTO AL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA.....	68
3.4.	ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA EN LA ANT EN EL PERÍODO 2014-2015	79

3.4.1	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	79
3.4.2	FORTALEZAS Y DEBILIDADES.....	93
3.4.3	PRIORIZACIÓN DE CRITERIOS A MEJORAR.....	93
3.5.	DETERMINACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PLAN DE MEJORA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA	
	94	
3.5.1	ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA EN LA ANT.....	94
3.5.2	PLAN DE MEJORA DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA EN LA ANT.	95
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	97
4.1.	CONCLUSIONES.....	97
4.2.	RECOMENDACIONES.....	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
	ANEXOS.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análisis esquemático de un problema.....	2
Figura 2 - Principios del modelo de Gestión de la Calidad Total	6
Figura 3 - Reacción en cadena de la aplicación de la calidad 1950	8
Figura 4 - Categorías de valoración en el Premio Deming	12
Figura 5 - Criterios del sistema de calidad del Modelo Malcolm Baldrige	14
Figura 6 - Criterios del Modelo Europeo de Excelencia EFQM.....	17
Figura 7 - Sello Compromiso hacia la excelencia - Modelo Europeo de Excelencia EFQM	19
Figura 8 - Sello Excelencia Europea - Modelo Europeo de Excelencia EFQM	19
Figura 9 - Sello Excelencia Europea 400+ (Modelo Europeo de Excelencia EFQM)	20
Figura 10 - Sello Excelencia Europea 500+ (Modelo Europeo de Excelencia EFQM)	20
Figura 11 - Criterios del Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión.....	21
Figura 12 - Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	25
Figura 13 - Guía del Modelo CAF.....	28
Figura 14 - Estructura del Modelo Ecuatoriano de Excelencia	29
Figura 15 - Proceso de Mejora Continua MEE	32
Figura 16 - Estructura del Modelo CAF	32
Figura 17 - Pasos para mejorar las organizaciones con el Modelo CAF.....	33
Figura 18 - Explicación del MEE	37
Figura 19 - Explicación del MEE	38
Figura 20 - Plan de Mejoramiento y Priorización	41
Figura 21 - Ejemplo Plan de Mejoramiento	43
Figura 22 – Diagrama para la determinación de la línea base.....	52
Figura 23 – Formulario de intervención	52
Figura 24 – Porcentaje máximo por criterio.....	53
Figura 25 - Certificado nivel de madurez Comprometido.....	63
Figura 26 - Entrega simbólica del certificado nivel de madurez comprometido al personal de la ANT a nivel nacional	63
Figura 27 – Comunicación del proyecto al personal de la Agencia Nacional de Tránsito	64
Figura 28 – Formulario de Consenso de Autoevaluación	65
Figura 29 -Certificado nivel de madurez Organizado.....	66
Figura 30 - Felicitación por parte del Director Ejecutivo al personal por alcanzar el Nivel Organizado	66
Figura 31. Diagrama de Niveles de Madurez	67

Figura 32 - Diagrama de Niveles de Madurez	136
Figura 33 - Diagrama de flujo proceso de mejora continua	136
Figura 34 - Plan de autoevaluación	137
Figura 35 - Diagrama de la muestra para realizar la autoevaluación	138
Figura 36 - Ejemplo tabla de asignación de criterios	142
Figura 37 - Priorización de planes de mejoramiento.....	145
Figura 38 - Ejemplo tabla de asignación de criterios	149
Figura 39 - Ejemplo Puntuación criterios facilitadores	150
Figura 40 - Ejemplo formulario de autoevaluación	151
Figura 41 - Ejemplo Puntuación subcriterio de resultados.....	152
Figura 42 - Ejemplo Informe de autoevaluación	153
Figura 43 - Ejemplo Formulario de consenso de autoevaluación	154
Figura 44 - Ejemplo Formulario de Resumen de Pubtuación del Consenso	155
Figura 45 - Ejemplo Plan de Mejoramiento	156

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Lista preliminar de elementos	3
Tabla 2 - Elementos pertinentes y no pertinentes	4
Tabla 3 - Ganadores del Premio Malcolm Baldrige.....	16
Tabla 4 - Familia de Normas sobre Calidad.....	25
Tabla 5 - Efectos del cambio de gestión a la gestión de calidad	26
Tabla 6 - Objetivos y Estrategias del Modelo Ecuatoriano de Excelencia	29
Tabla 7 - Criterios y subcriterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia	40
Tabla 8 - Priorización de planes de mejora.....	42
Tabla 9 - Comparación de la misión Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares	44
Tabla 10 - Comparación de los criterios Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares.....	45
Tabla 11 - Comparación de los criterios y subcriterios modelo de excelencia-otros estándares.....	45
Tabla 12 - Comparación del enfoque Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares	46
Tabla 13 - Comparación del sistema de retroalimentación modelo de excelencia-otros estándares.....	47
Tabla 14 - Comparación de los principios modelo de excelencia-otros estándares	47
Tabla 15 - Resumen de puntuación autoevaluación	61
Tabla 16 - Cumplimiento del fin y propósito del Plan de Excelencia ANT	88
Tabla 17 - Diagnóstico institucional ANT 2013-2015	89
Tabla 18 - Evolución de las capacidades institucionales regulatorias de la ANT	90
Tabla 19 - Tabla resumen de las evaluaciones de la ANT respecto al MEE	91
Tabla 20 - Porcentaje de áreas de mejora respecto a cada criterio priorizado.....	94
Tabla 21 – Estrategias para el cumplimiento de los requisitos del MEE	94
Tabla 22 - Modelo Plan de Mejora ANT	95

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Formulario de intervención CRITERIO 1: LIDERAZGO.....	106
ANEXO B – Formulario de intervención CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN	110
ANEXO C – Formulario de intervención CRITERIO 3: PERSONAS	115
ANEXO D – Formulario de intervención CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.....	119
ANEXO E – Formulario de intervención CRITERIO 5: PROCESOS	125
ANEXO F – Formulario de intervención CRITERIO 7 : RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/USUARIOS	129
ANEXO G – Formulario de intervención CRITERIO 7: RESULTADOS ORIENTADOS A LAS PERSONAS	131
ANEXO H – Formulario de intervención CRITERIO 8: RESULTADOS EN RESPONSABILIDAD SOCIAL	133
ANEXO I – Formulario de intervención CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO.....	135
ANEXO J – Proceso de Mejora Continua	136
ANEXO J.1 – F01-Formulario de autoevaluación	148
ANEXO J.2 – F-05 Informe del Proceso de Mejora Continua.....	153
ANEXO J.3 – F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación	154
ANEXO J.4 – F-04 Resumen de Puntuación de Consenso	155
ANEXO J.5 – F-06 Plan de Mejoramiento.....	156
ANEXO K – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 1: LIDERAZGO	157
ANEXO L – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN	162
ANEXO M – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 3: TALENTO HUMANO	166
ANEXO N – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS	170
ANEXO O – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 5: PROCESOS.	176

ANEXO P – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS USUARIOS/CIUDADANOS	179
ANEXO Q – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 7: RESULTADOS ORIENTADOS AL TALENTO HUMANO	181
ANEXO R – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	183
ANEXO S – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 8: RESULTADOS CLAVE DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.....	186
ANEXO T – Áreas de mejora nivel comprometido	188
ANEXO U – Áreas de mejora priorizadas por subcriterio nivel Organizado.....	200
ANEXO V – Plan de Mejora ANT	204
ANEXO W – Resumen de puntuación segunda autoevaluación	221
ANEXO X – Plan de autoevaluación-comunicación	222
ANEXO Y – Tabla de asignación de criterio/subcriterio por evaluador	223

RESUMEN

Este trabajo de titulación tiene la intención de evaluar el Modelo Ecuatoriano de Excelencia (MEE) implementado en la Agencia Nacional de Tránsito e impulsado por la Secretaría Nacional de la Administración Pública (SNAP) en los años 2014 - 2015.

Para el desarrollo del presente trabajo se investigó varios modelos de excelencia aplicados en diferentes países y se los comparó con el Modelo Ecuatoriano de Excelencia en factores como: misión, criterios, enfoque, feedback y conceptos o principios fundamentales.

Este trabajo presenta dos etapas por un lado la determinación de la línea base de la Agencia Nacional de Tránsito evaluada de acuerdo a requisitos mínimos establecidos en el Modelo Ecuatoriano de Excelencia en el año 2014 y, por otro la evaluación del Modelo al año 2015 con el fin de determinar el nivel de madurez de la Institución de acuerdo a los parámetros establecidos en el Modelo.

Para evaluar el modelo aplicado en la Agencia Nacional de Tránsito se realizó una autoevaluación con servidores públicos formados como autoevaluadores del Modelo Ecuatoriano de Excelencia de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría Nacional de la Administración Pública (SNAP)

Una vez determinado el nivel de madurez y encontrado las áreas de mejora, se las priorizó en un plan de mejora, mismo que fue aprobado por el Director Ejecutivo de la Agencia Nacional de Tránsito, estableciendo así las actividades, responsables y plazos para su cumplimiento.

Palabras clave: Modelo de excelencia, CAF, excelencia, calidad.

ABSTRACT

This project tries to evaluate the Ecuadorian Model of Excellence (MEE) implemented in the National Transit Agency and promoted by the National Secretariat of Public Administration (SNAP) in the years 2014 - 2015.

For the development of the present work several models of excellence applied in different countries were investigated and compared with the Ecuadorian Model of Excellence in factors like: mission, criteria, approach, feedback and fundamental concepts or principles.

This work presents two stages, on the one hand, the determination of the baseline of the National Transit Agency evaluated according to minimum requirements established in the Ecuadorian Model of Excellence in 2014 and, on the other, the evaluation of the Model by the year 2015 with the In order to determine the level of maturity of the Institution according to the parameters established in the Model.

In order to evaluate the model applied in the National Transit Agency, a self-evaluation was carried out with public servants trained as self-evaluators of the Ecuadorian Model of Excellence according to the guidelines established by the National Secretariat of Public Administration (SNAP)

Once the level of maturity was determined and the improvement areas were identified, they were prioritized in an improvement plan, which was approved by the Executive Director of the National Transit Agency, thus establishing the activities, responsible and deadlines for compliance.

Key words: Model of excellence, CAF, excellence, quality

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en la “Evaluación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia y su aplicación en la Agencia Nacional de Tránsito en el período 2014 a 2015” y está orientado a la gestión de servicios de excelencia.

Un modelo de gestión comprende una serie de lineamientos que contribuyen a la mejora constante de la Institución que lo implanta, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes que acceden a los productos o servicios ofertados.

En el sector público se busca la implantación del modelo de gestión para brindar un servicio de excelencia, es decir, se busca obtener resultados con tendencia al mejoramiento continuo y que además sean sostenibles en el tiempo.

Como Institución Pública, la Agencia Nacional de Tránsito tiene la responsabilidad de brindar un servicio de calidad al ciudadano por lo que es esencial acatar normas o lineamientos que permitan mejorar la calidad del servicio prestado al usuario satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

La gestión pública en el Ecuador en el camino hacia la mejora continua debe realizar cambios radicales desde la Administración tradicional hasta un sistema con énfasis en resultados, esto implica más responsabilidad institucional.

En el mes de octubre de 2010 el Gobierno de la República del Ecuador emite la Ley Orgánica del Servicio Público en donde se establece la regulación y homologación del mismo. Posterior a esto, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) al encontrar un panorama institucional público muy complejo trata de resolverlo mediante: una reorganización de la estructura organizacional (función ejecutiva), el diseño de modelos de gestión para las instituciones públicas (prestación de servicios) y la desconcentración y descentralización del Estado.

De lo antes descrito, el Estado es el responsable de establecer las directrices que se acatarán en cada una de las Instituciones Públicas, en busca del desarrollo de los servicios que cada una ofertan al usuario y del personal que labora en ellas, generando mejoramiento continuo, organizaciones eficientes, productivas y de calidad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el desarrollo del presente trabajo se analizará la problemática de la Agencia Nacional de Tránsito utilizando la metodología descrita en la figura 1, para la que se realizan las siguientes tareas, según (Van Dalen & Meyer, 1983, pág. 149):

1. Resumir hechos que pudieran relacionarse con el problema.
2. Decidir mediante la observación si los hechos hallados son importantes.
3. Identificar las posibles relaciones existentes entre los hechos que pudieran indicar la causa de la dificultad.
4. Proponer diversas explicaciones (hipótesis) de la causa de la dificultad.
5. Cerciorarse, mediante la observación y el análisis, de si ellas son importantes para el problema.
6. Encontrar, entre las explicaciones, aquellas relaciones que permitan adquirir una visión más profunda de la solución del problema.
7. Hallar relaciones entre los hechos y las explicaciones.
8. Examinar los supuestos en que se apoyan los elementos identificados.

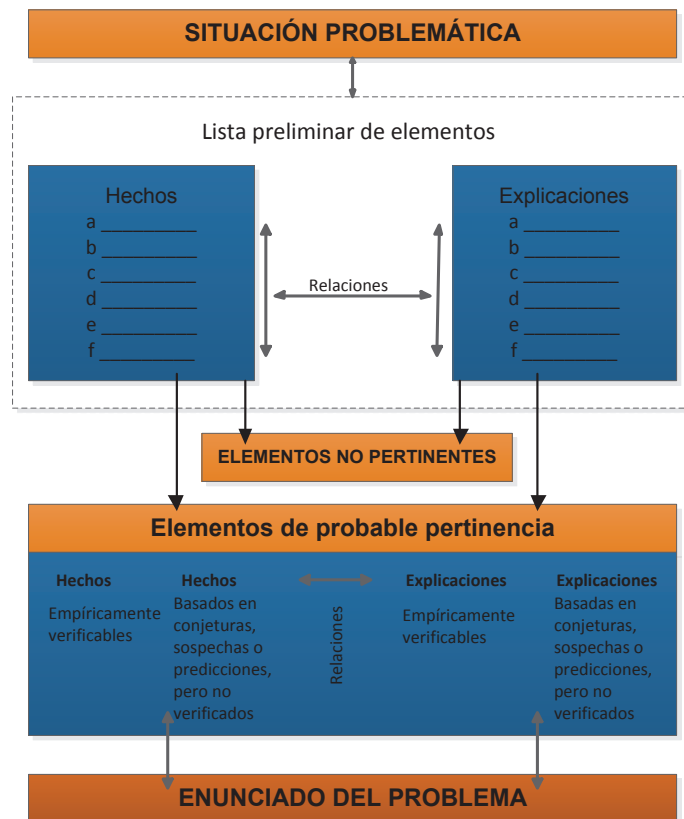


Figura 1 - Análisis esquemático de un problema (Van Dalen & Meyer, 1983)

1.1.1 LISTA PRELIMINAR DE ELEMENTOS

Tabla 1 - Lista preliminar de elementos

HECHOS	EXPLICACIONES
Falta de identificación y descripción de procesos	La Agencia Nacional de Tránsito ha definido su mapa de procesos según el Estatuto Orgánico aprobado, mas los procesos que permiten la prestación de los servicios al usuario, así como los internos no se han descrito.
Número creciente de denuncias de presunción de corrupción.	De acuerdo al detalle de denuncias recibidas por la ANT presentado por la Dirección de Evaluación de Prestación de Servicios se evidencia un incremento de denuncias por presuntos actos de corrupción que involucran a personal de la Agencia Nacional de Tránsito.
Falta de automatización de procesos	La Agencia Nacional de Tránsito no cuenta con procesos automatizados, los servicios que brinda al usuario se realizan de manera manual, generando trámites engorrosos, con excesivos requisitos y en tiempos extensos, además que los hacen propensos a actividades de corrupción.
Falta de medición de procesos.	La Agencia Nacional de Tránsito no cuenta con una medición de sus procesos, tanto de los prestadores de los servicios como de los internos.
No se cuenta con un manual de puestos implementado.	En el año 2014 se elaboró un manual de puestos en el que la Agencia Nacional de Tránsito identifica cada uno de los cargos y los describe para que con su aplicación se cuente con personal que cumpla con los requisitos del puesto que desempeñará, este documento se encuentra en revisión, por lo que no puede ser implementado.
No se cuenta con planes de mejora de los servicios prestados.	La Agencia Nacional de Tránsito no ha trabajado en planes de mejora de los servicios prestados, la falta de procesos descritos y medidos no ha evidenciado la necesidad de mejorar los servicios al usuario.

No se realizan auditorías internas.	Además de las auditorías ejecutadas por la Contraloría General del Estado, la Agencia Nacional de Tránsito no ha establecido un proceso de auditoría interna para determinar las falencias o problemas que pueden presentarse en las actividades desarrolladas por su personal a diario, lo que no permite identificar oportunidades de mejora.
No se ha realizado un análisis de la implementación del Modelo de Excelencia Ecuatoriano.	Realizado el primer proceso de autoevaluación para la aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia en el año 2014, la Agencia Nacional de Tránsito no evidencia determinar el nivel de madurez que ha alcanzado luego de su compromiso por brindar servicios excelentes adoptando el Modelo de Gestión descrito.

Elaborado: Jhadira Proaño

1.1.2 ELEMENTOS PERTINENTES Y NO PERTINENTES

Tabla 2 - Elementos pertinentes y no pertinentes

ELEMENTOS PERTINENTES	ELEMENTOS NO PERTINENTES
Falta de identificación y descripción de procesos	Número creciente de denuncias de presunción de corrupción.
No se ha realizado un análisis de la implementación del Modelo de Excelencia Ecuatoriano.	No se realizan auditorías internas.
Falta de medición de procesos.	No se cuenta con un manual de puestos implementado.
No se cuenta con planes de mejora de los servicios prestados.	Falta de automatización de procesos

Elaborado: Jhadira Proaño

1.2.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Se desconoce el nivel de madurez de la Agencia Nacional de Tránsito respecto al Modelo Ecuatoriano de Excelencia implementado en el año 2014 de acuerdo a sus criterios facilitadores y de resultados, para determinar los criterios que deben ser priorizados para su mejora.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Modelo Ecuatoriano de Excelencia y su aplicación en la Agencia Nacional de Tránsito en el periodo 2014 a 2015.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i) Evaluar el Modelo Ecuatoriano de Excelencia respecto a otros estándares.
- ii) Realizar el diagnóstico inicial de la ANT respecto a los puntos que abarca el Modelo Ecuatoriano de Excelencia.
- iii) Determinar la brecha de incumplimiento de lo establecido en el Modelo de Excelencia en la ANT
- iv) Analizar los resultados de los criterios establecidos en el Modelo Ecuatoriano de Excelencia respecto a su implantación en el año 2014 - 2015.
- v) Establecer estrategias y un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia en la ANT

1.3 HIPÓTESIS

Si se evalúa el Modelo Ecuatoriano de Excelencia implementado en la Agencia Nacional de Tránsito, se podrá determinar el nivel de cumplimiento de la Institución con este Modelo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MODELOS DE EXCELENCIA

La Constitución de la República del Ecuador, en el Título II, Art. 52, expresa: “Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.” (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Esto evidencia la importancia de que las Instituciones Públicas brinden a los usuarios servicios de calidad con atención oportuna, personal capacitado, instalaciones adecuadas, entre otras condiciones que son de valor para el ciudadano.

Un modelo de gestión está compuesto por criterios que permiten la evaluación de los aspectos relevantes de la gestión que realiza una organización, de manera que se visualicen los puntos que requieren mejora y las actividades que constituyen fortalezas para la organización, pues dan valor agregado.

Un modelo de gestión de la calidad total se define como la “filosofía de gestión cuyo objetivo es suministrar productos con un nivel de calidad que satisfaga a los clientes y que simultáneamente consigan la motivación y satisfacción de los empleados” (Miranda, 2007). Según este autor, el modelo de Gestión de la Calidad Total (GCT) se basa en los principios básicos que se muestran en la figura 2:

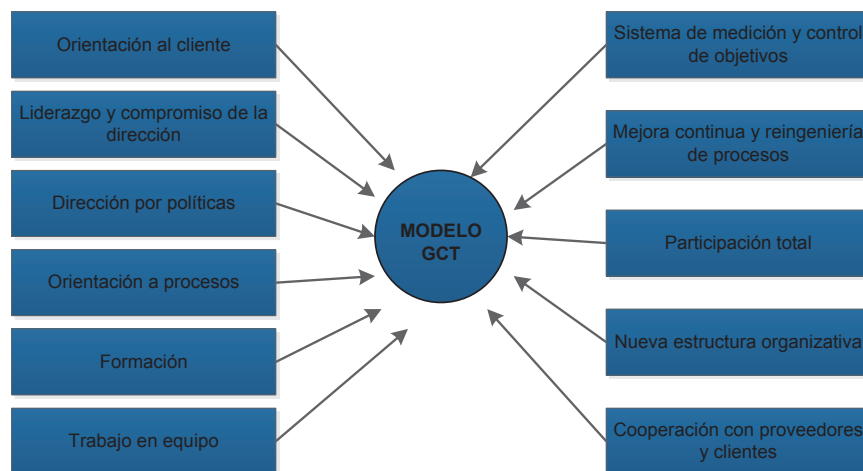


Figura 2 - Principios del modelo de Gestión de la Calidad Total (Miranda, 2007, pág. 46)

Un modelo de calidad total es “un conjunto de criterios agrupados en áreas o capítulos, que sirven como referencia para estructurar un plan que lleve a una empresa u organización, o una parte de la misma” (Membrado, 1996)

El término Modelo de Excelencia se emplea para referirse a modelos desarrollados en base a premios de la calidad, como es el caso del Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige en Estados Unidos, el Premio Deming en Japón y el EFQM en Europa.

“La Calidad Total – Excelencia es la estrategia de gestión cuyo objetivo es que la Organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés, es decir, en general, los clientes, empleados, accionistas y la sociedad en general.” (Sánchez, 2005, pág. 16)

2.2. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE EXCELENCIA

El objetivo de la aplicación de un modelo de gestión en una Organización es alcanzar productos o servicios de calidad realizando una autoevaluación de sus estrategias o la gestión misma.

En la antigüedad el hombre primitivo determinaba qué tan aptos eran los alimentos para ingerirlos o qué tan adecuadas eran las armas para defenderse, es decir que ya tenía una apreciación de la calidad.

La Revolución Industrial del siglo XIX hizo que se implementaran sistemas para mejorar la calidad y reducir costos que se producían en la manera artesanal, esto ocasionó un alejamiento cliente – fabricante.

En el siglo XX se pusieron en práctica las cadenas de producción con su pionero Henry Ford en la industria automovilística, se normaron las piezas de acuerdo a una especificación tomando en cuenta una tolerancia, las que se encontraban fuera del rango de tolerancia no podían ser ensambladas, se re trabajaban o simplemente se las desechaba creando los llamados costes de calidad y por consiguiente el costo del producto se elevaba, de esta manera surge la definición de calidad de un producto: **conformidad con la especificación.**

En el siglo XX se introduce en Estados Unidos el control de calidad. Se hacía una separación entre la persona ejecutora de las tareas y las que las controlan, se define como “conjunto de técnicas y actividades, de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio” (Membrado, 2002, pág. 4)

En Estados Unidos se implementó la estadística para el control de los productos, lo que ayudó a reducir los costos del mismo, luego se concluyó que los controles intermedios durante el proceso lo hacían más eficiente y se evitaba el rechazo del producto al final de la cadena productiva, a esto lo denominaron: **control estadístico del proceso**.

Posteriormente en Japón, con el objetivo de mejorar la productividad en la industria, el Dr. Edward Deming habló sobre la importancia de la calidad y la aplicación de la estadística para lograr la misma, entonces implementaron en las empresas esta nueva arma conocida como **calidad**, la que genera inevitablemente la mejora de la productividad, se dieron cuenta, además, que los productos que llegaban al cliente con defectos hacían perder parte del mercado, se aplicó entonces como objetivo en común la aplicación de calidad de acuerdo a la reacción en cadena representada en la figura 3.

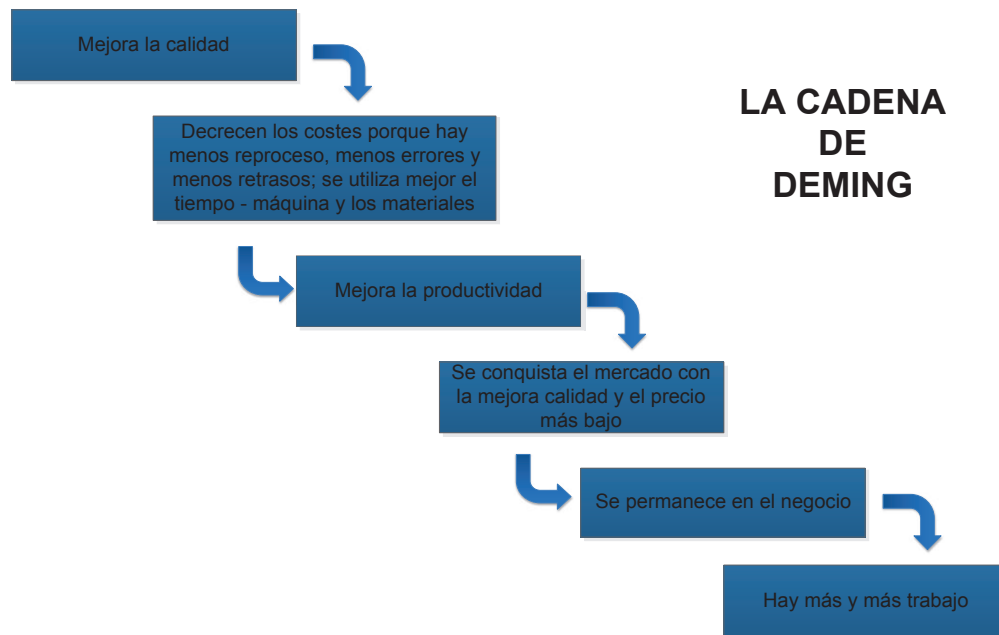


Figura 3 - Reacción en cadena de la aplicación de la calidad 1950
(Miranda, Introducción a la gestión de la calidad, 2007)

Luego de los aportes del Dr. Deming, el Dr. Juran basa “la gestión de la calidad en la planificación, el control y la mejora de la calidad” (Membrado, 2002, pág. 5), también el Dr. Ishikawa quien en conjunto con otros japoneses crearon los “círculos de calidad” que consistían en grupos que comparten conocimientos, tratan los problemas que han aparecido y se ayudan entre sí para la búsqueda de soluciones.

“En la década de 1980 en Estados Unidos se habló del término: **Calidad Total**, mientras que en Europa en 1990, la EFQM (European Foundation for Quality Management) adoptó

el término **Excelencia**. Ambos conceptos encierran ideas muy semejantes.” (Sánchez, 2005, pág. 16)

Se define como Calidad total a las “mejores prácticas aplicadas a la gestión de las organizaciones y suelen denominarse Principios de la Calidad Total – Excelencia o también Conceptos fundamentales de la Excelencia” (Sánchez, 2005).

Los conceptos fundamentales de la Excelencia son:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y coherencia
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad de la organización. (Sánchez, 2005)

Los modelos más representativos de calidad total (excelencia) son tres y surgen de los países que constituyen potencias mundiales estos son:

2.3. MODELOS DE CALIDAD

Los modelos de calidad nacen para servir de instrumento de autoevaluación de las empresas que los aplican, dan una referencia del camino a la excelencia, además de identificar fortalezas y debilidades para determinar oportunidades de mejora.

Los premios de excelencia son convocados cada año por los organismos que gestionan los modelos, promocionándolos de manera que más empresas los implementen y se promocionen a la vez.

2.3.1 Modelo Deming – Japón

El Dr. William Edwards Deming (14 de octubre de 1900 - 20 de diciembre de 1993), fue estadístico, profesor, consultor, escritor y difusor del concepto de calidad. Estadounidense que contribuyó al desarrollo y crecimiento de Japón después de la segunda guerra mundial.

En 1986 escribe el libro “Out of the crisis (Fuera de crisis)” en donde define el método para mejorar la calidad del sistema productivo, mismo que es conocido en la actualidad como:

Método de Deming.

El Método Deming se desarrolla mediante 14 puntos, mismos que están enfocados en la cadena de producción, estos puntos son:

1. **Crear constancia en el propósito de mejorar la construcción:** “en vez de ganar dinero, debe permanecer en el negocio y proporcionar empleo por medio de la innovación, el constante mejoramiento y el mantenimiento” (Ramírez, 1999).
La herramienta principal para este primer paso se llama: **innovación**.
2. **Aportar una nueva filosofía:** la organización debe lograr que el personal (incluyendo los directivos) tengan claro los cambios que se requieren para eliminar desperdicios, reducir defectos y mejorar la productividad.
3. **Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad:** la organización debe eliminar la inspección y sustituirla por el control estadístico de procesos.
4. **Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio:** la organización debe dejar de considerar al precio como la única variable para realizar las compras y tomar en cuenta variables como calidad, tiempo, oportunidad de entrega, entre otras.
5. **Mejorar constantemente el sistema de producción y servicio:** la organización debe asegurar que la calidad sea considerada desde el diseño del producto/servicio en el que se considere las necesidades del cliente. Se debe utilizar herramientas estadísticas: histogramas, gráficos de control, diagrama causa-efecto y con ellas tratar de eliminar o por lo menos reducir las variaciones del proceso.
6. **Implantar la formación:** es importante que todos los miembros de la organización y sus directivos conozcan mejores maneras de llevar a cabo sus actividades.
7. **Adoptar e implantar el liderazgo:** la organización debe contar con verdaderos líderes por lo que deben ser formados para liderar un grupo, no para la supervisión tradicional que persigue al que cometió un error.
8. **Desechar el miedo:** la organización debe procurar un clima de confianza entre el personal, que no sienta temor de preguntar y equivocarse.
9. **Derribar barreras entre los departamentos:** la organización debe fomentar el trabajo en equipo, se requiere canales de comunicación adecuados, al igual que sistemas de evaluación y recompensas.
10. **Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas:** “De nada sirven eslóganes si el trabajador no cuenta con los medios adecuados para alcanzar el nivel de calidad deseado”. (Miranda, 2007, pág. 34)

- 11. Eliminar los cupos numéricos:** los objetivos numéricos no aportan con la mejora continua pues una vez alcanzados se pierde el interés por seguir mejorando y el cumplimiento puede acarrear la disminución de calidad del producto.
- 12. Eliminar las barreras que impiden que la gente esté orgullosa de su trabajo:** la evaluación anual del rendimiento de los colaboradores es una de las barreras que elimina la motivación y el clima laboral pues solo se considera el resultado final y no el tiempo que se ha dedicado para mejorar el proceso.
- 13. Estimular la educación y la automejora de todo el mundo:** la organización y sus directivos deben velar por la mejora de la educación de los colaboradores, más allá de solamente sus habilidades para determinado puesto de trabajo.
- 14. Actuar para lograr la transformación:** la organización debe asegurar que todo su personal se involucre en el proceso de mejora continua y que se encuentre alineado a la nueva filosofía empresarial en base a los puntos anteriores.

El Premio Deming fue establecido en 1950 por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros, JUDE por sus siglas en inglés por la labor de Edward Deming en la búsqueda de la mejora de la producción luego de la segunda guerra mundial por medio del control estadístico.

Este premio anual tiene tres categorías:

1. **Premio Deming para personas individuales:** se concede a quienes han investigado en la teoría o en aplicaciones técnicas estadísticas, o han aportado a difundir el Control de Calidad.
2. **Premio Deming para aplicaciones en pequeñas empresas y en divisiones autónomas de grandes empresas:** se concede a organizaciones tanto públicas como privadas que han realizado investigaciones en el campo de la Calidad.
3. **Premio de Control de Calidad para industrias que se han distinguido por sus mejoras utilizando el modelo Company-Wide Quality Control (CWQC):** este sistema aporta con principios fundamentales para la satisfacción del cliente, la formación o capacitación continua del recurso humano, la prevención de errores, la participación de los miembros de la organización, la mejora continua y la aplicación del plan de calidad.

La primera vez que se convocó este premio fue en el año de 1951 en Japón, y se extendió al resto del mundo en el año de 1984 es el primer modelo existente, se caracteriza por el “empleo de métodos estadísticos para el control de la Calidad” (González, 2004).

Este modelo evalúa actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando diez áreas de gestión como se muestra en la figura 4.

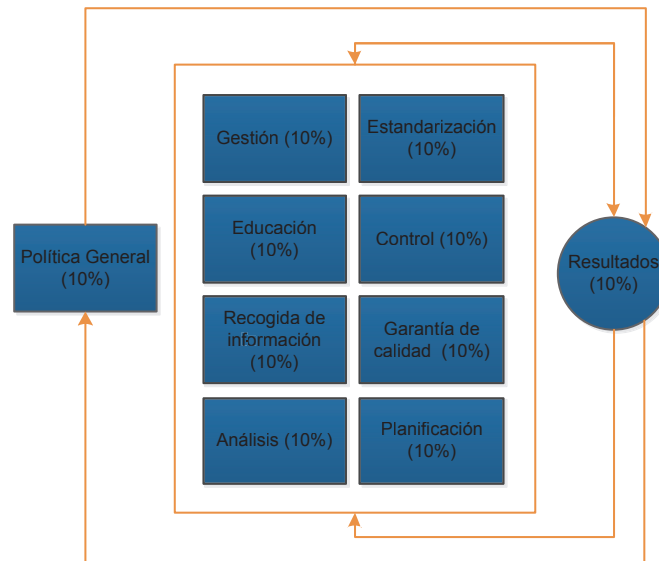


Figura 4 - Categorías de valoración en el Premio Deming (González, 2004)

Este modelo propone que la empresa debe enfocarse en la implantación de herramientas de Calidad y control estadístico en todas las funciones y niveles de la empresa como: análisis de procesos, control estadístico de procesos, equipos de mejora, círculos de calidad, Kaizen entre otros, con el fin de obtener mejores resultados.

Modelo desarrollado en Japón en el año 1951.

Enfoque:

- Mejorar los resultados de una organización mediante la implantación del control de calidad (control estadístico).
- Resolución de problemas (trabajo en equipo)
- Mejoramiento y aprendizaje continuo

Objetivos:

Realizar una autoevaluación de la organización para identificar su situación actual, determinar objetivos y la manera en que se cumplirán.

Orientar la calidad hacia las necesidades de sus clientes.

El modelo evalúa: actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando siete áreas de gestión o criterios de evaluación:

1. Liderazgo
2. Cooperación interna y externa
3. Aprendizaje
4. Gestión de procesos
5. Mejora continua
6. Satisfacción del empleado
7. Satisfacción del cliente

Evaluación: cada criterio se evalúa desde 4 puntos de vista:

1. Efectividad
2. Continuidad
3. Consistencia
4. Perfección

Categorías de evaluación: cada criterio es evaluado de acuerdo a los niveles:

1. Sin actividad
2. Bajo nivel
3. Aceptable
4. Excelente
5. Excepcional

Beneficios:

- Mejora de la calidad
- Reducción de costos
- Aumento en las ventas
- Mejora de beneficios
- Compromiso de los colaboradores

2.3.2 Modelo Malcolm Baldrige – Estados Unidos

El Modelo Malcolm Baldrige nace en el año de 1987 debido a que se detectó reducción de la productividad y competitividad de la economía norteamericana. El nombre del modelo es en memoria de quien fue Secretario de Comercio de Estados Unidos quien fue el principal de la Campaña Nacional por la Calidad.

Este Modelo “busca elevar los niveles de calidad y competitividad económica norteamericana, elevar los niveles y expectativas sobre calidad y servir como herramienta de trabajo para la planificación, formación y evaluación” (González, 2004)

Los Criterios del Modelo Malcolm Baldrige se muestran en la figura 5:

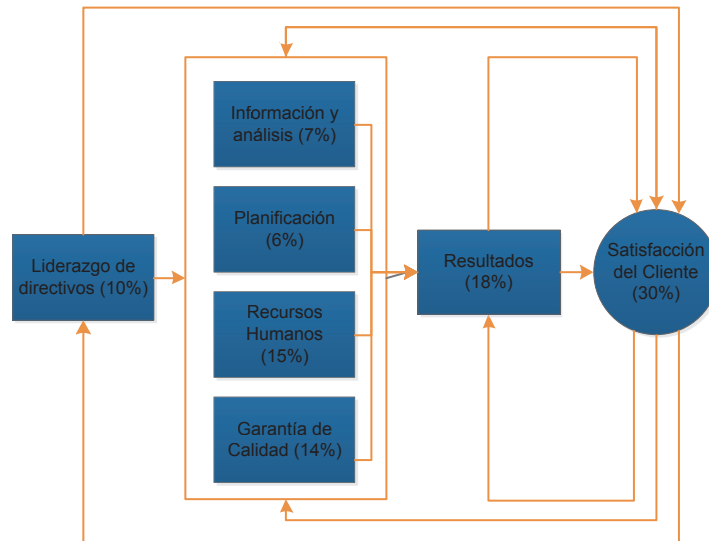


Figura 5 - Criterios del sistema de calidad del Modelo Malcolm Baldrige (González, 2004)

Hay tres categorías del Premio Malcolm Baldrige:

1. Sector industrial
2. Sector servicio
3. Pequeñas industrias

Para cada una de las categorías se establecen dos premios y son entregados anualmente y concursan empresas norteamericanas o extranjeras que tengan su actividad en Estados Unidos.

Este modelo es una herramienta a seguir para evaluar la excelencia en la gestión de la empresa, da principal importancia al enfoque al cliente y su satisfacción.

Enfoque: liderazgo del cliente, apoyo de la organización, medición, benchmarking

Objetivos:

- Dar seguimiento a la evolución del sistema de gestión.
- Facilitar la comunicación y flujo de información en la organización.

- Incentivar el aprendizaje organizacional y personal.

El modelo evalúa: actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando las áreas de gestión o criterios de evaluación:

1. Liderazgo
2. Planificación estratégica
3. Enfoque en clientes y mercados
4. Información y análisis
5. Enfoque en recursos humanos
6. Gestión de procesos
7. Resultados

Categorías de evaluación: cada criterio se evalúa:

- Utilizando las tablas de evaluación correspondientes
- Se califica en porcentajes de 5% en 5%
- El rango inicial es de 0% a 5% y los siguientes se agrupan de 15% en 15%

Beneficios:

- Da principal importancia al cliente y a su satisfacción.
- Aumenta la garantía de calidad de los productos o servicios que brinda la organización.
- Aumenta la productividad.
- Mejora las relaciones interpersonales
- Aumenta la satisfacción al cliente, por ende la participación en el mercado y la utilidad de la organización.

Tabla 3 - Ganadores del Premio Malcolm Baldrige

AÑO	INDUSTRIAL	SERVICIOS/ EDUCACIÓN	PYME
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Motorola • Westinghouse-Commercial Nuclear Fuels 		
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Milliken Company • Xerox Corporation 		
1990	<ul style="list-style-type: none"> • IBM Rochester • Cadillac 	<ul style="list-style-type: none"> • Federal Express 	<ul style="list-style-type: none"> • Wallace Company
1991	<ul style="list-style-type: none"> • Solectron Corporation • Zytec 		<ul style="list-style-type: none"> • Marlow Industries
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Texas Instruments Defensa y Electrónica • AT&T Network Systems 	<ul style="list-style-type: none"> • Rits-Carlton • AT&T Universal Card 	<ul style="list-style-type: none"> • Granite Rock
1993	<ul style="list-style-type: none"> • Eastman Chemical 		<ul style="list-style-type: none"> • Ames Rubber
1994		<ul style="list-style-type: none"> • AT&T Consumer Communications Services • GTENDirectories Corporation 	<ul style="list-style-type: none"> • Wainwright Industries Inc
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Amstrong World Industries (Productos para la construcción) • Comming Telecommunications 		
1996	<ul style="list-style-type: none"> • ADAC Laboratories 	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Commercial Credit 	<ul style="list-style-type: none"> • Trident Precision Manufacturing
1997	<ul style="list-style-type: none"> • 3M Productos Dentales • Solectron 	<ul style="list-style-type: none"> • Merrill Lynch Credit • Xerox Business Services 	
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Boeing Airlift and Tanker Programs • Solar Turbines 		<ul style="list-style-type: none"> • Texas Nameplate
1999	<ul style="list-style-type: none"> • ST Microelectronics 	<ul style="list-style-type: none"> • Ritz-Carlton • BI 	<ul style="list-style-type: none"> • Sunny Fresh Foods
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Corporation – Spicer Driveshaft Division • KARLEE Company, Inc 	<ul style="list-style-type: none"> • Opertions Management International, Inc 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Alamos National Bank
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Clarke American Checks, Inc 	<ul style="list-style-type: none"> • Pearl River School District • University of Wisconsin-Stout 	<ul style="list-style-type: none"> • Pa'Is sudden Service

Fuente: (Membrado, 2002)

Elaborado: Jhadira Proaño

2.3.3 Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)

Europa no podía permanecer impasible ante la nueva corriente de la Calidad Total – Excelencia en el mundo, entonces, en 1988 los presidentes de 14 compañías europeas, en Bruselas, crearon la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM, por sus siglas en inglés).

El Modelo Europeo de Excelencia nació en 1991 como iniciativa de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), es un modelo que tiene como objetivo ser una herramienta para ayudar a las organizaciones a implantar un sistema de gestión de calidad total.

El modelo EFQM se basa en la premisa: “Los resultados excelentes en el rendimiento general de una Organización, en sus clientes, personas y en la sociedad en la que se actúa se logran mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia, que se hará realidad a través de las personas de la Organización, las Alianzas y Recursos y los Procesos.” (Sánchez, 2005).

El Modelo EFQM de Excelencia contempla nueve criterios divididos en: agentes facilitadores y resultados, mismos que se muestran en la figura 6.

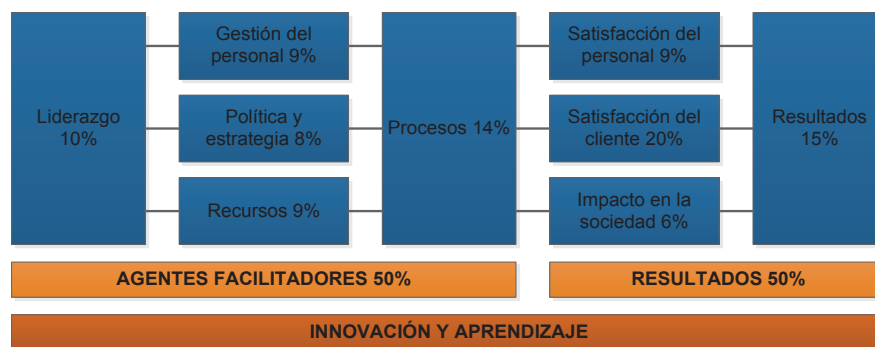


Figura 6 - Criterios del Modelo Europeo de Excelencia EFQM (González, 2004)

La interpretación de la figura 6 es: “Los procesos son los medios por los cuales la empresa utiliza la valía de sus empleados (*personas*) para producir *resultados*. En otras palabras, los procesos y las personas son los *agentes facilitadores* que conducen a los *resultados*.” (Membrado, 2002, pág. 33)

Agentes facilitadores: los criterios que forman este grupo reflejan la forma de actuar de la Organización (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, y procesos).

Resultados: los criterios que forman este grupo reflejan los logros de la Organización (resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave).

El Modelo EFQM de Excelencia tiene 3 versiones:

1. Empresas
2. Pequeñas y medianas empresas
3. Sector público y Organizaciones del Voluntariado.

Enfoque: facilitadores de las organizaciones y resultados: liderazgo, procesos y resultados.

Objetivos:

- Crear organizaciones con principios de calidad total en sus procesos y en las relaciones con los grupos de interés.
- Ayudar a la organización a conocerse mejor y mejorar su funcionamiento.
- Aumentar el valor para los clientes actuales y potenciales.

El modelo evalúa: actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando las áreas de gestión o criterios de evaluación:

1. Liderazgo
2. Personas
3. Política y estrategia
4. Alianzas y recursos
5. Procesos
6. Resultados en personas
7. Resultados en clientes
8. Resultados en la sociedad
9. Resultados clave

Categorías de evaluación: cada criterio se evalúa:

1. Utilizando el esquema lógico REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión). Cuando se puntúa mediante este esquema se le asigna un peso específico a cada criterio para calcular el puntaje asignado.

Beneficios:

- Realizar un análisis objetivo de la organización y sus resultados para realizar un diagnóstico.
- Luego de aplicarlo la organización puede establecer líneas de mejora continua.

“Las entidades que hayan implantado el modelo pueden voluntariamente presentar su candidatura para obtener un Reconocimiento a la Excelencia en la Gestión basado en la aplicación del Modelo EFQM de la Excelencia” (Cabo, 2014), esto se logra mediante los sellos de excelencia EFQM:

- **Sello compromiso hacia la excelencia/committed to excellence:** se accede a este sello cuando el resultado de la Autoevaluación respecto al Modelo EFQM es de 200 o más puntos EFQM. No es imprescindible que la organización posea un Certificado ISO 9001 vigente. En la figura 7 se muestra el sello compromiso hacia la excelencia.



Figura 7 - Sello Compromiso hacia la excelencia - Modelo Europeo de Excelencia EFQM (tuveras.com, 2015)

- **Sello Excelencia Europea 300+ o 3 estrellas/recognised for excellence 3 stars:** se accede a este reconocimiento cuando el resultado de la autoevaluación, respecto al Modelo EFQM de Excelencia es homologado en 300 o más puntos EFQM. En la figura 8 se muestra el sello Excelencia Europea.



Figura 8 - Sello Excelencia Europea - Modelo Europeo de Excelencia EFQM (tuveras.com, 2015)

- **Sello Excelencia europea 400+ o 4 estrellas / recognised for excellence 4 stars:** se accede a este reconocimiento cuando el resultado de la autoevaluación, respecto al Modelo EFQM de Excelencia es homologado en 400 o más puntos EFQM. En la figura 9 se muestra el sello de Excelencia Europea 400+.



Figura 9 - Sello Excelencia Europea 400+ (Modelo Europeo de Excelencia EFQM)
(tuveras.com, 2015)

- **Sello Excelencia europea 500+ o 5 estrellas/recognised for excellence 5 stars:** se accede a este premio cuando el resultado de la autoevaluación respecto al Modelo EFQM de Excelencia es homologado por un evaluador en 500 o más puntos EFQM. En la figura 10 se muestra el sello de Excelencia Europea 500+.



Figura 10 - Sello Excelencia Europea 500+ (Modelo Europeo de Excelencia EFQM)
(tuveras.com, 2015)

2.3.4 Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (Fundibeq)

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión se implantó en el año de 1999 por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBQ).

La Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBQ) es una organización formada por empresas sin ánimo de lucro que promueve la Gestión Global de la Calidad en el ámbito iberoamericano y busca que sus miembros mejoren su competitividad.

Este modelo tiene como objetivo “la evaluación de la gestión de las organizaciones, identificando sus puntos fuertes y áreas de mejoras que sirvan para establecer planes de

progreso y también sirva como información para el desarrollo y la planificación estratégica.” (FUNDIBEQ)

Con la creación de este Modelo se consiguieron los siguientes logros, según (Membrado, 2002):

- Cuando un país iberoamericano no disponga de un modelo propio pueda adoptar éste como suyo.
- Introducir la autoevaluación como el sistema que menor tiempo y costo genera en la empresa.
- Estandarizar entre los distintos países las características y niveles de desarrollo.
- Contar con un referente común a todos los países iberoamericanos, facilitando la coordinación de esfuerzos.

Al premio pueden optar organizaciones iberoamericanas públicas y privadas.

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (FUNDIBEQ) consta de nueve criterios (5 facilitadores y 4 de resultados), mismos que se muestran en la figura 11.

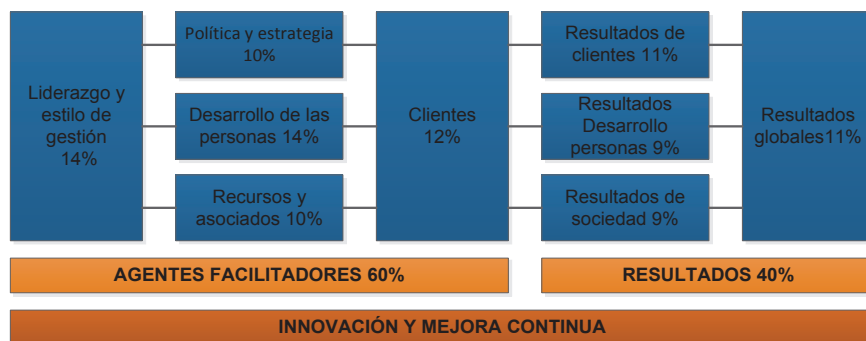


Figura 11 - Criterios del Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (González, 2004)

Este Modelo trata de crear un punto de referencia en el que se reflejen los distintos modelos de excelencia de los países iberoamericanos.

Enfoque: facilitadores de las organizaciones y resultados: liderazgo, clientes y resultados.

Objetivos:

Evaluar la gestión de la organización, identificar puntos fuertes y posibles áreas de mejora para determinar planes de mejora, además del desarrollo de la planificación estratégica.

El modelo evalúa: actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando las áreas de gestión o criterios de evaluación:

1. Liderazgo y estilo de dirección
2. Política y estrategia
3. Desarrollo de las personas
4. Recursos y asociados
5. Clientes
6. Resultados de clientes/usuarios
7. Resultados del desarrollo de las personas
8. Resultados de sociedad
9. Resultados globales

Categorías de evaluación: cada criterio se evalúa:

1. Utilizando el esquema lógico REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión). Cuando se puntúa mediante este esquema se le asigna un peso específico a cada criterio para calcular el puntaje asignado.

Beneficios:

- Los resultados de la aplicación del modelo son publicados en medios de prensa internacionales.
- La organización que aplique el modelo puede utilizar los símbolos del premio en todas las publicaciones y comunicaciones que realice.
- Las mejores prácticas de la organización ganadora serán divulgadas en toda Iberoamérica.
- Identificar las fortalezas y debilidades por una visión externa a la organización.
- Aumentar la cultura de la calidad en la organización.

2.3.5 Modelo de las Normas de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO 9000)

La normalización es una “actividad que ofrece soluciones a situaciones repetitivas, sobre todo en el ámbito de las ciencias, la técnica y la economía, con el objeto de unificar criterios y utilizar un lenguaje común en cada campo concreto.” (Vértice, 2010).

La normalización presenta beneficios como: facilitar que los productos y servicios se adapten a los fines para los que fueron creados protegiendo la salud de los clientes, además del medio ambiente facilitando una adecuada cooperación tecnológica.

Las Normas ISO 9000 se utilizaron por primera vez en el año de 1987 por la Organización Internacional de Normalización, organismo creado en el año de 1947, y, que cuenta con 140 estados miembros y son representados por los organismos nacionales de normalización respectivos. “Cada vez son más las empresas que han implantado las normas ISO como una herramienta para la Gestión de la Calidad, obteniendo mejoras importantes en su gestión, procesos y productos.” (Climent, 2003)

La Organización Internacional para la Estandarización (International Standard Organization –ISO) desarrolló modelos para evaluar la calidad total en la gestión de las organizaciones, uno de ellos es el estándar ISO 9000 que nace por la necesidad de calidad de los productos demandados por los clientes.

Las Normas ISO 9000 están enfocadas en la organización por procesos y gestión de la calidad por lo que considera las necesidades del cliente o usuario del servicio o producto, tiene un alcance desde el contrato con el cliente hasta la medición de la satisfacción del mismo, ayudan a que la organización que las implementan sean más competitivas y sean a la vez más flexibles,

La Norma ISO 9001 ha incorporado el término “sistemas de gestión de la calidad”, entendiéndose que no sólo da por hecho el aseguramiento de la calidad (conformidad de un producto/servicio), sino que toma en cuenta que las empresas demuestren su capacidad para satisfacer al cliente.

Según (Climent, 2003) las ventajas que obtienen las empresas al implementar las normas ISO 9000 son:

De carácter interno:

- Mejora la eficiencia con la reducción de quejas de los clientes, además de los defectos, costos y hay mayor disciplina.

- Mejora el espíritu de equipo, menor conflictividad entre empleados.
- Refuerza la comunicación interna.
- Mejora la documentación.
- Incrementa la motivación de los empleados.
- Incrementa la responsabilidad, mejora la calidad de los resultados.

De carácter externo:

- Mejora control sobre los proveedores.
- Mejor imagen de la empresa, con mejor calidad y ventaja competitiva.
- Aumento de la cuota del mercado.
- Incremento de ventas.
- Aumento de la satisfacción de los clientes.
- Reducción de las quejas.

Según el mismo autor (Climent, 2003), los directivos pueden no estar de acuerdo con adoptar la Norma ISO 9001 por razones como las que se describen a continuación:

- Falta de tiempo del personal para dedicarse a las tareas de implementación.
- Falta de compromiso de la dirección (solo le interesa obtener el certificado de calidad).
- Resistencia al cambio de empleados.
- Exceso de carga laboral para directivos y supervisores.
- Exceso de papeleo.
- Exceso de costos de implementación (sin esperar beneficios de la misma).
- Falta de formación.

La Norma ISO 9001 tiene un enfoque en procesos, el modelo de gestión se muestra en la figura 12, los clientes juegan un papel fundamental, pues, “el seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos”. (ISO9001, 2008).



Figura 12 - Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos (Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos, 2008)

De acuerdo a lo establecido la Norma ISO 9000: 2005, “La familia de Normas ISO 9000 se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad eficaces”. (ISO9000, 2005):

En la Tabla 4 se cita la familia de Normas ISO 9000, según lo detallado en (Climent, 2003):

Tabla 4 - Familia de Normas sobre Calidad

FAMILIA DE NORMAS ISO	
ESTÁNDARES Y GUÍAS DE CONSULTA	PROPÓSITO
ISO 9000:2005. Sistemas de gerencia de la calidad - fundamentos y vocabulario.	Establece un punto de partida para entender los estándares y define los términos y las definiciones fundamentales usados en la familia de la ISO 9000 que se necesitan para evitar malentendidos en su uso.
ISO 9001:2015. Sistemas de gerencia de la calidad – requisitos.	Es el estándar del requisito que se utiliza para evaluar la capacidad de resolver el cliente y requisitos reguladores aplicables y de tal modo de tratar la satisfacción de cliente. Ahora es el único estándar en la familia de la ISO 9000 contra quien la certificación de tercera persona puede ser llevada.
ISO 9004:2009. Sistemas de gerencia de la calidad - guías de consulta para las mejoras del funcionamiento.	Guía de consulta que proporciona a la dirección para la mejora continua de su sistema de gerencia de la calidad para beneficiar todos los partidos con la satisfacción de cliente sostenida. “Esta Norma Internacional proporciona orientación a las organizaciones para ayudar a lograr el éxito sostenido mediante un enfoque de gestión de la calidad. Es

	aplicable a cualquier organización, independientemente de su tamaño, tipo o actividad.” (ISO9004, 2009)
ISO 19011:2011. Guías de consulta en calidad y/o revisión ambiental de los sistemas de gerencia.	<p>Guías de consulta para verificar la capacidad del sistema de alcanzar objetivos definidos de la calidad.</p> <p>Puede utilizar este estándar internamente o para revisar a sus proveedores.</p> <p>“Esta Norma Internacional no establece requisitos, sino que proporciona orientación sobre la gestión de un programa de auditoría, sobre la planificación y realización de una auditoría del sistema de gestión, así como sobre la competencia y evaluación de un auditor y un equipo auditor.” (ISO19011, 2011)</p>

Fuente: (Climent, 2003)

Elaborado: Jhadira Proaño

La evolución de los modelos de calidad – excelencia ha logrado un cambio cultural en las organizaciones en las que se implementan como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5 - Efectos del cambio de gestión a la gestión de calidad

DESDE	HASTA
Requerimientos del cliente no entendidos por la organización.	Acciones para satisfacer los requerimientos del cliente.
Objetivos a corto plazo.	Objetivos a mediano y largo plazo.
Se toman acciones correctivas.	Se toman acciones preventivas, se trabaja en la mejora continua con un enfoque en cero defectos.
Toma de decisiones individual.	Toma de decisiones en equipo.
Objetivos confusos.	Objetivos claros.
Estructura organizativa rígida.	Estructura organizativa flexible.
Toma de decisiones basada en instinto.	Toma de decisiones basada en datos (sistemas).

Elaborado: Jhadira Proaño

2.4. MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA

2.4.1 Programa Nacional de Excelencia – PROEXCE

La Administración Pública ha realizado esfuerzo para que los servicios que ofrecen las Instituciones Públicas respondan a las necesidades reales de los ciudadanos.

El Gobierno Ecuatoriano, con el objetivo de aportar al Buen Vivir que incluye: una sociedad incluyente, solidaria, justa, la democracia, la paz y las relaciones equitativas orientadas al

bien común, ha generado estrategias con enfoque en la Calidad y la Excelencia. El Gobierno del Ecuador a través de la Secretaría Nacional de la Administración Pública, desarrolló el Programa Nacional de Excelencia PROEXCE, como directrices a seguir hacia la Calidad y la Excelencia.

Según expresa (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014): “Durante las últimas décadas, el Ecuador ha pasado de ser un Estado que beneficiaba únicamente a los capitales de los grandes grupos económicos del país a un Estado preocupado por favorecer y atender a la ciudadanía. Hoy sus características incluyen adaptarse a los distintos cambios sociales, responder de manera efectiva ante crisis internas y externas, y comprender y satisfacer, en la medida de lo posible, las exigencias de los ciudadanos. (pág. 7)”

La ciudadanía ha dejado su participación pasiva, de veedor de las acciones del Gobierno, a la participación activa al comunicar sobre sus necesidades para que éstas sean satisfechas, mucho de esto se debe al acceso a la educación, el uso de nuevas tecnologías, que han dado al usuario cierto nivel de empoderamiento, lo que demanda que el Estado sea capaz de satisfacer requerimientos y además, de detectarlos a tiempo para cumplir con las expectativas del usuario.

“Las organizaciones del sector público tienen la presión de entregar un amplio y complejo rango de servicios, de manera que resulten eficientes, económicos, equitativos, transparentes y cercanos.” (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

Brindar al usuario servicios de acuerdo a sus expectativas requiere una transformación integral de las Instituciones Públicas, el cambio en las políticas y marco regulatorio no es suficiente para alcanzar los resultados esperados, por lo que se parte desde la Constitución de la República del Ecuador y el Plan Nacional del Buen Vivir para tomar medidas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios de acuerdo a su demanda.

El Gobierno de la República del Ecuador en busca de la excelencia en la Administración Pública crea el Programa Nacional de Excelencia – PROEXCE con el fin de incrementar la satisfacción ciudadana respecto a los servicios que prestan las Instituciones Públicas. En el ámbito internacional, se tomó como guía para la elaboración del PROEXCE el Marco Común de Evaluación – Modelo CAF.

El PROEXCE adopta los principios del Modelo Marco Común de Evaluación (Modelo CAF por sus siglas en Inglés), mismos que se muestran en la Figura 13. El Modelo CAF Está

basado en “la premisa de que los resultados excelentes en el rendimiento de la organización, en los ciudadanos/clientes, en las personas y en la sociedad se alcanzan por medio de un liderazgo que dirija la estrategia y planificación, las personas, las alianzas, los recursos y los procesos.” ((CAF), 2013, pág. 9)



Figura 13 - Guía del Modelo CAF
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

2.4.2 Objetivos del Programa Nacional de Excelencia – PROEXCE

El Programa Nacional de Excelencia ha establecido los objetivos estratégicos, según (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014, pág. 23):

- Incrementar la calidad de los servicios públicos
- Incrementar la eficacia de la gestión de planes, programas, proyectos, servicios y procesos
- Incrementar el nivel de madurez en la gestión institucional partiendo de los criterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia

2.4.3 Estrategias del Programa Nacional de Excelencia – PROEXCE

Según (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014) entre las estrategias planteadas para la consecución del Plan Nacional de Excelencia están:

- Adoptar el Modelo Ecuatoriano de Excelencia (Basado en el Modelo CAF) en las instituciones públicas.

- Depurar las normativas en el marco integrador del Modelo Ecuatoriano de Excelencia. La normativa que quede vigente debe considerar estándares y, de ser el caso, niveles de madurez.
- Generar metodologías articuladas a la normativa con sus respectivas herramientas.
- Verificar el cumplimiento de estándares.

2.4.4 Modelo Ecuatoriano de Excelencia

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia –MEE es un “instrumento práctico que ayuda a las instituciones públicas a establecer un sistema de gestión apropiado, midiendo en qué punto se encuentra dentro del camino hacia la excelencia, identificando posibles debilidades y definiendo acciones de mejora.” (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

La Estructura del Modelo Ecuatoriano de Excelencia se muestra en la Figura 14.

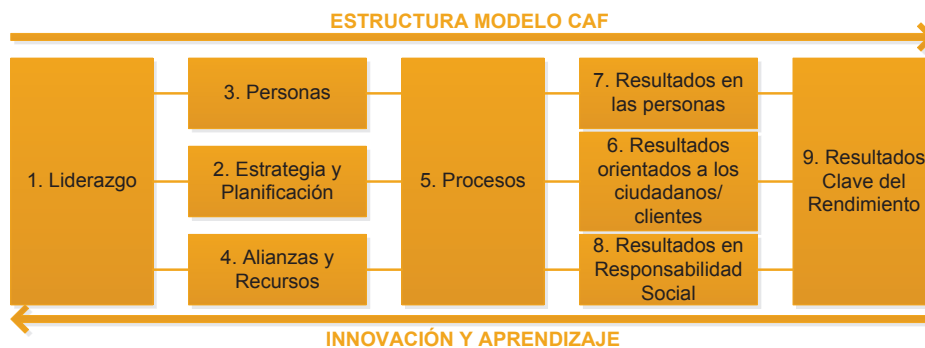


Figura 14 - Estructura del Modelo Ecuatoriano de Excelencia
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia está compuesto por 9 (nueve) criterios de los que son: 5 Agentes Facilitadores y 4 Resultados. Los agentes facilitadores determinan lo que hace la Institución para alcanzar los resultados planificados. Según (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014), los criterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia tienen objetivos y estrategias como se muestra en la Tabla 6.

Este Modelo plantea lineamientos a ser adoptados por las Instituciones públicas para su mejora continua con el objeto de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario/ciudadano.

Enfoque: facilitadores de las organizaciones y resultados: liderazgo, cultura de servicio al público, procesos, gestión de calidad y resultados.

Objetivos:

- Establecer lineamientos para que las Instituciones desarrollen e implementen un sistema de gestión que logre resultados excelentes en el desempeño institucional, en el usuario, en el recurso humano y en la sociedad.
- Servir como base para realizar autoevaluaciones que sean base para la mejora continua, además de obtener reconocimientos por el nivel de madurez alcanzado.

El modelo evalúa: actividades, prácticas, funciones de la empresa, analizando las áreas de gestión o criterios de evaluación:

1. Liderazgo
2. Estrategia y planificación
3. Talento Humano
4. Alianzas y recursos
5. Procesos
6. Resultados Orientados a los ciudadanos
7. Resultados de talento humano
8. Resultados en responsabilidad social
9. Resultados clave del desempeño institucional

Categorías de evaluación: cada criterio se evalúa de acuerdo a la escala ponderada:

- **0 – 10:** Sin evidencia.
- **11 – 30:** Alguna evidencia débil relativa a algunas áreas.
- **31 – 50:** Algunas buenas evidencias relativas a áreas relevantes.
- **51 – 70:** Fuertes evidencias relativas a la mayoría de las áreas.
- **71 – 90:** Evidencias muy fuertes relativas a todas las áreas.
- **91 – 100:** Evidencia excelente, comparada con otras instituciones relativas a todas las áreas.

Beneficios:

- Mejorar la estrategia y servicios de la Institución.
- Crea un marco común para gestionar y mejorar la Institución.
- Permite determinar la situación actual de la Institución identificando posibilidades de mejora.
- Permite acceder a premios o reconocimientos a las Instituciones mejor gestionadas.

Tabla 6 - Objetivos y Estrategias del Modelo Ecuatoriano de Excelencia

CRITERIO	OBJETIVO	ESTRATEGIA
LIDERAZGO	01. Incrementar la eficiencia y eficacia en la implementación de la Planificación Estratégica. 02. Incrementar la eficacia y eficiencia en la implementación de la estructura planificada.	E1. Dirigir a la institución desarrollando su misión, visión y valores. E2. Gestionar la institución, su rendimiento y mejora continua E3. Motivar y apoyar a los servidores públicos de la institución y actuar como modelo de referencia. E4. Gestionar las relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés.
ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN	03. Incrementar la eficiencia del gasto público 04. Incrementar la prevención frente a riesgos 05. Incrementar la eficacia del seguimiento 06. Incrementar la implementación de ideas innovadoras, a través de proyectos.	E5. Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como la información relevante para la gestión. E6. Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información recopilada. E7. Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisar de forma periódica. E8. Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio.
TALENTO HUMANO	07. Incrementar el desarrollo de las capacidades, habilidades y destrezas del servidor público	E9. Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente. E10. Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de los servidores públicos en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la institución. E11. Involucrar a los servidores públicos por medio del diálogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar.
ALIANZAS Y RECURSOS	08. Incrementar la eficiencia en el uso de recursos a nivel desconcentrado. 09. Incrementar la calidad de información y el conocimiento que es patrimonio de la institución. 10. Incrementar la interoperabilidad de los servicios 11. Incrementar la eficiencia de la infraestructura de TI. 12. Incrementar la seguridad de la información 13. Incrementar la transparencia de la gestión pública.	E12. Desarrollar y gestionar las alianzas con organizaciones relevantes E13. Desarrollar y establecer alianzas con usuarios E14. Gestionar las finanzas E15. Gestionar información y conocimiento E16. Gestionar las tecnologías E17. Gestionar las instalaciones
PROCESOS Y SERVICIOS	14. Incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios públicos 15. Incrementar la percepción de la calidad de los servicios públicos 16. Incrementar la calidad de los servicios públicos en línea 17. Incrementar la comunicación con el usuario	E18. Identificar, diseñar, gestionar e innovar los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés. E19. Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los usuarios E20. Coordinar los procesos en toda la institución y con otras organizaciones relevantes.

Fuente: (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

Elaborado: Jhadira Proaño

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia adopta el proceso de mejora continua diseñado por el Modelo CAF, está representado por la Figura 15.



Figura 15 - Proceso de Mejora Continua MEE
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

2.4.4.1 Modelo CAF (Common Assessment Framework)

El Modelo Marco Común de Evaluación CAF, por sus siglas en inglés Common Assessment Framework, es una “herramienta de gestión de la calidad total desarrollada por y para el sector público e inspirada en el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)” ((CAF), 2013, pág. 9)

Este Modelo se basa en que los resultados excelentes de la Institución, en los ciudadanos y la sociedad se logran con un liderazgo que busque mediante la estrategia, la planificación, los recursos humanos y los procesos, la consecución de las metas propuestas. El CAF “examina la organización desde distintos ángulos a la vez, con un enfoque holístico del análisis del rendimiento de la organización” ((CAF), 2013).

La Estructura del Modelo CAF se muestra en la Figura 16.



Figura 16 - Estructura del Modelo CAF
((CAF), 2013)

De la figura anterior, las interconexiones entre la parte izquierda y la derecha representa la relación causa – efecto entre los agentes facilitadores (causas) y los resultados (efectos), además de la retroalimentación de los resultados hacia los facilitadores. “La verificación de

los nexos causa – efecto es de gran importancia en la autoevaluación, donde el evaluador debe siempre examinar la coherencia entre un resultado y la “evidencia” recogida en el criterio de los agentes facilitadores” ((CAF), 2013)

Por otro lado, las interconexiones entre los criterios y subcriterios de los agentes facilitadores deben ser analizadas adecuadamente durante la autoevaluación pues, la calidad de los resultados en gran medida refleja la intensidad de las relaciones entre los agentes facilitadores.

Las organizaciones que implementan el Modelo CAF tienen el objetivo de aumentar su rendimiento hacia la excelencia, para lo que necesitan generar una cultura de excelencia en sus colaboradores.

El Modelo CAF tiene como objetivos:

- Inculcar en la administración pública una cultura de excelencia con los principios de la Gestión de la Calidad Total.
- Guiar a la administración pública hacia el cumplimiento del ciclo PHVA: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.
- Ayudar a la organización pública a realizar fácilmente su autoevaluación para obtener un diagnóstico y oportunidades de mejora.

Los pasos para mejorar las organizaciones según el Modelo CAF se muestran en la Figura 17.



Figura 17 - Pasos para mejorar las organizaciones con el Modelo CAF ((CAF), 2013)

Paso 1: Decidir cómo organizar y planificar

La Institución delega un líder del Proceso de Mejora Continua (PMC) quien organiza la autoevaluación a ejecutarse, para lo que elabora un Plan de Autoevaluación que incluye actividades, tiempo asignado a las mismas, alcance de la autoevaluación, además de necesidad de recursos y responsables de las actividades.

El alcance de la autoevaluación debe cubrir todos los procesos de la Institución, tanto sustantivos como adjetivos y todos los criterios y subcriterios que establece el Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

Para realizar el Proceso de mejora continua, la Agencia Nacional de Tránsito debe demostrar que tiene su propia misión y visión, que gestiona su talento humano, así como su gestión financiera y que tiene relación con los usuarios del servicio que presta.

En este paso, la Agencia Nacional de Tránsito presenta como entregables:

- Alcance de la autoevaluación
- Cronograma
- Responsables
- Recursos

Paso 2: Comunicar el proyecto de autoevaluación

El líder del Proceso de Mejora Continua en conjunto con la Dirección competente desarrolla el Plan de Comunicación enfocado a niveles directivos y servidores públicos. Este Plan de Comunicación busca generar compromiso, involucramiento e interés en las partes interesadas.

El líder del proceso de mejora continua informa a los grupos de interés acerca de los avances, contratiempos y posibles mejoras.

Paso 3: Construir uno o más equipos de autoevaluación

Se conforma un equipo de autoevaluadores (coordinadores y autoevaluadores), mismos que son seleccionados y capacitados para la correcta evaluación de la aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia. Los autoevaluadores son servidores públicos de diferentes niveles jerárquicos.

El equipo de autoevaluación es liderado por el Líder del Proceso de Mejora Continua quien asigna los criterios y subcriterios que cada uno evaluará, por lo que es importante que los autoevaluadores conozcan la Institución y el área a evaluar.

Paso 4: Organizar la Capacitación

El Líder del Proceso de Mejora Continua solicita a la Secretaría Nacional de la Administración Pública apoyo y asesoría para la formación al equipo de autoevaluadores en el Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

Es importante que los niveles intermedio y superior se involucren en el proceso de capacitación para su involucramiento y compromiso.

Paso 5: Realizar la autoevaluación

La Institución identifica los puntos fuertes y las áreas de mejora para la definición de Planes de Mejora con el fin de escalar niveles de madurez hacia la excelencia en la entrega de los servicios al ciudadano.

El proceso de autoevaluación permite a la Institución medir la calidad de los servicios que presta al usuario y consiste en la recopilación de evidencias e información que satisfagan lo requerido en cada criterio y subcriterio del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, este procedimiento se realiza utilizando el Formulario de Autoevaluación (Véase Anexo J.3).

Paso 6: Redactar el informe de resultados de la autoevaluación

El autoevaluador que es designado como coordinador, elabora un informe de autoevaluación de acuerdo al formato F-05 que se muestra en el Anexo J.2, este informe es revisado por el Líder del Proceso de Mejora Continua para su validación y aprobación de la máxima autoridad de la Institución.

El informe aprobado por la máxima autoridad de la Institución es validado por la Secretaría Nacional de la Administración Pública (SNAP) con el fin de comunicar el nivel de madurez de la Institución, en caso de que la Institución cumpla con el puntaje para determinado nivel, la SNAP otorga el respectivo reconocimiento.

Paso 7: Elaborar un plan de mejoramiento

La Institución elabora un plan de mejora plasmado como actividades, en un máximo de quince días luego de concluida la autoevaluación, el Plan de Mejora debe ser consolidado de acuerdo al Anexo J.5.

Una vez consolidado el Plan de Mejora, el líder del Proceso de Mejora Continua en conjunto con los miembros del Comité de Calidad (de existir) o los respectivos delegados, priorizan las actividades del plan de mejora tomando en cuenta la relevancia e impacto de cada una de ellas.

Paso 8: Comunicar el plan de mejoramiento

El Líder del Proceso de Mejora y el Comité de Gestión de Calidad (de existir) o Desarrollo Institucional de la Institución, da a conocer al personal el Plan de Mejoramiento, mismo que debe estar aprobado por la máxima autoridad para ser informado a la Secretaría Nacional de la Administración Pública.

Los miembros del Equipo de Autoevaluadores deben apoyar con la difusión de los planes de mejora en las áreas respectivas.

Paso 9: Implantar el plan de mejora

La Dirección de Planificación de la Agencia Nacional de Tránsito realiza el seguimiento de la ejecución del plan de mejora establecido.

Paso 10: Planificar la siguiente autoevaluación

Con el fin de cumplir con el ciclo de mejora continua en el que se basa el Modelo Ecuatoriano de Excelencia, la Agencia Nacional de Tránsito realiza una nueva evaluación, asegurándose así de que se ha ejecutado el Plan de Mejora definido. Esta evaluación es realizada por lo menos una vez al año para alcanzar el siguiente nivel de madurez.

2.4.5 Criterios de Agentes Facilitadores

Los criterios del 1 al 5 constituyen los “Agentes Facilitadores” se refieren a **lo que hace** la institución y **cómo** organiza sus actividades para la consecución de las metas o cumplimiento de resultados esperado.

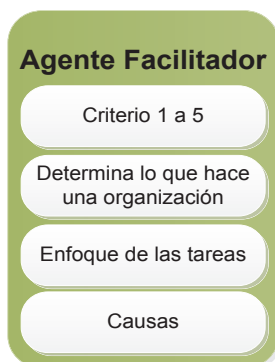


Figura 18 - Explicación del MEE
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

Criterio 1: Liderazgo

Este criterio se centra su atención en el comportamiento de las personas que tienen a cargo el manejo de la Organización. El objetivo de los líderes es generar unidad y compromiso para alcanzar el propósito de la organización, respaldan a las personas y asegura relaciones adecuadas con todos los grupos de interés.

Criterio 2: Estrategia y Planificación

Para determinar la vía que la organización quiere seguir debe establecer objetivos y medir el progreso de los mismos, para lo que se necesita una estrategia clara.

La estrategia debe mostrarse en planes, programas y objetivos medibles. El control de la implementación de la estrategia hace posible su actualización y adaptación, de ser necesario.

Criterio 3: Talento Humano

La organización desarrolla el potencial de las personas que son parte de la misma, así, apoya al cumplimiento de la estrategia en base al manejo adecuado de sus procesos.

Este criterio toma en cuenta aspectos como: diálogo, empoderamiento, reconocimiento, entorno seguro, entre otros, para generar compromiso en el personal de la organización en el camino hacia la excelencia.

Criterio 4: Alianzas y Recursos

Este criterio toma en cuenta los tipos de recursos para que la organización pueda alcanzar sus objetivos estratégicos y operativos, los recursos pueden ser tangibles o no.

Alianzas como: proveedores de servicios, instituciones públicas y ciudadanos son importantes para el adecuado funcionamiento de la organización.

Las Instituciones Públicas deben gestionar sus recursos adecuadamente como son las finanzas, aspectos tecnológicos, instalaciones, además de conocimiento y experiencia del personal que forma parte de la organización.

Criterio 5: Procesos

Todas las Instituciones tienen una serie de procesos que se agrupan en sustantivos y adjetivos.

Los **procesos sustantivos** son aquellos que realizan las actividades que constituyen la razón de ser de la Institución, es decir, aquellos fundamentales para brindar el producto/servicio al cliente/usuario.

Los **procesos adjetivos** son aquellos que brindan productos o servicios a los procesos gobernantes y sustantivos, es decir, contribuyen a que los procesos sustantivos puedan ejecutarse eficientemente.

El MEE se centra en la evaluación de los procesos sustantivos, mas las actividades de los procesos de estrategia, talento humano y financiero se los trata como parte de procesos sustantivos.

La Institución identifica sus procesos teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de sus clientes o usuarios

2.4.6 Criterios de Resultados

Los criterios del 6 al 9 constituyen los “Resultados”, es decir, los logros que ha tenido la organización.

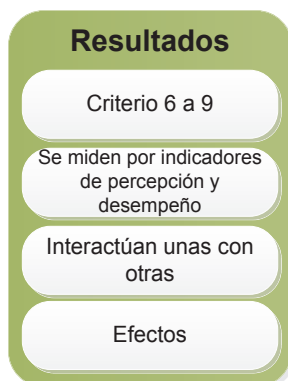


Figura 19 - Explicación del MEE
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

Cada criterio consta de subcriterios (28) que deben ser tomados en cuenta para llegar a la excelencia, en la Tabla 7 se muestran los criterios y subcriterios del MEE, además de los puntajes de cada uno de ellos.

Criterio 6: Resultados orientados a los Ciudadanos

Este criterio mide la percepción del cliente o usuario y el desempeño de la Institución respecto al usuario.

Los ciudadanos constituyen los beneficiarios de la actividad de una Institución, este criterio describe la relación de satisfacción de los ciudadanos y los productos y servicios que brinda la Institución.

Criterio 7: Resultados del Talento Humano

Este criterio toma en cuenta los resultados de la Institución respecto a las competencias, percepción, satisfacción, motivación y desempeño de los servidores y servidoras públicos que forman parte de la misma.

Este criterio muestra los resultados de dos tipos: 1. Mediciones de percepción por medio de encuestas, evaluaciones, entrevistas, etc. y, 2. Mediciones del desempeño

Criterio 8: Resultados de Responsabilidad Social

En las Instituciones Públicas debe primar la satisfacción de las necesidades y expectativas de la sociedad/usuario. “Una institución pública debe adoptar un comportamiento responsable para contribuir al desarrollo sostenible en sus componentes económicos, sociales y medioambientales, en la comunidad local, nacional e internacional.” (Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015, pág. 39).

Este criterio mide el grado en el que la Institución integra factores sociales y medioambientales en la toma de decisiones, además la Institución debe ser capaz de responder acerca del impacto de sus decisiones y actividades a nivel social y medioambiental.

La Institución que esté trabajando en este aspecto debe:

- Mejorar la reputación e imagen que proyecta a los ciudadanos y usuarios.
- Mejorar la relación interinstitucional.
- Atraer y retener al personal que presta sus servicios en la Institución.

Criterio 9: Resultados clave del desempeño institucional

Este criterio determina los logros esenciales y medibles de la Institución a corto y largo plazo. La Institución determina en su planificación misión, visión, objetivos, mismos que son medidos en este criterio, es decir, mide la capacidad de la Institución para alcanzar los resultados clave de rendimiento.

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia sigue los lineamientos del Modelo CAF (Marco Común de Evaluación, por sus siglas en inglés), contempla nueve criterios, 28 subcriterios, mismos que son puntuados de acuerdo a lo mostrado en la tabla 7.

Tabla 7 - Criterios y subcriterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia

Criterio	Subcriterio	Puntaje máximo
CRITERIOS FACILITADORES		
1 Liderazgo		120
1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores	30
1.2	Gestionar la Institución, su rendimiento y su mejora continua	30
1.3	Motivar y apoyar a las personas de la Institución y actuar como modelo de	30
1.4	Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés	30
2 Estrategia y Planificación		120
2.1	Reunir Información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión	40
2.2	Desarrollar la estrategia y la planificación con la información recopilada	40
2.3	Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la Institución y revisarla de forma periódica	40
2.4	Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio	40
3 Talento Humano		120
3.1	Planificar, gestionar y mejorar el talento humano, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente	40
3.2	Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la Institución	40
3.3	Involucrar a los servidores públicos por medio del dialogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar	40
4 Alianzas y recursos		120
4.1	Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes	20
4.2	Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos	20
4.3	Gestionar las finanzas	20
4.4	Gestionar la información y el conocimiento	20
4.5	Gestionar las tecnologías	20
4.6	Gestionar las instalaciones	20
5 Procesos		120
5.1	Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés	40
5.2	Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos	40
5.3	Coordinar los procesos en toda la Institución y con otras organizaciones relevantes	40
CRITERIOS DE RESULTADOS		
6 Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios		100
6.1	Mediciones de la percepción	50
6.2	Mediciones de resultados	50
7 Resultados de Talento Humano		100
7.1	Mediciones de la percepción	50
7.2	Mediciones de desempeño	50
8 Resultados de Responsabilidad Social		100
8.1	Mediciones de la percepción	50
8.2	Mediciones del rendimiento institucional	50
9 Resultados Clave del Rendimiento Institucional		100
9.1	Resultados externos: resultados e impacto a conseguir	50
9.2	Resultados internos: nivel de eficiencia	50
TOTAL DE LA EVALUACIÓN		1000

Fuente: (Guía Metodológica del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Elaborado: Jhadira Proaño

2.5 PLANES DE MEJORA

El Plan de Mejora es un informe que muestra la priorización de las acciones de mejora, aspectos que deben ser mejorados, responsables, involucrados, plazos de ejecución y recursos a ser utilizados.

2.5.1 Elaboración del Plan de Mejora

Una vez realizada la evaluación la Institución detecta puntos fuertes y áreas de mejora, mismas que son reflejadas en un plan de mejora.

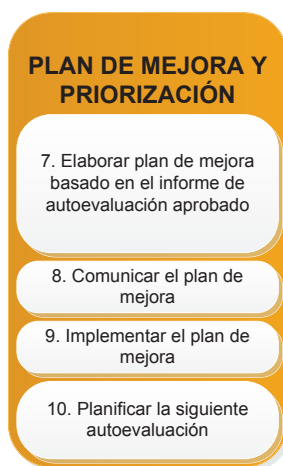


Figura 20 - Plan de Mejoramiento y Priorización
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

El Plan de Mejora de las Instituciones debe ser presentado en un máximo de 15 días después de concluida la autoevaluación.

El Plan de Mejora debe contener las áreas de mejora detectadas detalladas por criterio o sub criterio, posteriormente se realizará una priorización de las mismas, de acuerdo a su relevancia e impacto, la puntuación utilizada se muestra en la tabla 8.

Relevancia: consiste en priorizar un criterio o sub criterio de acuerdo al grado de cumplimiento de la Institución.

Impacto: consiste en priorizar la afectación del área de mejora de acuerdo a los grupos de interés y a la cultura de la Institución.

Tabla 8 - Priorización de planes de mejora

MODELO	ALTA	MEDIA	BAJA
MISIÓN			
Relevancia	5	3	1
Impacto	5	3	1

Fuente: (Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

Elaborado: Jhadira Proaño

2.5.2 Aprobación del Plan de Mejora

Una vez elaborado el Plan de Mejora con las acciones a ser emprendidas y los respectivos responsables de la ejecución, el Plan debe ser aprobado por la Máxima Autoridad de la Institución.

2.5.3 Comunicación del Plan de Mejora

El/los responsables del proceso de mejora continua de la Institución tiene la obligación de informar al personal el Plan de Mejora.

2.5.4 Implementación del Plan de Mejora

La Institución, mediante las Direcciones de Planificación y Gestión Estratégica, o la que haga sus veces debe realizar el seguimiento a la implementación del Plan de Mejora.

Los responsables de las áreas en donde se aplicarán las mejoras son los llamados a implementarlas, también deben informar los avances a el/los responsables del proceso de mejora continua.

Los Planes de Mejora deben ser revisados periódicamente para determinar el grado de avance, corregir de ser el caso y controlarlo en todo momento, tomando en cuenta el ciclo PHVA.

El Plan de Mejora debe contener por lo menos los campos que se muestran en la figura 21.

Subcriterio	Área de mejora	Parámetros de priorización		Priorización	Plan de mejora	Responsable	Tiempo de ejecución del Plan de Mejora			Recursos
		Relevancia	Impacto				Plazo	Fecha inicio	Fecha de finalización	
1.1	No hay evidencias de que la misión, visión y valores hayan sido difundidos entre todo el personal de la institución.	5	4	20	Establecer un plan de comunicación que alcance a toda la institución. Definir canales de comunicación.	Jefe de Distrito 3	2 meses	01/10/2015	30/11/2015	Sistema informático - intranet Personal de apoyo de los Distritos 5 y 6
1.1	La misión, visión y valores se ha definido hace poco menos de 2 meses, aún no se ha revisado de acuerdo con la metodología establecida.	4	3	12	Realizar una revisión parcial, si bien no se ha cumplido un ciclo para medir el grado de despliegue que presenta este punto.	Maxima Autoridad	1 mes	01/10/2015	31/10/2015	...
4.2	...	5	2	10						
6.7	...	3	3	9						
3.7	..	4	2	8						

Figura 21 - Ejemplo Plan de Mejora
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

3. METODOLOGÍA

3.1. EVALUACIÓN DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA RESPECTO A OTROS ESTÁNDARES

3.1.1. Comparación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia con otros estándares

El análisis comparativo de los estándares de evaluación de calidad se realiza de acuerdo a las variables: misión, criterios, enfoque, sistema de retroalimentación.

3.1.1.1 Análisis comparativo: MISIÓN

En la figura 9 se muestra la comparación de los modelos analizados respecto a misión de cada uno.

Tabla 9 - Comparación de la misión Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares

MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
MISIÓN				
Busca crear un sistema que genere cooperación interna y externa, además de una cultura para la adecuada gestión de procesos. Busca la satisfacción del cliente interno y externo tomando como base la mejora continua.	Se basa en el liderazgo, planificación estratégica, enfoque al cliente y el mercado.	Resultados excelentes (rendimiento, clientes, personas, sociedad) se logran por medio del liderazgo, personal, política y estrategia, alianzas y recursos y procesos.	Resultados excelentes se consiguen con liderazgo, estilo de dirección y adecuados procesos.	Busca alcanzar resultados excelentes en el desempeño de la institución, ciudadanos, usuario, talento humano y sociedad, es base para realizar la autoevaluación en el proceso de mejora continua.

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

La mayoría de los modelos busca alcanzar resultados excelentes en la institución, en base a liderazgo y procesos adecuados, toman en cuenta también el impacto en el cliente/usuarios, el MEE y el Modelo Deming tienen como base la mejora continua.

3.1.1.2 Análisis comparativo: CRITERIOS

En la tabla 10 se muestra la comparación de los modelos de excelencia respecto a los criterios que los conforman.

Tabla 10 - Comparación de los criterios Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares

MODELO CRITERIO	MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AGENTES FACILITADORES					
1	Liderazgo Visionario	Liderazgo	Liderazgo	Liderazgo y estilo de dirección	Liderazgo
2	Cooperación interna y externa	Planificación Estratégica	Personas	Desarrollo de las personas	Estrategia y Planificación
3	Aprendizaje	Enfoque en el cliente y en el mercado	Política y estrategia	Política y Estrategia	Talento Humano
4	Gestión de proceso	Dimensión, análisis y dirección del conocimiento	Alianzas y Recursos	Asociados y Recursos	Alianzas y Recursos
5	Mejora Continua	Enfoque en los recursos humanos	Procesos	Clientes	Procesos
RESULTADOS					
6	Satisfacción del empleado.	Dirección de procesos	Resultados en los clientes	Resultados en los clientes	Resultados orientados a los ciudadanos
7	Satisfacción del cliente.	Resultados económicos y empresariales	Resultados en las personas	Resultados en las personas	Resultados de Talento Humano
8			Resultados en la sociedad	Resultados en la Sociedad	Resultados de Responsabilidad
9			Resultados clave	Resultados Clave	Resultados Clave del Desempeño Institucional

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia considera los mismos criterios del Modelo EFQM, el Modelo Iberoamericano difiere del anterior en el sentido que no considera un criterio de procesos, mas se enfoca en otro: clientes. Los modelos Deming y Malcolm Baldrige consideran tan solo 7 criterios, el último considera un criterio que ningún otro lo hace: Resultados económicos y empresariales.

En la tabla 11 se presenta la comparación de los modelos analizados respecto al número de criterios y subcriterios que cada uno de ellos posee.

Tabla 11- Comparación de los criterios y subcriterios modelo de excelencia-otros estándares.

MODELO CRITERIO	MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
CRITERIOS	7	7	9	9	9
SUBCRITERIOS	No contiene subcriterios	19	32	28	28

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

Todos los modelos analizados concuerdan en la importancia del liderazgo para la consecución de la excelencia.

El Modelo Deming no considera ningún criterio que se enfoque en el cliente.

Los Modelos EFQM, Iberoamericano y el Modelo de Excelencia Ecuatoriano poseen prácticamente los mismos criterios.

Los resultados en la sociedad no aparecen en el Modelo de Deming, mas en el Modelo de Malcolm Baldrige sí, como subcriterio dentro del criterio siete “Resultados económicos y empresariales”. El respeto por el entorno social se evidencia en los Modelos EFQM, Iberoamericano y el Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

3.1.1.3 Análisis comparativo: ENFOQUE

Tabla 12 - Comparación del enfoque Modelo Ecuatoriano de Excelencia-otros estándares

MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
ENFOQUE				
Se enfoca en el control estadístico, resolución de problemas y mejora continua.	Se enfoca en el liderazgo hacia el cliente, medición de indicadores, benchmarking para mantener la ventaja competitiva de la organización. Impulsa la aplicación de los criterios como herramienta de autoevaluación para determinar fortalezas y áreas de mejora. Cuenta con una política social.	Se enfoca en agentes facilitadores y resultados. Toma en cuenta el liderazgo, clientes, procesos Impulsa la aplicación de los criterios como herramienta de autoevaluación para determinar fortalezas y áreas de mejora. Cuenta con una política social.	Se enfoca en resultados, además toma en cuenta el liderazgo, clientes, procesos	Se enfoca en el adecuado cumplimiento del ciclo PDCA. Impulsa la aplicación de los criterios como herramienta de autoevaluación para determinar fortalezas y áreas de mejora. Cuenta con una política social.

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

Como se muestra en la tabla 12, todos los modelos analizados cuentan con una política social, mientras que el Modelo Deming e Iberoamericano la consideran, el Modelo Ecuatoriano de Excelencia se enfoca en el cumplimiento del ciclo PDCA, particularmente, el modelo Deming es el único que se enfoca en un control estadístico.

3.1.1.4 Análisis comparativo: SISTEMA DE RETROALIMENTACIÓN / FEEDBACK

Tabla 13 - Comparación del sistema de retroalimentación modelo de excelencia-otros estándares

MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
ELEMENTOS PARA LA RETROALIMENTACIÓN/FEEDBACK				
Planificar	Estrategia	Enfoque	Enfoque	Planificar
Hacer	Despliegue	Estrategia	Desarrollo	Desarrollar
Comprobar	Revisión	Despliegue	Evaluación y Revisión	Controlar
Actuar		Evaluación y Revisión		Actuar

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

Tanto el Modelo Ecuatoriano de Excelencia como los demás estándares analizados cuentan con un sistema de retroalimentación similar, como se muestra en la tabla 13, el Modelo Malcolm Baldrige y el Modelo Iberoamericano cuentan con un elemento menos respecto a los demás estándares analizados, no consideran la evaluación en el sistema de retroalimentación.

3.1.1.5 Análisis comparativo: CONCEPTOS O PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Tabla 14 - Comparación de los principios modelo de excelencia-otros estándares

MODELO PREMIO DEMING	MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO IBEROAMERICANO DE EXCELENCIA	MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
PRINCIPIOS				
1. Crear y difundir visión, propósito, misión	1. Enfoque en los resultados y en la creación de valor	1. Orientación en los resultados	1. Orientación en los resultados	1. Orientación a resultados
2. Aprender y adoptar la nueva filosofía	2. Excelencia enfocada hacia el cliente	2. Orientación hacia el cliente	2. Orientación hacia el cliente	2. Orientación al ciudadano/usuario
3. No depender más de la inspección masiva	3. Visión de liderazgo	3. Liderazgo y coherencia con los objetivos	3. Liderazgo y coherencia con los objetivos	3. Liderazgo y coherencia en los objetivos
4. Eliminar la práctica de otorgar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio	4. Dirección por hechos	4. Dirección por procesos y hechos	4. Dirección por procesos y hechos	4. Gestión por procesos y hechos
5. Mejorar de forma continua y para siempre el sistema de producción y de servicios	5. Valoración de los empleados y de los socios	5. Desarrollo e implicación del personal	5. Desarrollo e implicación del personal	5. Desarrollo e implicación de las personas
6. Instituir la capacitación en el trabajo	6. Aprendizaje organizacional y personal y Mejora Continua	6. Aprendizaje, innovación y mejora continua	6. Aprendizaje, innovación y mejora continua	6. Aprendizaje continuo, innovación y mejora
7. Enseñar e instituir el liderazgo	7. Desarrollo de las asociaciones	7. Desarrollo de alianzas y asociaciones	7. Desarrollo de alianzas y asociaciones	7. Desarrollo de alianzas
8. Desterrar el temor, generar el clima para la innovación	8. Responsabilidad social y buen hacer ciudadano	8. Responsabilidad social	8. Responsabilidad social	8. Responsabilidad social
9. Derribar las barreras que hay entre las áreas departamentales	9. Agilidad y respuestas rápidas			
10. Eliminar los eslóganes, las exhortaciones y las metas numéricas para la fuerza laboral	10. Enfoque en el futuro			
11. Eliminar estándares de producción y las cuotas numéricas, sustituir por mejora continua	11. Perspectiva en sistemas			
12. Derribar las barreras que impiden el orgullo de hacer bien un trabajo				
13. Instituir un programa vigoroso de educación y reentrenamiento				
14. Empezar acciones para alcanzar la transformación				

Fuente: (Nieto, 2006)

Elaborado: Jhadira Proaño

Como se muestra en la tabla 14, el Modelo EFQM, el Modelo Iberoamericano y el Modelo Ecuatoriano de Excelencia poseen los mismos ocho principios.

El modelo Deming considera catorce principios, el Modelo Baldrige once y el Modelo Ecuatoriano de Excelencia ocho.

El Modelo Deming enfoca sus principios de una manera más técnica en cuanto a consideraciones para la aplicación del modelo.

De los Modelos Baldrige y EFQM podemos notar que de los ocho principios iniciales varían ligeramente, más los tres últimos principios del Modelo Baldrige son nuevos para el Modelo

EFQM, estos son: Agilidad y respuestas rápidas (cambio ágil para responder a clientes, mercado, procesos), enfoque en el futuro (para conseguir crecimiento sostenible y mantenerse en el mercado), y Perspectiva en sistemas (organización como sistema en busca de excelencia en el desempeño mediante la integración de todos los subsistemas de la organización).

3.2. DIAGNÓSTICO DE LA ANT RESPECTO AL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA

3.2.1 Situación inicial de la ANT antes de la aplicación del Modelo

Según el Programa de Reforma Institucional de la Gestión Pública emitido por el Ministerio de Relaciones Laborales en el año 2011 cuyo plazo de ejecución está considerado hasta el año 2018, en el que se establece la necesidad del mejoramiento de la calidad de los servicios ciudadanos. (Ministerio de Relaciones Laborales, 2011)

En el Ecuador como en otros países se evidencia una falta de reforma del Estado en función de los objetivos estratégicos de la función ejecutiva. (Ibídem, 2)

Basados en el Art 227 de la Constitución Política del estado, el mismo que expresa “La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.” así como en el compromiso de dar cumplimiento al Objetivo No. 3 del PNBV, que es “Mejorar la Calidad de vida de la Población”. (Ibídem, 3)

El Programa de Reforma Institucional de la Gestión Pública tiene una cobertura nacional, ejecutando varias actividades en diversas instituciones públicas dependientes del gobierno nacional, priorizando a las que tienen el mayor impacto a los servicios prestados para la sociedad, dentro de las cuales se ha considerado a la Agencia Nacional de Tránsito.

Según el Programa de Reforma Institucional de la Gestión Pública, el 30.5% de los usuarios que utilizan los servicios de las instituciones públicas valoran el funcionamiento de las mismas con una calificación de 5 en una escala de 1 a 10. (Ibídem, 7)

El 28.2% de la población considera que no funciona adecuadamente el sistema de servicios públicos. (Ibídem, 7)

Solo el 2.3% de la población piensa que el funcionamiento de las instituciones públicas es satisfactorio. (Ibídem, 7)

Según (Ministerio de Relaciones Laborales, 2011), los ciudadanos ecuatorianos a nivel nacional están en su derecho de participar, de manera conjunta con los servidores públicos, para lograr un servicio de alta calidad en todo el país; en este proceso es indispensable determinar que los aspectos que se mencionan a continuación repercuten en la insatisfacción de la ciudadanía con respecto al servicio recibido, tanto en el sector público como en el privado:

1. Mala prestación del servicio.
2. Trato inadecuado por parte de los servidores públicos.
3. Cobro excesivo en los rubros.
4. Burocracia para la realización de trámites.
5. Empleo de recursos públicos.
6. Negativa injustificada de un servicio público.
7. Realización de acto arbitrario o abuso de autoridad cometidos por los servidores públicos.
8. Actos irregulares de las autoridades estatales.
9. Abuso de poder, con el fin de obtener beneficios personales.
10. Actos de corrupción.
11. Violación al derecho constitucional.

De una lista de adjetivos acerca de las instituciones públicas el 24.7 % de la población califica con 5, sobre una escala del 0 al 10, lo que quiere decir que la percepción acerca del funcionamiento de las instituciones públicas no es la aceptable. (Ibídem, 9)

Según el Ministerio de Finanzas, existen aproximadamente 500.000 servidores públicos a nivel nacional, los cuales están en contacto permanente con usuarios internos y externos. (Ibídem, 9)

El público que acude a las dependencias públicas en busca de algún producto o servicio, tomando en cuenta que el 83% de la población prefieren hacer los trámites personalmente. (Ibídem, 9)

El problema identificado es que los servidores públicos no han sido capacitados en estos temas indispensables para laborar en comunidad, lo que produce como efectos deficiencia en la comunicación interna, comportamientos inadecuados con los usuarios internos y externos, falta de coordinación entre los mismos servidores, dificultad para trabajar en equipo, demora en los trámites y percepción de ineficiencia en el servicio público. (Ibídem, 9)

Según (Ministerio de Relaciones Laborales, 2011), entre las causas que se han identificado para que los servicios prestados por la ANT no funcionen adecuadamente están:

- No se realiza un monitoreo de metas
- Información desactualizada
- Bajo nivel de incentivos al personal
- Evaluación al personal subjetiva
- Trámites burocráticos y engorrosos
- Falta de automatización de servicios
- Servidores sin conocimiento de las funciones que realizan
- Concursos de méritos y oposición amarrados
- Normas poco claras

En el año 2014 no se realizaron medidas del indicador: Porcentaje de percepción de conocimiento de la gestión institucional de la ANT, a nivel interno. (ANT, 2014)

A julio de 2014 se contaba con el 75.3% de noticias positivas sobre la ANT en los medios de comunicación. (ANT, 2014)

A marzo de 2014 no se cuenta con información de personal capacitado de acuerdo a las capacitaciones planificadas de acuerdo al puesto que desempeña. (ANT, 2014)

A marzo de 2014 la ANT no inicia el proceso de concursos de méritos y oposición. (ANT, 2014)

A junio de 2014 se contó con el 75% de servidores públicos que califican como bueno o muy bueno el clima laboral de la ANT. (ANT, 2014)

A marzo de 2014 no se evidencia haber mejorado ningún proceso comatoso. (ANT, 2014)

3.2.2 Determinación de la línea base

Para la determinación de la línea base de la Agencia Nacional de Tránsito (ANT) respecto al Modelo Ecuatoriano de Excelencia, la ANT por medio de la Dirección de Planificación y Talento Humano realiza una autoevaluación con el acompañamiento de la Secretaría Nacional de la Administración Pública quien establece los requisitos mínimos de cada criterio para que con el cumplimiento de por lo menos el 80% la Institución pueda postular al primer nivel del Modelo Ecuatoriano de Excelencia. El proceso de autoevaluación

consiste en la recopilación de evidencia que aporte al cumplimiento de cada uno de los criterios y subcriterios determinados por el Modelo de Excelencia.

En la siguiente figura se muestra el esquema para la determinación de la línea base.

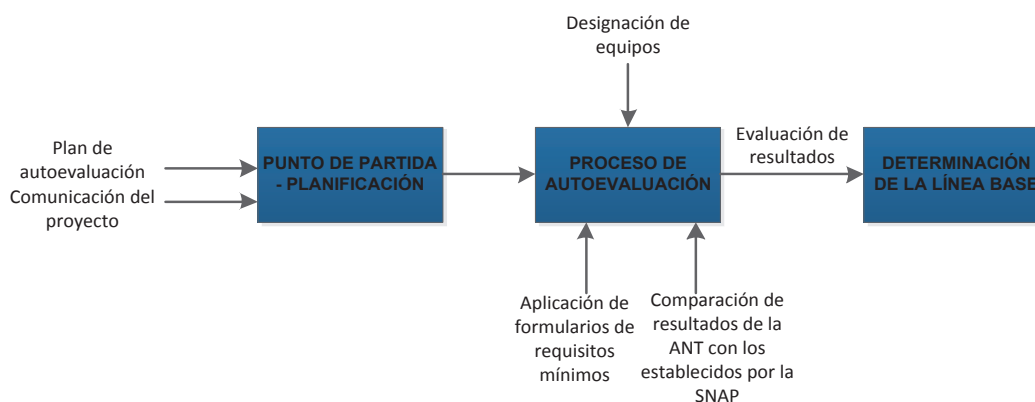


Figura 22 – Diagrama para la determinación de la línea base (Jhadira Proaño)

Para documentar los hallazgos, el grupo de servidores designados utiliza un Formulario de Intervención en el que constan los requisitos mínimos de cada criterio, mismo que se muestra en la siguiente figura, y es evaluado por la Secretaría Nacional de la Administración Pública:

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: _____ NOMBRE DEL CRITERIO
 SUBCRITERIO: _____ NOMBRE DEL SUBCRITERIO

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
1									
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora

Figura 23 – Formulario de intervención (Jhadira Proaño)

Una vez que la SNAP cuenta con el Formulario de Intervención de todos los criterios evalúa los mismos sobre un total de 100% dando una ponderación a cada criterio como se muestra en la siguiente figura:

CRITERIOS FACILITADORES	
1 Liderazgo	8
2 Estrategia y Planificación	20
3 Talento Humano	20
4 Alianzas y recursos	8
5 Procesos	25
CRITERIOS DE RESULTADOS	
6 Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios	8
7 Resultados de Talento Humano	4
8 Resultados de Responsabilidad Social	4
9 Resultados Clave del Rendimiento Institucional	3
TOTAL DE LA EVALUACIÓN	100

Figura 24 – Porcentaje máximo por criterio (Jhadira Proaño)

Mediante la aplicación de la autoevaluación realizada por la Agencia Nacional de Tránsito del 31 de julio al 04 de agosto de 2014, se determina la siguiente línea base de acuerdo a los criterios establecidos en el Modelo Ecuatoriano de Excelencia:

3.2.2.1 Criterio 1: Liderazgo - Requisitos mínimos

La ANT ha desarrollado mecanismos y metodologías de difusión de la misión, visión y valores plasmados en su Planificación Estratégica y aprobada por la Dirección Ejecutiva, mas no se llega a evidenciar cómo son revisados, mejorados y controlados para verificar el conocimiento de estos elementos por parte del personal de la institución.

Se evidencian mecanismos como el uso de la Intranet institucional, carteleras, mails masivos y comunicaciones internas, en el que se difunde al personal los elementos mencionados. Asimismo se evidencia la aprobación y avances del Plan de Excelencia Institucional, mismo que se comunicó y difundió al personal de la institución.

Los directivos de la ANT revisan los resultados de la gestión institucional, al menos cada trimestre, según las evidencias proporcionadas, mediante reuniones de STAFF a nivel directivo, mas no se presentan evidencias de que se hayan generado acciones de control y mejora continua para la el progreso sostenible de la gestión.

Los formularios de intervención correspondientes al criterio: liderazgo se muestran en el **anexo A**.

3.2.2.2 Criterio 2: Estrategia y Planificación - Requisitos mínimos

La ANT se encuentra en un proceso de reforma institucional. Se evidencia la aprobación, por parte de SENPLADES, de su Matriz de Competencias e Informe de Análisis de

Presencia Institucional en Territorio, mediante Oficio SENPLADES SGDEPB-2014-0096-OF del 04 de julio del 2014.

En lo referente a su Modelo de Gestión, la ANT cuenta con una versión aprobada por SENPLADES el 01 de agosto del 2011 mediante Oficio No SENPLADES- SGDE-2011-0148, el mismo que se encuentra vigente actualmente y deberá ser actualizado conforme a su nueva Matriz de Competencias.

En lo relacionado a su Estatuto Orgánico por Procesos, actualmente cuentan con una versión que fue publicado el 17 de agosto del 2012 mediante Registro Oficial No 323. Es importante mencionar que este instrumento de institucionalidad también deberá ser actualizado conforme a los lineamientos definidos por la SNAP y alineado a su nueva Matriz de Competencias.

Se evidencia que el Plan Estratégico de la ANT en los niveles 1 y 2, contiene todos los elementos establecidos en la Normativa de Gobierno por Resultados (GPR), en relación a sus objetivos estratégicos alineados, indicadores, metas registradas, Proyectos de inversión alineados y sus respectivos hitos. De igual manera, se puede evidenciar la inclusión de los Riesgos por lo menos a uno de sus objetivos estratégicos.

Se evidencia que el Plan Operativo de la ANT en el nivel 4, contiene todos los elementos establecidos en la Normativa de Gobierno por Resultados (GPR), en relación a sus objetivos operativos alineados, indicadores, metas registradas, proyectos de inversión alineados y sus respectivos hitos. De igual manera, se puede evidenciar la inclusión de los Riesgos por lo menos a uno de sus objetivos operativos.

Según el oficio Nro. ANT-DE-2014-1599-OF del 31 de Julio de 2014, emitido por el Director Ejecutivo de la ANT dirigido al Subsecretario de Calidad en la Gestión Pública de la SNAP, se comunica la entrega del Plan Anual Comprometido Reestructurado de la Agencia Nacional de Tránsito, el mismo que ha sido trabajado bajo la asesoría de los consultores de la SNAP. Estos documentos fueron revisados y analizados en relación a la Reforma al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos en vigencia desde el mes de diciembre 2013, permitiendo verificar la implementación de Redespliegue de la herramienta GPR a nivel central y territorial y a los niveles estratégicos y operativos de la institución.

Se evidencia que la ANT realiza el seguimiento a los Planes Operativos y Estratégicos, incluyendo los proyectos de inversión y gasto corriente, considerando el redespliegue de la herramienta de GPR realizado en este año 2014. Los mecanismos evidenciados para este seguimiento son:

1. La implementación del Ranking Interno, cuya última presentación ha sido realizada en el mes de Mayo 2014, según evidencias proporcionadas; y,
2. Registros de seguimiento a los objetivos de la institución (Plan Anual Comprometido GPR 2014, de la Dirección de Estudios y Proyectos, según evidencias entregadas).

Se evidencia que la ANT reporta oportunamente los resultados de sus indicadores de sus planes estratégicos y operativos en la Herramienta GPR. Esto se verifica con el reporte denominado Indicadores Pendientes de Actualizar al 30/07/2014, cumpliendo con lo establecido en la Norma Técnica GPR.

Se cuenta con el respaldo de la Cédula Presupuestaria (Reporte Esigef) de tres (3) Proyectos de Inversión que está ejecutando la institución, de los cinco (5) proyectos de inversión registrados en GPR, para el cumplimiento de sus objetivos. Los otros dos (2) proyectos no constan en el reporte Esigef debido a que aún no se le asignan los recursos respectivos.

Se evidencia que los proyectos de inversión y gasto corriente cuentan con un líder de proyectos registrados en la herramienta GPR. El director de área está designado como administrador de proyectos, por lo que se concluye que al menos existe una designación informal.

Según el Oficio Nro. ANT-DE-2014-0354-OF del 21 de Febrero 2014, dirigido al Subsecretario de Calidad en la Gestión Pública de la SNAP se comunica la designación del Equipo interno GPR de la ANT.

Se evidencia que el líder metodológico GPR de la institución ha sido capacitado en Fundamentos de Gobierno por Resultados. Por otro lado, se evidencia mediante confirmación en correo electrónico, que el Administrador Institucional de GPR asistió al Taller de Administradores Institucionales en la Herramienta realizado por la SNAP en Agosto 2013.

Hay evidencia de que la Planificación Estratégica 2013-2017 de la institución, aprobada por la Dirección Ejecutiva, ha sido socializada y comunicada al personal dentro de su Plan de Excelencia Institucional.

Los formularios de intervención correspondientes al criterio: liderazgo se muestran en el **anexo B**.

3.2.2.3 Criterio 3: Personas - Requisitos mínimos

Al revisar si la ANT cuenta con la estructura posicional, se evidencia que el Ministerio de transporte y Obras Públicas (MTOPE), entidad rectora de la ANT, remitió el 4 de abril del 2014 al Ministerio de Relaciones Laborales (MRL) mediante oficio MTOPE-CGAD-14-48-OF, el proyecto de manual de descripción, valoración y clasificación de puestos de la ANT, para la revisión del mismo.

Al verificar la existencia de un Plan de Optimización del Talento Humano, se constata que la ANT cuenta con un control del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante: formatos de información personal, certificado de inscripción de personas naturales emitidos por el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, formulario atención de casos de personal con discapacidad y listados de servidores(as) con discapacidad o enfermedades catastróficas, y sustitutos de personas con discapacidad.

Al verificar la existencia del Plan de Gestión Integral del Talento Humano, se evidencia que la ANT posee el borrador de planificación integral de talento humano 2013, mediante Informe Técnico No. 636-DTH-2013, el cual se fue enviado al MRL para su revisión y aprobación, mediante Oficio -ANT-ANT-2013-11992 del 9 de diciembre del 2013; posteriormente el MRL con oficio MRL-SFT-2014-0041 del 01-01-2014, indica que se encuentra desarrollando directrices para la planificación de todas las instituciones públicas.

Se constata que la ANT ha realizado la evaluación de desempeño a todo el personal, la misma que ha generado todos los pasos correspondientes, desde la capacitación a los evaluadores, consolidación de resultados, comunicación de los resultados al personal, y el informe de evaluación de desempeño remitido al MRL con oficio Nro. ANT-DTH-2014-1990-TEMP del 10 de junio del 2014.

La ANT realiza inducción a su personal nuevo, a través de una presentación y videos establecidos para el efecto.

Se evidencia que la ANT ha realizado el levantamiento de necesidades de Formación y Capacitación del 2014 conjuntamente con cada Dirección, mediante Memorando ANT - DTH-2013-3587-TEMP del 11 de noviembre del 2013; además, la entidad ha realizado un plan de capacitación del 2014, el cual fue sometido a aprobación de la Directora Ejecutiva de ANT mediante Memorando Nro. ANT-DTH-2014-0435 del 21 de febrero del 2014.

Al revisar la existencia del Código de Ética se identificó que mediante Resolución Nro. 069-DE-ANT-2013, se aprueba el Código de Ética para el Buen Vivir de la institución con fecha

19 de Diciembre 2013; además, se evidencia que el Código de Ética ha sido difundido al personal a través de mecanismos como carteleras y wallpapers.

Los formularios de intervención correspondientes al criterio: liderazgo se muestran en el **anexo C**.

3.2.2.4 Criterio 4: Alianzas y Recursos - Requisitos mínimos

Al verificar la existencia de un plan de responsabilidad ambiental se evidenció que:

Existe un análisis del costo beneficio para la emisión de Certificaciones en Línea, mediante Informe No. 228-DEP-CC-SG-2014-ANT del 14 de julio del 2014. Se propone usar el modulo del sistema único de transporte para posibilitar el acceso inmediato a los ciudadanos, enfatizando la práctica de "cero papel".

En la gestión documental, se evidenciaron los siguientes puntos fuertes:

- La ANT posee un borrador de norma interna denominado Manual de Políticas y Procedimientos de Documentación y Archivo, sin embargo, aún no está aprobado.
- Todo el personal de las unidades de la institución manejan sus propios archivos, por lo tanto tienen conocimiento de las actividades al respecto. Esto facilitará a que se designe a una persona responsable de archivo por cada unidad establecida dentro de la institución.
- En la visita realiza por parte de la SNAP y con fotografías realizadas al archivo central de la ANT, se evidencia que se cuenta con espacio físico propio, mismo que actualmente está cien por ciento ocupado, pero una vez que este sea liberado después de haber realizado los procesos de expurgo y baja documental, tendrá espacio suficiente para salvaguardar la información que se vaya procesando; además, la ANT posee 200 mil documentos digitalizados.
- La ANT tiene levantado los inventarios documentales a través de una empresa proveedora que se contrató para el efecto; sin embargo, estos deben ser revisados y cotejados para evidenciar su existencia y ubicación física correcta.
- La ANT tiene digitalizado una parte de la documentación con la que cuenta, actualmente, mantienen digitalizada la documentación relacionada con el otorgamiento de las licencias y permisos de operación, los cuales se encuentran digitalizados en un cincuenta por ciento del total de la documentación existente.
- La ANT posee Tabla de Plazos de Conservación Documental, sin embargo debe alinearse a los requerimientos establecidos por la Dirección de Archivo de la Secretaria Nacional de Administración Pública.

Al verificar la gestión de tecnología, se identificaron los siguientes puntos fuertes:

- Se evidencia IN SITU y mediante organigrama del 20 de noviembre del 2012 las siguientes áreas: aplicaciones informáticas, base de datos, soporte técnico informático - infraestructura que incluye redes, comunicación y servidores; y por otro lado, el área de planificación y seguridad informática que incluye proyectos, normatividad y seguridad informática.
- Para verificar si la ANT cuenta con mecanismos que atiendan los requerimientos tecnológicos de su personal, se evidencia un reporte de la mesa de servicios emitido el 08 de junio del 2014 en el cual constan requerimientos de la Agencia de Machala.
- Al verificar si la ANT cuenta con mecanismos que aseguren un uso seguro de la gestión de la información de sus actividades, se evidencia que cuentan con herramientas de protección de ataques externos, emisores de reportes de acceso a la red, emisores de tráfico de red y emisores de reportes de navegación web por IP, mediante el reporte del sistema de seguridad informático Fortinet.
- Al verificar si la ANT ha puesto en práctica lo establecido en el Decreto 1014 sobre Software Libre, se evidencia que la ANT ha desarrollado una herramienta para consulta de usuarios (AXIS) en el Front Office en enero 2013 versión 1.0, en base a códigos abiertos mediante bases en Mysql y Oracol.
- Al verificar si la ANT ha alineado su planificación estratégica a lo establecido en el Plan Nacional de Gobierno Electrónico para la prestación de los servicios en línea, se evidencia en la página web de ANT la prestación de servicios en línea de: Turnos en línea para licencia, ficha registro de operadora para regulación de transporte pesado y consulta de multas en línea. Además se evidencia que la emisión de Certificados en Línea se encuentra en etapa de planificación, y para el efecto existe un instructivo de uso versión 1.00.01 emitido en mayo del 2014; por otra parte, se evidencia, mediante oficio Nro. ANT-DE-2014-1218-OF, que la institución se encuentra planificando la automatización de cuarenta servicios, los mismos que utilizarán el bus gubernamental, según lo acordado internamente.

Al verificar la gestión de las instalaciones, según lo determinado por INMOBILIAR, se identificaron los siguientes puntos fuertes:

- Se evidencia que los inmuebles de la ANT han sido inspeccionados por INMOBILIAR según lo indicado en el INFORME N° 005 - YGGB- VPN- CN - ANT – 2014 del 11 de agosto del 2014, emitido por el Coordinador de Normatividad de

ANT. En dicho informe también se indica que las inspecciones han sido realizadas por parte del personal de la Coordinación de Normatividad de ANT, siguiendo las normativas emitidas por INMOBILIAR.

- Se evidencia que en la Matriz de la ANT existe acceso universal para personas con capacidades especiales; además, se está considerando este punto en el plan de mejoramiento de infraestructura al 31 de julio del 2014, en el que se pretende construir 25 agencias para el año 2015.
- Se evidencia que la ANT no posee bodegas alquiladas; sin embargo, cada agencia mantiene pequeñas bodegas propias para almacenar señalética y otros suministros; por lo cual se está gestionando un proyecto en el Sur de la ciudad de Quito, con miras a adquirir un galpón propio, en donde se va a centralizar el almacenamiento de llantas nuevas, señalética u otros.
- Al verificar si la ANT tiene implementado el sello MARCA PAÍS en todos sus Inmuebles, se evidencia, mediante fotografías, que el sello Marca PAÍS está implementado en Santa Elena. En la Matriz se está realizando la adjudicación del sello, según se visualiza en la página web de compras públicas con su código SIE-ANT-015-2014; por otro lado, en la construcción de las 25 agencias para el año 2015 se va a considerar la inclusión del sello.
- La institución ha realizado la articulación de 22 agencias con las Unidades de Vigilancia Comunitaria (UVC's) y oficinas del Registro Civil, de tal forma que existe un ahorro en los arriendos.

Los formularios de intervención correspondientes al criterio: liderazgo se muestran en el **anexo D**.

3.2.2.5 Criterio 5: Procesos - Requisitos mínimos

Para la evaluación de este criterio se consideran los lineamientos definidos en la Norma Técnica Gestión por Procesos del Acuerdo Ministerial 1580 y en base a los dos servicios priorizados por la ANT que son:

1. Licencias Profesionales y no Profesionales
2. Certificaciones

La ANT cuenta con la arquitectura de procesos definida en el Estatuto Orgánico por Procesos mediante Registro 323 del 17 de agosto del 2012; dentro de la herramienta GPR se ha registrado el catálogo de procesos, se ha evaluado la importancia y el desempeño de los procesos y se ha realizado el diagnóstico de los mismos para dar cumplimiento a lo definido dentro de la metodología de GPR respecto a la gestión de los procesos.

La ANT cuenta con el Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional (CGCSDI) y su conformación se encuentra oficializado mediante la resolución No 027-DE-ANT-2013; en el mismo documento se define la frecuencia de las reuniones. Adicional, se evidencia que se han mantenido reuniones para la revisión de las Fichas y catálogos de los servicios y la aprobación de la matriz de priorización de servicios de la ANT.

La ANT ha priorizado dos servicios a ser mejorados, de acuerdo a la metodología definida por la Secretaría Nacional de Administración Pública; actualmente cuenta con la Matriz de Servicios Inicial con la taxonomía establecida conforme al marco legal vigente, con las fichas de servicio y el portafolio institucional de servicios. La Matriz de priorización de servicios ha sido aprobada por el Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional el 06 de septiembre del 2013.

La ANT cuenta con un Plan de Aseguramiento de la Calidad para el Servicio de Renovación de Licencias profesionales y no profesionales, conjuntamente con los trámites.

La ANT aplicó encuestas de satisfacción del servicio en las oficinas de Samborondón para evaluar el trámite de licencia por primera vez, licencia por primera vez profesional, renovación de licencia y renovación de licencia profesional; se analizaron variables como el tiempo, la infraestructura física, fuentes de información, conocimiento de requisitos y la atención recibida por parte del personal de la ANT.

Los formularios de intervención correspondientes al criterio: liderazgo se muestran en el **Anexo E**.

3.2.2.6 Criterio 6: Resultados orientados a los ciudadanos/usuarios - Requisitos mínimos

La ANT no evidencia que se ha trabajado en mejorar los procesos comatosos, según reporte de indicadores GPR, en esta herramienta se evidencia como meta cero (0) de enero a septiembre de 2014 el indicador: Porcentaje de procesos comatosos mejorados.

3.2.2.7 Criterio 7: Resultados en las personas - Requisitos mínimos

La ANT evidencia solo dos registros de resultados de Enero a Marzo y Abril a Junio de los indicadores: Índice de rotación de nivel directivo y operativo, no cumple la meta en el segundo período.

La ANT no evidencia que se hayan ocupado puestos con nombramiento definitivo, según el reporte de indicadores GPR, en su indicador Porcentaje de personal con nombramiento.

3.2.2.8 Criterio 8: Resultados en responsabilidad social - Requisitos mínimos

La ANT evidencia contar con el indicador: Número de servidores públicos con capacidades especiales/total de servidores públicos en la institución ingresado en la herramienta GPR el indicador con Frecuencia Trimestral. Se evidencia solo dos registros de resultados de Enero a Marzo y Abril a Junio, por lo que no es suficiente el análisis para una tendencia progresiva.

3.2.2.9 Criterio 9: Resultados clave de rendimiento - Requisitos mínimos

La ANT evidencia que cuenta con el indicador Porcentaje de proyectos de inversión en riesgo, mismo que no cumple la meta en los dos períodos establecidos en la herramienta GPR. No se evidencia tendencia progresiva.

La ANT cuenta también ingresada a la herramienta GPR el indicador: Porcentaje ejecución presupuestaria - Gasto Corriente e Inversión, mismo que no evidencia tendencia progresiva pues solo se cuenta con dos períodos ingresados.

3.3. DETERMINACIÓN DE LA BRECHA DE INCUMPLIMIENTO DE LA ANT RESPECTO AL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA

3.3.1 Comparación de los requerimientos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia con los resultados en la evaluación de la ANT.

Para alcanzar el primer nivel de madurez institucional el Modelo de Excelencia establece de cada criterio requisitos mínimos, de los que para su cumplimiento, la Institución debe cumplir con al menos el 80% en una escala de 100.

Una vez determinada la línea base de la ANT respecto al Modelo Ecuatoriano de Excelencia en el año 2014 se cumplió con el 81,21% de requisitos mínimos para acceder al nivel Comprometido, la Secretaría Nacional de la Administración refleja los porcentajes de cumplimiento para este primer nivel de madurez como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 15 - Resumen de puntuación autoevaluación

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-04 Resumen de Puntuación del Consenso

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO
Evaluador coordinador	Ana Estrada
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Jhadira Proaño, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.

Criterion	Subcriterio	Porcentaje máximo	Porcentaje Total criterio
CRITERIOS FACILITADORES			
1	Liderazgo	8	6,85
2	Estrategia y Planificación	20	15
3	Talento Humano	20	17,1
4	Alianzas y recursos	8	6
5	Procesos	25	20
CRITERIOS DE RESULTADOS			
6	Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios	8	6,26
7	Resultados de Talento Humano	4	3,5
8	Resultados de Responsabilidad Social	4	3,5
9	Resultados Clave del Rendimiento Institucional	3	3
TOTAL DE LA EVALUACIÓN		100	81,21

Elaborado: Jhadira Proaño

Luego de realizar la autoevaluación inicial del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, la ANT solicita la calificación de la misma a la Secretaría Nacional de la Administración Pública quien luego de puntuar los resultados concluye que la ANT cumple con el valor mínimo establecido para el primer nivel de madurez 80%, por lo que recomienda el dictamen favorable para el nivel de madurez **Comprometido**. Los puntajes ponderados por criterio se muestran en la tabla 15.

Con el dictamen favorable la ANT accedió al nivel de madurez Comprometido, siendo la Institución acreedora al certificado mostrado en la Figura 25.

De la determinación de la línea base se identificaron áreas de mejora que deben subsanarse para acceder al siguiente nivel de madurez institucional, mismas que se detallan en el **Anexo T**.



Figura 25 - Certificado nivel de madurez Comprometido (Jhadira Proaño)



Figura 26 - Entrega simbólica del certificado nivel de madurez comprometido al personal de la ANT a nivel nacional (Jhadira Proaño)

Un año después de acuerdo a los lineamientos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia y los criterios que en él se establecen, luego de realizar actividades de mejora que se identificaron al determinar la línea base (año 2014) la ANT postula al segundo nivel de madurez Institucional, para este nivel de madurez, el Modelo Ecuatoriano de Excelencia establece un rango de 200 a 300 puntos alcanzados entre los nueve criterios, para acceder

al segundo nivel de madurez institucional, en esta nueva postulación, el Modelo Ecuatoriano de Excelencia califica los nueve criterios en base a una escala de mil (1000) puntos, ya no se evalúa sobre el 100 por ciento de los requisitos mínimos que correspondían al primer nivel de madurez Comprometido.

De acuerdo a lo establecido por el Modelo Ecuatoriano de Excelencia la Agencia Nacional de Tránsito realiza el Plan de Autoevaluación-Comunicación que se muestra en el **Anexo X**.

Posteriormente la Agencia Nacional de Tránsito comunica al personal acerca de la ejecución del proyecto por medio de comunicación interna, se emite una invitación por parte de la Directora Ejecutiva como se muestra en la figura 27.

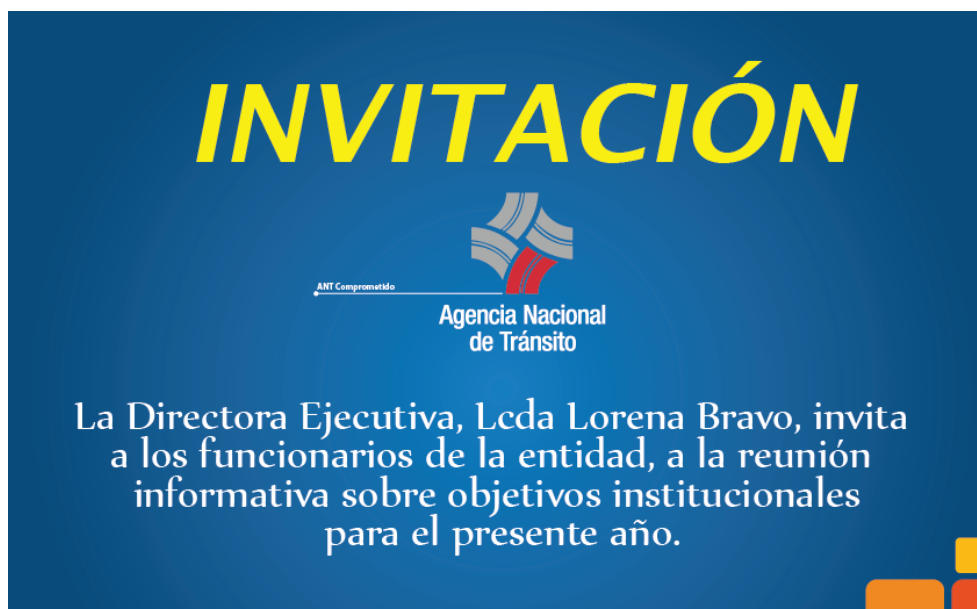


Figura 27 – Comunicación del proyecto al personal de la Agencia Nacional de Tránsito (Jhadira Proaño)

Para realizar el proceso de autoevaluación la ANT capacita al personal como autoevaluadores gracias al apoyo de la SNAP Y forma el equipo de trabajo, asignando criterios y subcriterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia a ser evauados como se muestra en el **Anexo Y**.

El proceso de autoevaluación consiste en la recopilación de información por los servidores públicos formados como autoevaluadores, de acuerdo a cada uno de los criterios con la utilización del formulario de Consenso de Autoevaluación como se muestra en la figura 28.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN			
F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación		
Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	
Evaluador coordinador			
Equipo de autoevaluadores			
Criterio	1	Liderazgo	
Subcriterio	1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
P	Sólido / integrado		
D	Aplicado / sistemático		
C	Medición / análisis		
A	Aprendizaje / mejora		
% de logro asignado			

**Figura 28 – Formulario de Consenso de Autoevaluación
(Jhadira Proaño)**

Luego de la respectiva calificación del grupo de autoevaluadores en conjunto con el equipo de la Secretaría Nacional de la Administración Pública, la ANT consigue **310.1 puntos**, accediendo al nivel **Organizado**, por lo que la Secretaría Nacional de la Administración Pública otorga el reconocimiento mostrado en la figura 29: Certificado de nivel de madurez “Organizado”.

Es importante mencionar que si bien, de acuerdo a la figura 31 (Diagrama de Niveles de Madurez la Agencia Nacional de Tránsito) con el puntaje obtenido debería estar en el nivel de madurez Desarrollado, sin embargo el Modelo de Ecuatoriano de Excelencia exige que se pase de nivel uno a la vez, y en cada postulación al nivel inmediato superior se demuestre la mejora efectuada.

Los resultados de la evaluación se muestran en el **Anexo W** y los Formularios de Consenso de Autoevaluación se detallan a partir del **Anexo K**.



Figura 29 -Certificado nivel de madurez Organizado (Jhadira Proaño)

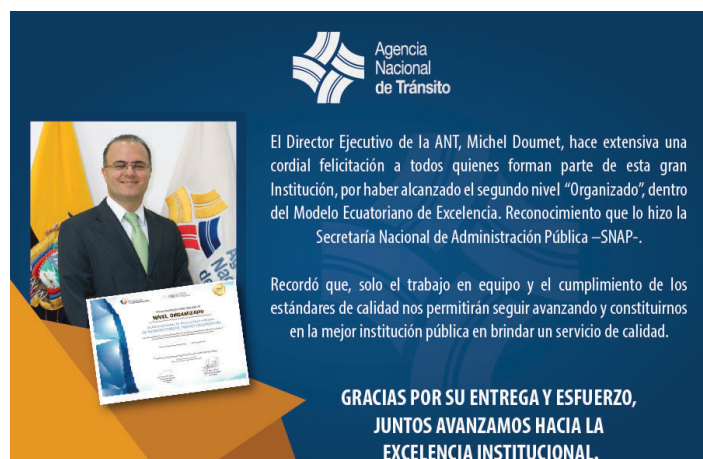


Figura 30 - Felicitación por parte del Director Ejecutivo al personal por alcanzar el Nivel Organizado (Jhadira Proaño)

3.3.2 Definición del grado de madurez de las Instituciones según el Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

El Modelo Ecuatoriano de Excelencia establece cuatro niveles de Madurez mismos que se muestran en la siguiente figura:



Figura 31. Diagrama de Niveles de Madurez
(Secretaría Nacional de la Administración Pública, 2014)

3.3.2.1 Nivel COMPROMETIDO

Este nivel de madurez institucional camino a la Excelencia, y este camino inicia con el compromiso de la Institución para mejorar constantemente.

A este nivel acceden las Instituciones que han cumplido con los Requisitos Mínimos.

Este primer nivel consolida el cumplimiento de la Institución con las diferentes Normativas emitidas por entes rectores de la administración pública y que deben ser obligatorias para las Instituciones Públicas.

La Institución que recibe este reconocimiento puede continuar con la aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia para obtener niveles más elevados de madurez, esto gracias a la mejora continua de la misma.

Las herramientas de aplicación del Modelo que la Institución utiliza constituyen formularios homologados para la aplicación en todas las Instituciones de la Administración Pública, mismos que son difundidos por la Secretaría Nacional de la Administración Pública.

3.3.2.2 Nivel ORGANIZADO

Este segundo nivel mantiene la vigencia de los requisitos mínimos que se contemplan en el primer nivel incluyendo herramientas que refuerzan su cumplimiento.

Este nivel deja a consideración de la Institución el complementar este nivel con la adopción de un sistema de gestión de calidad con el fin de contar con bases sólidas para aplicar al siguiente nivel.

Para el cumplimiento del inciso anterior, la Secretaría Nacional de la Administración Pública ha puesto a disposición la Guía Metodológica para la implementación de Sistema de Gestión de Calidad, misma que cuenta con información detallada acerca de:

- Documentación: manual de calidad, procedimientos
- Auditores internos
- Auditoría interna y técnicas de mejora continua

Para aplicar a este nivel la Institución debe aplicar el proceso de mejora continua y en el proceso de autoevaluación alcanzar el puntaje definido para este nivel, luego de lo cual deberá presentar la solicitud de postulación y el informe de autoevaluación ante las autoridades de la Secretaría Nacional de la Administración Pública.

La herramienta de Mejora Continua para medir el grado de cumplimiento de la Institución con lo establecido por el Modelo Ecuatoriano de Excelencia se describe en el **Anexo J**.

3.3.2.3 Nivel DESARROLLADO

Este nivel involucra la difusión de la cultura de calidad ya inculcada en la Institución, de manera que los servidores públicos a nivel nacional conocen de procedimientos, formatos y reportes establecidos por la Institución.

Este nivel trata del mejoramiento continuo de las buenas prácticas establecidas en el nivel Organizado, al igual que los otros niveles, la Institución debe cumplir con un puntaje determinado para acceder al nivel Desarrollado.

3.3.2.4 Nivel EXCELENTE

Las Instituciones que se sitúan en este nivel están en el camino de la excelencia, rigen modelos internacionales que emiten premios que constituyen credenciales de calidad, dando valor a la Institución de Competitividad, Innovación, Adaptación a cambios del medio y a nivel mundial.

Si la Institución considera poder aplicar a este nivel, debe presentar un Informe Relatorio y adjuntarlo a la solicitud enviada a la Secretaría Nacional de la Administración Pública para ser evaluados de acuerdo al Proceso de Mejora Continua (Anexo J).

3.3.3 Determinación del grado de madurez de la ANT respecto al Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

Una vez realizada la autoevaluación de la ANT hasta el mes de diciembre de 2015, siguiendo los lineamientos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, de acuerdo a sus nueve (9) criterios, se obtiene:

3.3.3.1 Criterio 1: Liderazgo

Se evidencia que el direccionamiento estratégico de la ANT se desarrolló con la participación de los grupos de interés y de mandos medios y se encuentra formalizado en el Plan Estratégico Institucional y Estatuto Orgánico por procesos.

La misión, visión, valores y objetivos de la ANT se difunden a nivel nacional por varios canales de comunicación interna y externa tales como eventos lúdicos, comunicaciones internas, carteleras, wallpaper, página web de ANT y además se evalúa su entendimiento mediante encuestas.

La ANT recopila algunos insumos para identificar necesidades de revisión del Plan Estratégico tales como: evaluaciones anuales del cumplimiento del plan estratégico, encuestas de percepción de la gestión institucional, informes de seguimiento de cumplimiento de los planes, programas y proyectos.

Se cuenta con el código de ética y un comité que lo gestiona, se evidencia actividades en el 2014 y 2015 de sensibilización por varios medios, tales como: reuniones de la máxima autoridad, wallpaper, bandas sonoras provistas por la SNAP.

Se cuenta con un plan de combate a la corrupción y reportes cuatrimestrales de avances.

Se cuenta con un mapa de riesgos en los que se ha identificado riesgos de fraude interno en la Dirección de Títulos Habilitantes.

Se evidencia que por 3 años consecutivos se realizan encuestas de la actuación de los líderes de ANT

Se mantienen reuniones informativas y de retroalimentación con los Directores de manera periódica y se ha realizado una encuesta para determinar si esta práctica se despliega a los demás niveles de la institución.

Se evidencia que a partir del 2013 hasta la fecha está funcionando la herramienta GPR a través de la cual los objetivos, planes, programas y proyectos están alineados a la planeación estratégica y son monitoreados mediante metas e indicadores.

Se evidencia la implementación de varias herramientas de monitoreo y control tales como: herramienta GPR, Ranking Interno, diagnóstico anual del índice de capacidad institucional regularía, auditorías internas ISO9001, reuniones Staff con la máxima autoridad, tableros de monitoreo y control de procesos, encuestas de satisfacción del cliente interno.

Se evidencia que la máxima autoridad de la ANT sensibiliza y apoya al personal sobre temas innovadores para la agencia tales como: Plan regulatorio bajo metodología SENPLADES, generadores de acción, ISO9001, modelo ecuatoriano de excelencia, programa ANT se refleja en tu puestos de trabajo, participación en el rally de innovación, programa de gestión de cambio, implementación de dinero electrónico, Diagnóstico de la capacidad institucional regulatoria, Ventanilla Única Virtual.

Anualmente los servidores son consultados sobre su percepción acerca de la gestión institucional y trimestralmente se realizan encuestas de satisfacción del cliente interno.

Se evidencia una encuesta cuyo resultado indica que el 70% de los líderes realizan reuniones periódicas con el personal.

La Directora Ejecutiva de la ANT realizó 120 conversatorios nacionales con los grupos de interés y las Direcciones Provinciales también realizaron reuniones con los grupos de interés.

La ANT realiza actividades de seguridad vial en conjunto con la fundación CAVAD.

Los Directivos regionales participan en mesas ciudadanas donde se recogen las necesidades de los grupos de interés de la región y se monitorea el cumplimiento respectivo.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo K**.

3.3.3.2 Criterio 2: Estrategia y Planificación

La ANT cuenta con un plan estratégico 2013-2017 alineado al Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) en donde se tomaron en cuenta grupos de interés prioritarios.

La ANT tiene identificados sus grupos de interés.

La ANT ha aplicado algunas herramientas en algunos servicios que brinda la institución con la finalidad de determinar las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios.

La ANT cuenta con un análisis FODA en donde se analizaron las diferentes variables externas.

La ANT cuenta con una herramienta tecnológica que permite recopilar a nivel nacional de forma sistemática la información relevante de gestión, así como la información de proyectos y recursos. Esta herramienta llamada Gobierno por Resultados (GPR) es utilizada desde el año 2012.

La ANT realiza informes cuatrimestrales de desarrollo y seguimiento a los planes institucionales y de forma mensual los proyectos de gasto corriente e inversión son actualizadas en la herramienta GPR.

La ANT realiza anualmente el Plan Anual de Contratación, en el cual, se establecen los procesos con los montos requeridos y una vez que son priorizados, éstos son publicados en el Portal de Compras Públicas.

La ANT comunica a la máxima autoridad el estado de cumplimiento del plan estratégico 2013-2017.

La ANT cuenta con instructivos que permiten aplicar métodos para la revisión, medición y/o evaluación periódica de los resultados. Éstos son medidos de manera mensual en el Ranking Interno.

Se ha implementado una herramienta de seguimiento denominada "Ranking Interno" sobre el cual se presentan planes de acción cuando los resultados no son favorables.

La ANT cuenta con un indicador que promueve la consideración de recursos a proyectos de innovación.

La ANT muestra iniciativas de gestión de cambio.

La ANT evidencia un avance en implementación de servicios electrónicos.

La ANT ha tenido mejorado tiempos de entrega de algunos servicios y ha eliminado ciertos requisitos.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el Anexo L.

3.3.3.3 Criterio 3: Talento Humano

La ANT cuenta con un plan estratégico del Talento Humano aprobado desde el año 2014 que se encuentra alineado al plan estratégico y tiene un seguimiento cuatrimestral.

La ANT analiza periódicamente las necesidades del talento humano a nivel nacional (Matriz, Direcciones Provinciales y Oficinas de Atención al Usuario) y se analiza con cada responsable a nivel nacional.

La ANT por medio de la Dirección del Talento Humano aplica los procesos del Talento Humano aprobados a nivel nacional para reclutamiento, Selección e Incorporación del Personal tomando en cuenta las competencias requeridas para cada puesto de trabajo de acuerdo a las necesidades institucionales.

La Dirección De Administración del Talento Humano en los últimos tres años ha desarrollado y difundido la evaluación de desempeño a nivel nacional en base a la norma técnica de evaluación de desempeño del Ministerio del Trabajo.

La ANT ha planificado e implementado estrategias y actividades respecto a la pluriculturalidad y transparencia y equidad de género mediante herramientas comunicacionales a nivel nacional.

La ANT identifica y mantiene actualizado el sistema SIITH (Sistema integral de Información del Talento Humano) de todos los servidores a nivel nacional en donde se visualizan los estudios formales, capacitaciones y competencias.

La ANT identifica las necesidades de formación y capacitación en cada Dirección a nivel nacional y en base a ello planifica gestiona el plan de capacitación anual.

La ANT evidencia la implementación de intranet.

La ANT evidencia actividades formativas en temas de Riesgos.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo M**.

3.3.3.4 Criterio 4: Alianzas y Recursos

Se ha fomentado y organizado colaboraciones especializadas para desarrollar e implementar proyectos en conjunto tales como el realizado con el Consorcio Servicios por Resultados - SPR en la construcción de la taxonomía II fase.

Se participó en el Programa de Seguridad en el Transporte con la finalidad de aumentar las capacidades para la seguridad del transporte en relación a la seguridad vial, y desarrollos técnicos de vehículos y de recursos humanos, organizado por la Autoridad Coreana Seguridad en el Transporte.

Se evidencia en la página web de la Agencia Nacional de Tránsito la socialización de las regulaciones emitidas con relación a denuncias por no uso de taxímetros.

Se evidencia monitoreo en los avances de los planes interinstitucionales.

La ANT mantiene sinergia con agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil mediante retroalimentación de información con respecto a vías acceso.

Mediante un marco de trabajo adecuado por medio del cual se recogieron ideas y sugerencias vía buzones de reclamos, luego de analizar y tratar la información se difunde los resultados mediante informes de inspecciones.

La ANT dispone de información actualizada referente a la evolución, comportamiento individual y social de los ciudadanos por medio de encuestas con los sectores de interés.

La institución realiza un control de mantenimientos vehiculares trimestralmente con la finalidad de monitorizar y evaluar sus bienes de larga duración.

Se publica en página web de ANT la información de LOTAIP e información relevante para los grupos de interés.

Se dispone de varios canales para receptar preguntas, quejas, solicitudes, sugerencias de los grupos de interés y se controla el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos.

Se evidencia reuniones con los grupos de interés previo la emisión de las regulaciones.

Se ha identificado los requerimientos de los usuarios referente a la obtención de licencias de conducir, homologación de vehículos, escuelas y transporte comercial mediante encuestas y grupos focales.

Se han establecido para cada uno de los trámites tiempos de respuesta y es monitoreado su cumplimiento a través de indicadores registrados en la herramienta Gobierno por Resultados (GPR).

Mediante una política proactiva de información se socializó las resoluciones sobre requisitos para funcionamiento de Escuelas de formación y capacitación de conductores profesionales.

Se realizó la Implementación de turnos web para la obtención de licencias de conducir.

La ANT ha implementado el sistema PQSSF con el objetivo de atender, dar seguimiento, controlar y evaluar las sugerencias de los grupos de interés.

Se cuenta con un plan para establecer procedimientos en etapa de desarrollo que impactan en la ejecución presupuestaria a fin de incrementar la efectividad de los recursos económicos y financieros de la institución.

Se cuenta con directrices emitidas por el área financiera para lograr mayor eficiencia en los procesos financieros.

Se evidencia que la ANT mantiene un control de sus obligaciones tributarias toda vez que no se ha generado multas e interés por mora.

Se dispone de un programa denominado "La ANT se refleja en tu puesto de trabajo" en la que se establece que la información importante debe ser almacenada en una carpeta compartida en el servidor central, se dispone de evaluaciones y premiación por el cumplimiento de estos estándares.

Los líderes de la institución realizan reuniones periódicas denominadas Staff en las que se informan temas relevantes y se revisa los resultados de la gestión institucional.

Se evidencia la existencia de dos repositorios de información del Sistema de Calidad y del MEE al cual tienen acceso los involucrados en estos temas.

Se evidencia que mediante manuales redactados existe un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la ANT.

Se evidencia la ejecución del Plan de contingencia sobre la seguridad de la información.

Se evidencia la implementación del proyecto ventanilla única virtual por medio del cual se define como las TICS pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado

La ANT ha implementado mediante la emisión de certificaciones online la ejecución del Plan de contingencia relacionado a la seguridad de la información.

Se evidencia la implementación de controles mensuales para garantizar el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo N**.

3.3.3.5 Criterio 5: Procesos

La ANT cuenta con identificación y mapeo de los procesos institucionales.

La ANT cuenta con asignación de responsables y responsabilidades de cada proceso.

La ANT ha aplicado algunas herramientas que involucran a los servidores y grupos de interés en el diseño y mejora de los procesos.

La ANT evidencia algunas iniciativas de Benchmarking.

La ANT cuenta con un módulo de servicios en la herramienta GPR en donde está determinada la clasificación de los servicios de la ANT.

La ANT evidencia el involucramiento de los ciudadanos mediante encuestas y grupos focales en el mejoramiento de los servicios.

La ANT ha realizado el análisis de interoperabilidad de algunos servicios que encuentran en mejora en donde se determina el intercambio de datos con otras instituciones.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo O**.

3.3.3.6 Criterio 6: Resultados Orientados a los ciudadanos/usuarios

Se dispone de una encuesta de identidad y nivel de confianza realizada en 2011 misma que permitirá medir tendencias.

Se cuenta con los resultados de las encuestas de percepción del conocimiento de la misión de ANT a nivel interno y externo realizados a la ciudadanía en el año 2013, 2014,2015.

En el 2015 la ANT realizó grupos focales para receptar la percepción de la calidad del servicio de emisión de títulos habilitantes de transporte comercial, autorización de escuelas de conducción y homologación vehicular, siendo este insumo considerado para la mejora de estos servicios.

Se evidencia que en las encuestas de percepción 2014-2015 existe un incremento de **0,64** puntos respecto al índice de percepción del usuario de licencias sobre los aspectos que el usuario valora sobre el servicio recibido.

Se evidencia una tendencia a disminuir los siniestros por accidentes de tránsito en los últimos 3 años.

Se cuenta con una evaluación del índice de capacidad institucional regulatoria de los años 2014 y 2015 mediante el cual se mejora la calidad de las regulaciones emitidas por ANT en un **9%**.

En el 2015 ANT en relación al transporte intra e intercantonal ha beneficiado a 13.064 poblados ampliando la cobertura de transporte, ha realizado 196 dimensionamientos de flota, ha autorizado 196 nuevas rutas, 32 corredores viales han sido regularizados y en 2 años se ha cubierto el 100% de estudios de necesidades de las provincias a nivel nacional.

Se cuenta con mediciones de atención de denuncias receptadas por la página web de ANT de los años 2014,2015.

Se cuenta con estadísticas del cumplimiento de objetivos operativos y estratégicos 2014,2015.

Se cuenta con estadísticas 2015 respecto a las quejas, preguntas, sugerencias, solicitudes y felicitaciones (PQSSF) recibidas de los usuarios a través de la herramienta PQSSF.

La ANT desarrolló el plan nacional de simplificación de trámites basado en las sugerencias del ciudadano capturadas a través de la herramienta Tramitón en donde se evidencia un mejoramiento de 50 trámites en el 2015 con una disminución del tiempo de respuesta del 60% y la eliminación de 193 requisitos y para el 2016 está previsto el mejoramiento de 43 trámites.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo P**.

3.3.3.7 Criterio 7: Resultados Orientados al Talento Humano

La institución ha medido el nivel de conocimiento de la misión en los servidores **públicos** evidenciando una tendencia positiva en el año 2015 y con cobertura nacional considerando que 9 de cada 10 servidores conocen la misión institucional.

La institución evidencia medición de las actividades relacionadas con temas de ética y transparencia para lo que se planificaron 16 actividades en el año 2015 obteniendo un cumplimiento del 100%, adicionalmente se han planificado las actividades para el 2016 (8) en proceso de cumplimiento.

La Institución evidencia mediciones respecto a los servicios mejorados incluidos en la carta de servicio Institucional (procesos sustantivos) en donde se evidencia la mejora en el tiempo de prestación del servicio (de 45 a 35 minutos) para los años 2013-2015

La Institución evidencia encuestas de satisfacción del cliente interno e implementación de encuestas de evaluación institucional, en donde se evidencia un incremento en la percepción de los servidores en aspectos: liderazgo, procesos, alianzas estratégicas, recursos, estrategia y satisfacción, en el período 2012-2015, se evidencia un incremento de 5 puntos en el año 2015 con relación al 2014.

La institución mide el porcentaje de personal con nombramiento, se cuenta con información de los períodos 2014-2015, en donde se ha evidenciado un incremento en el mencionado indicador de 14 a 228 nombramientos otorgados.

La institución cuenta con índices de rotación de personal de nivel operativo y directivo, se cuenta con información de los períodos 2014-2015, en donde se ha evidenciado un decremento en el mencionado indicador.

En el indicador de rotación a nivel directivo para el año 2014 se obtuvo un 111% de cumplimiento en relación a la meta planificada, considerando una periodicidad trimestral.

Para el año 2015 en el mismo indicador, cambió la periodicidad de medición, en esta se obtuvo un 43,32% respecto a las metas planificadas.

En el indicador de rotación a nivel operativo para el año 2014 se obtuvo un 111,37% de cumplimiento en relación a la meta planificada, considerando una periodicidad trimestral.

Para el año 2015 en el mismo indicador, cambió la periodicidad de medición, en esta se obtuvo un 57,33% respecto a las metas planificadas.

La Institución evidencia encuestas de satisfacción del cliente interno e implementación de encuestas de evaluación institucional, en donde se evidencia un incremento en la percepción de los servidores en aspectos: liderazgo, procesos, alianzas estratégicas, recursos, estrategia y satisfacción, entre los años 2012-2015, se evidencia un incremento de 5 puntos en el año 2015 con relación al 2014.

La institución realiza anualmente la evaluación de desempeño a todos los servidores, se cuenta con información del período 2014-2015.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo Q**.

3.3.3.8 Criterio 8: Resultados de Responsabilidad Social

Se cuenta con una encuesta de percepción respecto a las competencias de ANT que impactan la calidad de vida de la ciudadanía del año 2011.

Se cuenta con una lista de acciones de responsabilidad social en los que ha participado ANT en los que se detallan 5 acciones en el 2014 y 34 acciones en el 2015.

El porcentaje de noticias positivas frente a las noticias negativas de ANT generadas por los medios de comunicación del año 2014 fue del 73% y 2015 del 86,55% superando las metas planteadas para estos años.

El porcentaje de proveedores categorizados como personal natural, micro y pequeña empresa frente al total de proveedores adjudicados en el 2015 fue de 55,26% y los proveedores categorizados como mediana empresa fue del 18,42%

El porcentaje de bienes de origen nacional contratados frente al total de bienes contratados en el 2015 fue de 16,67% mientras que el porcentaje de servicios de origen nacional en el 2015 fue del 62,50%

Se cuenta con un proceso de reciclado de tóner aplicado a nivel nacional en el que se reporta haber reciclado 3.141 tóner en el año 2015.

El porcentaje de cumplimiento de contratación de personal con capacidades especiales fue del 76,17% en el 2014 y del 103,19% en el 2015

Se evidencia una tendencia de incremento en el gasto por consumo de agua pues en el 2013 se gastó \$50.219, 2014 se gastó 67,256 y en el 2015 se gastó \$71358.

Se evidencia una reducción en el consumo de energía eléctrica en el 2015 de \$ 17.721,19 en relación al consumo del año 2014.

Se evidencia una reducción en el consumo de combustible en el 2014 de \$ 64.590 en relación al consumo del año 2013.

La institución cuenta con registros de evaluación del cumplimiento de LOTAIP como uno de los mecanismos para evidenciar la transparencia en ANT.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo R**.

3.3.3.9 Criterio 9: Resultados clave del Desempeño Institucional

La ANT evidencia a nivel nacional mediciones de resultados en términos calidad de prestación de sus servicios y productos mediante la herramienta GPR para los años 2014 y 2015, teniendo un aumento de 56% a 61%. En cuanto a cantidad de servicio la medición se ha realizado para los años 2014 y 2015 mediante los formularios de informe de rendición de cuentas con cobertura nacional, los que demuestran que se han atendido a 425,271 usuarios más en el año 2014 con respecto al 2013.

La ANT cuenta con un diagnóstico de capacidades regulatorias el cual mostró que el Índice de capacidad regulatoria de la ANT ha incrementado de 37% al 47% del 2014 al 2015.

La ANT evidencia indicadores que miden el cumplimiento de los acuerdo del nivel de servicio a nivel nacional para los años 2014 y 2015, los que muestran una tendencia positiva de 3,74% para Títulos Habilitantes, mientras que para licencias hubo un decremento de 4,54%.

La ANT mide el porcentaje de operadoras de transporte y de escuelas de capacitación inspeccionadas para los años 2014 y 2015, mostrando este último un aumento de 24,28% para el año 2015.

La ANT cuenta con un indicador homologado denominado "Porcentaje de presupuesto asignado a proyectos de innovación y desarrollo (I+D)" el cual ha sido implementado en el año 2015 en matriz.

La ANT evidencia indicadores que miden porcentajes de ejecución presupuestaria en gastos corriente e inversión de los procesos y registro de pago para los años 2014 y 2015 a nivel nacional.

Los formularios de consenso para este criterio se muestran en el **Anexo S**.

3.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA EN LA ANT EN EL PERÍODO 2014-2015

3.4.1 Análisis de resultados.

3.4.1.1 Análisis de criterios facilitadores

3.4.1.1.1 Primera Evaluación-Línea base

De los resúmenes de puntuación se puede evidenciar que los criterios que más aportaron para lograr el nivel **COMPROMETIDO** en el año 2014 fueron **liderazgo** y **talento humano** debido a que la máxima autoridad demuestra compromiso con la mejora continua de la ANT al aprobar un Plan de Excelencia Institucional que incluye el programa de gestión de cambio, consta además la implementación de canales de comunicación interna que se utilizarán para la socialización de la misión visión y valores de la Institución, también los resultados son revisados en reuniones periódicas llamadas de Staff al menos 1 vez cada 3 meses.

Los servidores de la Agencia Nacional de Tránsito no muestran una fuerte identificación del direccionamiento estratégico, no tienen claros conceptos de misión, visión y valores organizacionales, no se cuenta con un seguimiento o verificación del conocimiento por parte de los servidores de misión, visión y valores institucionales.

Si bien existen mecanismos de difusión de la misión, visión y valores de la institución, no se llega a evidenciar cómo son revisados, mejorados y controlados para verificar el conocimiento de estos elementos por parte del personal de la institución.

La Agencia Nacional de Tránsito no cuenta con una adecuada integración de grupos de interés para la determinación de misión, visión, así mismo no ha integrado al personal para la revisión del direccionamiento estratégico, su aporte podría ser valioso.

La Agencia Nacional de Tránsito, al ser una Institución Pública evidencia un bajo nivel de empoderamiento, las decisiones son tomadas por el nivel jerárquico superior.

Si bien los líderes directivos de la ANT han implantado mecanismos para la revisión de resultados de la gestión institucional, no se presentan evidencias de que se hayan generado acciones de control y mejora continua para la el progreso sostenible de la gestión.

En cuanto al criterio de **talento humano**, la ANT cuenta con una estructura posicional del nivel operativo, alineada a la gestión por procesos, estatuto orgánico y modelo de gestión, debidamente aprobado, además de que cuenta con un plan de optimización de talento humano, también se cuenta con un control del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos llevados por la Dirección de Talento Humano, área de Bienestar Social.

Con el fin de crear compromiso en el personal, la ANT aplica un plan de inducción, y ha identificado las necesidades de capacitación del personal con el fin de brindar la formación que requiere para su crecimiento profesional, cae señalar que evalúa también el desempeño de sus servidores con el fin de determinar su evolución o no en determinado período de tiempo, mas no se realiza ningún reconocimiento al buen desempeño, lo que disminuye la motivación del personal.

La ANT ha implementado como manera de impulsar los valores y comportamientos esperados de quienes forman parte de la Institución un código de ética aprobado y socializado al personal, mas para la elaboración de este documento no se contó con el aporte de todos los grupos de interés.

La ANT demuestra su compromiso para brindar un servicio de calidad al contar con personal que cumpla determinado perfil de acuerdo al cargo que ocupará, elaborando un manual de puestos, más éste aún no se encuentra aprobado, su estado es revisión por parte del Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

Se ha remitido para revisión del Ministerio de Trabajo, el borrador de la Planificación de Talento Humano, lo que permitirá determinar el número adecuado de personas y actividades asignadas a las mismas para el cumplimiento de la misión de cada Dirección de la Agencia Nacional de Tránsito.

Por otro lado, **los criterios que aportaron en menor cantidad** para alcanzar el nivel comprometido fueron: **Estrategia - Planificación y Alianzas - Recursos**.

En el criterio de Estrategia y Planificación la ANT ha redespaldado la herramienta Gobierno por Resultados (GPR), por lo que no se cuenta con todos los indicadores medidos en períodos consecutivos, sin poder determinar tendencia.

No se evidencia la formalización de que la institución utiliza la información registrada en GPR a nivel interno para el seguimiento a los planes y proyectos mediante mecanismos/procedimientos/actas/resoluciones, etc para la toma de decisiones por parte de las máximas autoridades, por ejemplo, Consejos Sectoriales, Gabinetes Ampliados, Itinerantes, Rendición de cuentas, etc.

Respecto al criterio Alianzas y Recursos se evidencia que a pesar de que existen iniciativas orientadas a mejorar el medio ambiente, como el proyecto Cero Papel mediante la emisión de certificados on-line, no se evidencia la implementación de un Plan de Responsabilidad Ambiental orientado a la obtención del reconocimiento "Punto Verde" emitido por el Ministerio del Ambiente.

Se evidencia que la institución no posee un software informático que le permita controlar la documentación que genera, ni las fases previas a los procesos de digitalización, haciendo que el almacenamiento de la información esté propenso a daño, pérdida y mal uso.

Se ha implementado el proyecto mesa de servicios en la Oficina de Atención al Usuario de Machala, mas no se ha replicado a nivel nacional, haciendo que el tiempo de respuesta de los requerimientos informáticos sea complejo y sin mejora en el resto de las Unidades Prestadoras de Servicios.

No se evidencia que la Agencia Nacional de Tránsito realice auditorías informáticas, haciendo que el mecanismo de uso seguro de la información no sea verificable.

3.4.1.1.2 Segunda Evaluación (2015)

De los resúmenes de puntuación del consenso se puede evidenciar que los criterios facilitadores que más aportaron para lograr el nivel **ORGANIZADO** en al año 2015 fueron: **Liderazgo, Estrategia y Planificación, Alianzas y Recursos**, debido a que:

En el criterio **Liderazgo**:

Se evidencia que los líderes de la ANT participan e involucran a los grupos de interés en el desarrollo e implementación del direccionamiento estratégico institucional , revisan su actuación mediante encuestas anuales e informan aspectos claves a través de varios canales de comunicación, han desarrollado el sistema de gestión de riesgos y crean un

ambiente de ética y combate a la corrupción, además se evidencia que recopilan algunos datos para detectar necesidades cambio en el direccionamiento estratégico.

Se cuenta con una estructura que es modificada según las necesidades institucionales. La gestión tecnológica, los planes, programas, proyectos y objetivos se alinean a la planeación estratégica y son desarrollos con la participación de algunos grupos de interés, para su ejecución y medición de efectividad se aplican varias herramientas implementadas desde el 2013 hasta la fecha, todo esto se encuentra en el marco de varios sistemas de gestión aplicados en el ámbito administrativo y regulatorio que se están implementando. Adicionalmente se cuenta con algunas iniciativas de innovación.

Se evidencia acciones de liderazgo a través del ejemplo, motivan el servicio al cliente interno y generan compromisos escritos de apoyo, los servidores son consultados sobre temas institucionales y además se han creado espacios para receptar sus recomendaciones y se realizan reconocimientos públicos por logros alcanzados.

La ANT ha realizado grupos focales y ha firmado convenios con varias instituciones públicas y privadas a fin de optimizar sus procesos y ha realizado acciones a fin de que la institución y sus servicios estén posicionados como un modelo ante la ciudadanía y otras instituciones públicas.

En el criterio **Estrategia y Planificación:**

La ANT cuenta con un Plan Estratégico 2013- 2017, herramientas como Gobierno por resultados (GPR), Sistema Integrado de Planificación e Inversión Pública (SIPeIP), informes periódicos de seguimiento a los planes institucionales y un Ranking Interno que fortalecen y contribuyen a que la ésta tenga una planificación a nivel nacional alineada en su totalidad a la misión, visión, objetivos estratégicos, estrategias y objetivos operativos a nivel nacional.

Se ha implementado la medición de la satisfacción del usuario por medio de encuestas, lo que permite identificar fallas en el proceso, se implementó el indicador en la herramienta GPR: Porcentaje de satisfacción del cliente externo en el proceso de renovación de licencias de conducir.

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la Oficina de Atención al Usuario Samborondón ha permitido que la Dirección Provincial del Guayas estandarice los procesos que se ejecutan para la emisión de licencias de conducir y se implemente un tablero de control en el que se realiza el seguimiento del servicio identificando posibles no

conformidades, cuellos de botella, tiempos de entrega, caídas del sistema, entre otros, brindando al usuario un servicio más eficiente.

La Agencia Nacional de Tránsito cuenta con la herramienta Gobierno por Resultados en la que se refleja tendencia pues ya muestra información de algunos períodos, haciendo que la información ingresada sea útil para la toma de decisiones, mas no se evidencia que el ciclo de mejora continua cierre, se debería elaborar planes de acción para mejorar los resultados registrados en GPR.

La ANT ha implementado métodos para la revisión, medición y evaluación periódica de resultados de las diferentes Direcciones, denominados Ranking Interno.

En el criterio **Alianzas y Recursos**:

Se evidencia que la ANT ha realizado convenios con Instituciones Público y privadas para el logro de sus objetivos estratégicos.

La ANT cuenta con una estructura que realiza la planificación económica y financiera para optimizar los recursos y el buen funcionamiento de la Institución.

La ANT ha logrado establecer sistemas de información, identificación de las necesidades de información, diseño de accesibilidad a la información, ha establecido mecanismos de seguridad de la información.

Se evidencia también que se ha logrado desarrollar procesos para identificar y aplicar nuevas tecnologías con la finalidad de proporcionar recursos tecnológicos necesarios para la prestación de servicios accesibles para los ciudadanos.

Se cuenta con un Proyecto de planificación de infraestructura física a nivel nacional, además de un programa de mantenimiento de bienes de larga duración, los mismos que cuentan con pólizas de seguro y un servicio de seguridad externa, los materiales e insumos que generan impacto ambiental son controlados cumpliendo las normas ambientales.

Los procesos son diseñados y gestionados de forma continua, involucrando parcialmente a los grupos de interés. La ANT cuenta con un Estatuto Orgánico Funcional por Procesos, una matriz de riesgos institucionales, una matriz de Simplificación de trámites, una taxonomía de servicios que permite coordinar los procesos en toda la institución y además realiza encuestas de percepción ciudadana con la finalidad de enfocar sus servicios a los ciudadanos.

En la página web de la Agencia Nacional de Tránsito, se evidencia la socialización de las regulaciones emitidas con relación a denuncias por no uso de taxímetros, mas no se evidencia que en los convenios se establezca mecanismos de evaluación de efectividad del mismo.

Si bien la ANT dispone de información actualizada referente a la evolución, comportamiento individual y social de los ciudadanos por medio de encuestas con los sectores de interés, mas no se ha realizado un plan de acción con los resultados obtenidos en las encuestas.

La ANT no evidencia que se revise el resultado de preguntas, quejas, solicitudes, sugerencias recibidas por el usuario y que se mejore la interacción con los grupos de interés a partir del análisis de estas mediciones, del mismo modo no se evidencia que se realice un plan de acción con los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a usuarios en el proceso de emisión de licencias de conducir.

Si bien la ANT ha implementado un Plan de seguridad de la información con la emisión de certificaciones online, no evidencia el impacto socioeconómico y medioambiental de las TICS.

Los criterios que aportaron de menor forma para alcanzar el cumplimiento del nivel Organizado son: **Talento Humano y Procesos.**

En lo que respecta el criterio de **Talento Humano**, la ANT si bien cuenta con un Plan Estratégico de Talento Humano que fue aprobado en el año 2014 y se encuentra alineado al Plan Estratégico Institucional y tiene un seguimiento cuatrimestral por parte de la Dirección responsable, mas no cuenta con una estructura ocupacional actualizada a nivel nacional.

Si bien la ANT analiza las necesidades de talento humano a nivel nacional, no se evidencia la validación de productos y servicios en cada Dirección a nivel nacional.

La ANT aplica los procesos del Talento Humano aprobados a nivel nacional para reclutamiento, Selección e Incorporación del Personal tomando en cuenta las competencias requeridas para cada puesto de trabajo de acuerdo a las necesidades institucionales, mas no se evidencia una política de promoción y reconocimiento para los servidores.

La ANT ha desarrollado y difundido la evaluación de desempeño a nivel nacional en base a la norma técnica de evaluación de desempeño del Ministerio del Trabajo, mas no

evidencia el análisis de los resultados obtenidos por los servidores con el fin de tomar acciones de mejora.

La ANT no evidencia la implementación de servicios on-line que permitan a los funcionarios acceder a capacitaciones por esta herramienta.

La ANT ha planificado e implementado estrategias y actividades respecto a la pluriculturalidad y transparencia y equidad de género mediante herramientas comunicacionales a nivel nacional, mas no se evidencia el cumplimiento del 4% de la nómina con personal con discapacidad en el año 2015.

La ANT identifica y mantiene actualizado el sistema SIITH (Sistema integral de Información del Talento Humano) de todos los servidores a nivel nacional en donde se visualizan los estudios formales, capacitaciones y competencias, mas no evidencia la utilización del sistema para el control y monitoreo de su personal.

La institución no evidencia acompañamiento o asignación de mentores para los nuevos servidores.

Si bien la ANT ha implementado la intranet, no evidencia herramientas de e-learning que apoyen la formación de los servidores.

La ANT no evidencia la evaluación de impacto de los programas de formación y desarrollo que han sido impartidos a los servidores de la ANT.

La institución no evidencia una cultura de aportación de ideas y sugerencias de los servidores.

La ANT no evidencia acciones permanentes que incentiven e inculquen buenos hábitos alimenticios y físicos en sus servidores.

La evaluación del criterio **Procesos** evidencia:

La ANT ha identificado los procesos institucionales, mas no cuenta con su descripción ni mapeo.

La ANT ha aplicado herramientas para la mejora de los procesos que prestan los servicios al usuario, mas no se ha realizado esta mejora a todos los servicios.

La ANT no evidencia asignación de recursos en algunos de los procesos en mejora sin embargo no evidencia esta asignación en todos los procesos.

La ANT no evidencia poseer una cultura para trabajar de forma transversal en la Gestión por procesos.

Las áreas de mejora para este criterio hacen referencia a la inclusión de procesos innovadores, actualización de procesos, no se involucran a todos los grupos de interés ni a socios claves, además no existe una cultura de trabajo de forma transversal en la gestión por procesos. Finalmente la ANT no cuenta con un área fortalecida de gestión de procesos, calidad e innovación, el personal que realiza actividades relacionadas se encuentra bajo la Dirección de Talento Humano (Desarrollo Institucional).

3.4.1.2 Análisis de criterios resultados

De los resúmenes de puntuación se puede evidenciar que los criterios de resultados para lograr el nivel **COMPROMETIDO** en el año 2014, debido a que por tratarse del diagnóstico institucional, se evaluó los resultados en la herramienta GPR (indicadores homologados) como requisito mínimo, a pesar de eso no se pudo determinar tendencia por los escasos datos que se encontró en la herramienta, debido a que la ANT realizó un rediseño de la misma.

De los resúmenes de puntuación del consenso se puede evidenciar que los criterios de resultados que más aportaron para lograr el nivel **ORGANIZADO** en el año 2015 fueron: **Resultados orientados a los ciudadanos/usuarios y Resultados de Talento Humano.**

En la evaluación de los **Resultados orientados a los ciudadanos/usuarios** se evidencia:

Se dispone de estadísticas internas y externas de encuestas del nivel de conocimiento de la misión y de la calidad de varios de sus servicios de ANT, también se evidencia algunas mediciones de desempeño de la gestión interna.

La mayoría de los datos de encuestas de percepción y mediciones del desempeño institucional cuentan con una antigüedad de 1 o 2 años, lo cual no permite evidenciar tendencias, ni comparativos con años anteriores, ni comparativos con otras instituciones similares, además no se evidencia la socialización de la información recopilada, ni la implementación del plan de posicionamiento de la ANT.

Respecto a los **Resultados de Talento Humano**, se evidencia:

Existen indicadores de medición de desempeño y de percepción. La mayoría de ellos presenta una tendencia ascendente y lo que se evalúa es: Nivel de conocimiento de la misión de los servidores de la ANT, actividades relacionadas con temas de ética, liderazgo, procesos, alianzas estratégicas, recursos, estrategia y satisfacción.

La ANT no evidencia la medición de resultados en la participación de actividades de mejora.

La ANT no evidencia mediciones respecto a la capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la institución, sin embargo cuenta con mediciones del índice de rotación del nivel directivo de la institución. La ANT no cuenta con mediciones de los mecanismos de consulta y diálogo interno, tampoco evidencia mediciones respecto a la capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la institución, sin embargo cuenta con mediciones del índice de rotación del nivel directivo de la institución, mismos que se encuentran cargados en la herramienta GPR.

La ANT no evidencia mediciones respecto a igualdad de oportunidades, disposiciones del lugar de trabajo y condiciones ambientales, motivación y empoderamiento.

La ANT no evidencia indicadores relacionados con desarrollo de capacidades de los servidores, trato con el ciudadano ni relacionados con dilemas éticos reportados.

En menor proporción aportaron los criterios de resultados: **Responsabilidad Social y Resultados clave del rendimiento institucional.**

Respecto al criterio **Responsabilidad Social:**

Se cuenta con una encuesta de percepción en relación a las competencias de ANT que impactan la calidad de vida de la ciudadanía del año 2011.

La ANT muestra actividades que contribuyen con este criterio, mas no se cuenta con estadísticas que respalden las acciones tomadas.

La mayoría de los datos de encuestas de percepción y mediciones de las acciones de responsabilidad social cuentan con una antigüedad de 1 o 2 años, lo cual no permite evidenciar tendencias, ni comparativos con años anteriores, ni comparativos con otras instituciones similares, además no se evidencia la socialización de la información recopilada, ni la implementación del plan de identificación y gestión de acciones de responsabilidad social.

Respecto al criterio **Resultados clave del rendimiento institucional**

La institución ha realizado mediciones importantes a nivel nacional para los años 2014 y 2015. Estos indicadores hacen referencia a resultados en términos de calidad de prestación de servicios, cantidad de servicios, capacidad regulatoria, cumplimiento de acuerdo a nivel de servicio en algunos casos, las inspecciones realizadas a escuelas de conducción y

operadoras de transporte, y el porcentaje de ejecución presupuestaria en gasto corriente e inversión de los procesos.

No existen mediciones acerca de la eficiencia de las instalaciones, gestión del conocimiento, benchmarking, uso de información tecnológica de las comunicaciones para prestación de servicios, inspecciones o auditorías internas. Tampoco se evidencia un proceso establecido para determinar y ejecutar planes de acción para mejorar los resultados de gestión.

Por otro lado, los resultados de la implementación de los ejes de acción de Gestión Estratégica, Talento Humano, Tecnología, Infraestructura e Imagen Institucional son evaluados a través del índice de madurez en relación al modelo ecuatoriano de excelencia.

Los resultados de la implementación del eje de acción de Regulación y Control será evaluado anualmente por la Dirección de Planificación, en coordinación con el equipo técnico de apoyo, la Coordinación General de Regulación de TTTSV y la Dirección para la mejora de Regulación y Control de SENPLADES; aplica la metodología de diagnóstico para obtener el índice de capacidad institucional regulatoria (ICIR) misma que refleja:

Tabla 16 - Cumplimiento del fin y propósito del Plan de Excelencia ANT

FIN Y PROPÓSITO	Indicadores	Resultado alcanzado	Resultado alcanzado	Meta
		2014	2015	2015
FIN: Aportar al Objetivo 1 del Plan Nacional del Buen Vivir, de Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular, con su Política 1.5 que es Afianzar una gestión pública inclusiva, oportuna, eficiente, eficaz y de excelencia.	A Diciembre del 2017 lograr el 50% del Índice de Capacidad Institucional Regulatoria (ICIR)	37%	47%	44%
PROPÓSITO: Implementar un modelo y plan de excelencia para desarrollar las capacidades institucionales necesarias que permitan brindar servicios con calidad y calidez y aporten a la emisión de soluciones regulatorias en función de los riesgos que afectan al orden social.	A Diciembre del 2017 se ha implementado el 100% del Plan de Excelencia. Linea Base al 2013: 0%	51%	69%	67%

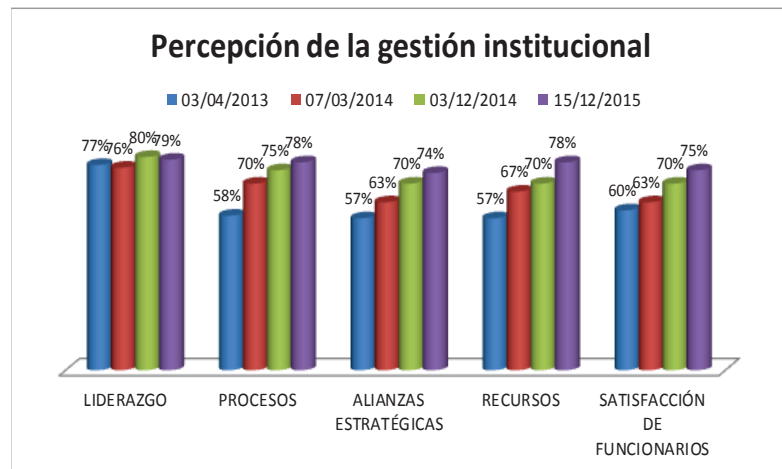
Elaborado: Jhadira Proaño

La ANT realiza la medición de la percepción que tienen los servidores de ANT sobre la gestión institucional para ello se tomó como base la metodología del Análisis Institucional y Organizacional (AIO) desarrollado por una Consultora Canadiense Universalia y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC) los elementos de análisis se abordaron utilizando una serie de preguntas que fueron colocadas en encuestas realizada a todo el personal de la ANT cuyos resultados se pueden observar en la tabla 17:

Tabla 17 - Diagnóstico institucional ANT 2013-2015

COMPARTIVO DE INDICADORES DE DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE LA ANT 2013-2015					
	03/04/2013	07/03/2014	03/12/2014	15/12/2015	Crecimiento
LIDERAZGO	77%	76%	80%	79%	-1%
PROCESOS	58%	70%	75%	78%	4%
ALIANZAS ESTRATÉGICAS	57%	63%	70%	74%	6%
RECURSOS	57%	67%	70%	78%	11%
SATISFACCIÓN DE FUNCIONARIOS	60%	63%	70%	75%	7%

Crecimiento 27%



Metodología: AIO-Fundación Canadiense de Universalia
Número de encuestas: 775 funcionarios a nivel nacional
Elaborado por: Dirección de Talento Humano ANT/ Subdirección
Fecha: Diciembre 2015

Elaborado: Jhadira Proaño

Los datos revelan un crecimiento sostenido de las variables analizadas en los últimos 3 años, crecimiento que se obtuvo por la implementación de las acciones de mejora que se evidenciaron tras la autoevaluación inicial al determinar la línea base del Modelo Ecuatoriano de Excelencia. Con la aplicación de esta metodología, la Agencia Nacional de Tránsito evidencia un crecimiento del 27%

De igual manera, la SENPLADES realiza el análisis de la evolución de las capacidades institucionales regulatorias de las Instituciones de Regulación y Control, la ANT refleja los datos que se muestran en la tabla 18.

Tabla 18 - Evolución de las capacidades institucionales regulatorias de la ANT

Denominación de componentes del índice ICIR 2014	Equivalencia de los componentes del índice ICIR 2015	2014	2015	Meta 2016
Implementación de la regulación y el control	Implementac. y cumplim. de regulación	47%	58%	60%
Alternativas regulatorias	Diseño de nuevas acciones regulatorias	58%	46%	58%
Análisis de riesgos	Riesgos	25%	66%	66%
Diseño y revisión regulatoria	Revisión Regulatoria	26%	60%	58%
Política regulatoria	Planificación Regulatoria	38%	33%	50%
Monitoreo y evaluación de la regulación	Monitoreo y evaluación de regulación	22%	17%	10%
Índice de Capacidad Institucional Regulatoria		36%	47%	50%

Elaborado: Jhadira Proaño

Los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas a la Agencia Nacional de Tránsito se resume en la tabla 19.

Tabla 19 - Tabla resumen de las evaluaciones de la ANT respecto al MEE

Primera Evaluación – Determinación de la línea base año 2014	Segunda Evaluación año 2015
Se evidencia una débil identificación de la planificación estratégica por parte del personal de la ANT.	Se evidencia mejor nivel de liderazgo, los planes y proyectos se encuentran alineados a la planificación estratégica y se han incluido a grupos de interés para la ejecución y seguimiento de los proyectos.
La Agencia Nacional de Tránsito no realiza revisión y mejora de su misión, visión y valores institucionales.	Se muestra mejora en el clima laboral de la Agencia Nacional de Tránsito, se motiva al cliente interno y se generan compromisos de apoyo.
La ANT no integra a los grupos de interés para la mejora de los servicios.	Se muestra interés en la mejora de procesos, al iniciar la automatización de los mismos con el apoyo de empresas privadas e instituciones públicas, así mismo se implementan sistemas de gestión de calidad como muestra del compromiso con el usuario.

<p>La ANT cuenta con un nivel bajo de empoderamiento, mismo que no se mide, pero las decisiones son tomadas solamente por el personal de nivel jerárquico superior.</p>	<p>Se evidencia la participación del usuario para la mejora del servicio por medio de encuestas, facilitando así la identificación de fallas y retrasos en los procesos.</p>
<p>No se establece mecanismos de control y mejora continua de la gestión de la Agencia Nacional de Tránsito.</p>	<p>Se realiza un mejor seguimiento de los proyectos que ejecuta la Agencia Nacional de Tránsito al ser estos ingresados en la herramienta Gobierno por Resultados (GPR), del mismo modo los indicadores por Dirección muestran una tendencia en la misma herramienta para facilitar la toma de decisiones en base a resultados reportados de manera mensual.</p>
<p>Para mejorar el desempeño del personal se gestiona capacitación e inducción, mas no se realiza ningún reconocimiento al buen desempeño del mismo.</p>	<p>Con el fin de la mejora de los servicios prestados al cliente interno, la ANT evidencia la implementación del Ranking Interno que permite la revisión, medición y evaluación periódica de las diferentes Direcciones que son parte de la Institución.</p>
<p>La institución no toma en cuenta a todos los grupos e interés para la elaboración de la reglamentación establecida como el código de ética.</p>	<p>El compromiso de la ANT con el usuario y la calidad del servicio prestado se evidencia en la aplicación de un manual de puestos aprobado con el fin de garantizar personal capacitado de acuerdo a las funciones a ejecutar en cada uno de los puestos de la Institución.</p>
<p>Por redespiegue de la herramienta Gobierno por Resultados (GPR), la ANT no cuenta con mediciones que permitan identificar tendencia para la toma de decisiones.</p>	<p>La Agencia Nacional de Tránsito, si bien ha iniciado la descripción de algunos procesos, no cuenta con una cultura y gestión transversal por procesos.</p>
<p>Se implementa mecanismos de mejora como la mesa de servicios en una provincia, mas no se la replica a nivel nacional.</p>	<p>Si bien la institución evidencia mediciones y cumple con los indicadores establecidos, no muestra medir aspectos como: capacidad de altos y medios directivos para dirigir la institución, igualdad de oportunidades, condiciones ambientales, disposición de lugares, entre otros.</p>
<p>La Agencia Nacional de Tránsito no realiza auditorías a los procesos informáticos haciendo vulnerable la información.</p>	<p>El análisis AIO evidencia la mejora progresiva en los ejes que mide esta herramienta: liderazgo, procesos,</p>

	alianzas estratégicas, recursos, satisfacción de funcionarios.
	El índice de capacidad institucional regulatoria medido por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) muestra una mejora del 30% respecto al año 2014.

Elaborado: Jhadira Proaño

3.4.2 Fortalezas y debilidades.

3.4.2.1 Fortalezas

La ANT cuenta con el respaldo de sus directivos para el cierre de las brechas identificadas en la autoevaluación y plasmadas como áreas de mejora en el Plan de Mejora de la ANT.

La ANT ha trabajado en la generación de una cultura organizacional de excelencia a través de su Plan de Excelencia Institucional en el que se contempla los grupos de generadores de acción quienes aportan al mejoramiento del clima laboral.

La ANT ha elaborado la taxonomía de servicios, misma que ha sido ingresada en la herramienta GPR para ser posteriormente fuente de consulta de trámites al usuario.

La ANT fomenta actividades que mejoran el clima laboral en sus servidores con el fin de obtener mejores resultados y el cumplimiento de las metas propuestas.

3.4.2.1 Debilidades

La ANT por ser una Institución Pública, tiene como limitante el factor económico por lo que algunos planes establecidos no pueden ser ejecutados adecuadamente.

Falta de adaptación de los servicios al entorno digital.

La ANT no cuenta con una cultura de medición de los procesos para determinar las posibles áreas de mejora y planes para el cierre del proceso de mejora continua.

La ANT no cuenta con el personal suficiente para la implementación de planes de mejora.

La falta de presupuesto no permite ejecutar planes de capacitación al personal, así como procesos de automatización y certificación de servicios bajo normas de calidad.

3.4.3 Priorización de criterios a mejorar.

La Agencia Nacional de Tránsito y su equipo de auto evaluadores responsables de las áreas que implican cada uno de los criterios se reúnen y analizan en sentido de relevancia e impacto (en una escala de 1 a 5), la prioridad que se le va a dar a cada área de mejora,

se tomaron en cuenta aquellas que en su multiplicación obtuvieron un puntaje mayor o igual a 16, resultando un total de 35 áreas de mejora priorizadas de los criterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, distribuidas como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20 - Porcentaje de áreas de mejora respecto a cada criterio priorizado

CRITERIO	PORCENTAJE
1. Liderazgo	23%
2. Estrategia y Planificación	40%
3. Talento Humano	9%
4. Alianzas y Recursos	3%
5. Procesos	9%
6. Resultados Orientados a Ciudadanos	6%
9. Resultados Clave de Rendimiento Institucional	11%

Elaborado: Jhadira Proaño

El detalle de las áreas de mejora priorizadas se muestra en el **anexo U**, en este Plan de Mejora se evidencia el área a mejorar según el subcriterio evaluado, la Dirección responsable, los parámetros de priorización, el plan de mejoramiento, tiempo de ejecución del Plan de Mejoramiento y los recursos a utilizar para cumplir con la mejora.

3.5. DETERMINACIÓN DE ESTRATEGIAS Y PLAN DE MEJORA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA

3.5.1 Estrategias para el cumplimiento de los requisitos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia en la ANT.

Para el establecimiento de las estrategias que se aplicarán para el cumplimiento de los requisitos del Modelo Ecuatoriano de Excelencia se utiliza la metodología de las 5 W + H que consiste en responder seis preguntas: Qué (WHAT), Por qué (WHY), Cuándo (WHEN), Dónde (WHERE), Quién (WHO) y Cómo (HOW), consiste en una especie de lista de verificación mediante la que se establece las estrategias para implementar una mejora.

Tabla 21 – Estrategias para el cumplimiento de los requisitos del MEE

¿QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿QUIÉN?	¿DÓNDE?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?
Cumplimiento de las áreas de mejora identificadas	Son las brechas para el cumplimiento de lo requerido por el Modelo Ecuatoriano de Excelencia	Responsables de cada área	Dirección en la que se determinó el área de mejora	Ingreso una vez al año	Incluir las actividades del plan de mejora en los planes y proyectos de cada una de las Direcciones de la ANT (herramienta GPR), seguimiento mensual. Incluir las actividades del plan de mejora en el Plan Nacional de Simplificación de Trámites 2016.
Calidad de los servicios de la ANT	Denuncias recibidas por parte del usuario	Responsables de cada área	Dirección Provincial del Guayas	dic-15	Certificar la Oficina de Atención al Usuario Samborondón bajo la Norma ISO 9001:2008. Capacitar al personal de la Oficina de Atención al Usuario Samborondón y a las áreas de apoyo en Matriz-Quito en el Sistema de Gestión de Calidad implementado en la Dirección Provincial del Guayas.
Acceso a servicios de la ANT	Demora en la prestación de los servicios de la ANT	Dirección de Tecnologías de la Información-Desarrollo Institucional	ANT-Matriz	dic-15	Automatizar los servicios, contratar una empresa consultora para el desarrollo de los servicios web. Comunicar al usuario Una vez automatizados los servicios para su adecuado acceso.
Clima laboral de la ANT	No se realizan actividades que propicien la mejora del clima laboral	Subdirección Ejecutiva	ANT a nivel nacional	Cada año	Ejecutar periódicamente la campaña "La ANT se refleja en tu puesto de trabajo"

Elaborado: Jhadira Proaño

3.5.2 Plan de mejora del Modelo Ecuatoriano de Excelencia en la ANT.

La Agencia Nacional de Tránsito luego de determinar en su autoevaluación los puntos fuertes y las áreas de mejora para cada criterio, en conjunto con los responsables de los mismos se elabora el Plan de Mejora para el cumplimiento del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, mismo que deberá ser ejecutado durante los próximos dos años previo a la evaluación para el cumplimiento y postulación al tercer nivel de excelencia, según este Modelo.

El Plan de Mejora elaborado por la Agencia Nacional de Tránsito se elabora de acuerdo a lo establecido en el Formulario F-06 Plan de Mejoramiento, y se muestra en el **anexo V**.

En el Plan de Mejora se incluyen las áreas de mejora, es decir, las actividades que permiten cerrar el ciclo de Deming para la mejora continua y que fueron identificadas al realizar la autoevaluación, se muestra también la Dirección a cargo de la actividad, los parámetros con los que se realizó la priorización para determinar en términos de relevancia e impacto, para la subsanación en el corto plazo, también muestra el Plan de mejoramiento en donde se colocó la acción a tomar, entre otros parámetros que permiten el seguimiento de las actividades a ser ejecutadas en el plan, mismo que contiene las columnas que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22 - Modelo Plan de Mejora ANT

PLAN DE MEJORA AUTOEVALUACIÓN 2DO NIVEL DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA											
			Parámetros de priorización					Tiempo de ejecución del Plan de Mejoramiento			
Subcriterio	Área de mejora	Dirección	Relevancia	Impacto	Priorización	Plan de mejoramiento	Responsable	Plazo	Fecha inicio	Fecha de finalización	Recursos

Elaborado: Jhadira Proaño

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

En el estudio realizado se determina que la Agencia Nacional de Tránsito presentó una línea base con el cumplimiento de 81.21% de requisitos mínimos, siendo el 80% el cumplimiento mínimo para aplicar al Modelo Ecuatoriano de Excelencia, es decir la Institución al 2014 contaba con apenas el puntaje para acceder a la aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia (MEE).

La implementación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia en la Agencia Nacional de Tránsito presentó dificultad en la implementación debido a la resistencia al cambio de los servidores públicos, falta de control de procesos, falta de retroalimentación a todos los niveles de la Institución, la cultura de las instituciones públicas aún está marcada por procesos burocráticos con poca orientación al usuario, además que a la fecha de análisis de la línea base no cuenta con personal con perfiles de acuerdo al puesto, esto ligado a la restricción de presupuesto para mejora y automatización de procesos hace que la aplicación de un modelo de excelencia tenga un alto grado de dificultad.

Una vez implementadas las oportunidades de mejora detectadas en la determinación de la línea base, en la siguiente evaluación, la ANT cumple con un puntaje de 310.1 puntos de un total de 1000, accediendo al nivel Organizado del Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

Los resultados que se obtuvieron en los criterios facilitadores en la autoevaluación realizada en el año 2015 son:

- **Liderazgo: 50.1:** evidencia mayor involucramiento del nivel jerárquico superior con el cumplimiento de la planificación estratégica, además de que se ha iniciado un proceso de involucramiento del personal operativo con temas institucionales para la mejora de los servicios y clima laboral, mas, no se cuenta con información que permita determinar necesidad de cambio del direccionamiento estratégico. La falta de información recolectada no permite a los líderes de la Agencia Nacional de Tránsito tomar decisiones respecto al cambio o modificación del Estatuto Orgánico o Manual de Puestos.
- **Estrategia y planificación: 42.8:** evidencia mejor administración de la herramienta Gobierno por Resultados (GPR). Se cuenta con informes periódicos de resultados, lo que contribuye a una mejor planificación y revisión de misión, visión y objetivos,

mas no existe una cultura de mejora continua ni revisión de variables que afecten al desarrollo de la Agencia Nacional de Tránsito.

- **Talento Humano: 36.4:** evidencia acciones de mejora de la Agencia Nacional de Tránsito como contar con un Plan Estratégico de Talento Humano, Manual de Descripción y Valoración de Puestos, procedimiento de Reclutamiento, Selección y Contratación de Personal, mas no se realizan actividades que contribuyan al crecimiento del personal.
- **Alianzas y recursos: 38.4:** evidencia el compromiso de la Agencia Nacional de Tránsito al realizar convenios interinstitucionales Públicos y Privados. Existe mejora de la accesibilidad de información del usuario así como la seguridad de la información, además se vela por el cuidado y mantenimiento de bienes, mas no se ha realizado un análisis de riesgos (decisiones financieras) y no se cuenta con un análisis para identificación de necesidades de remodelación y mantenimiento de instalaciones y bienes de larga duración.
- **Procesos: 36.4:** se evidencia un involucramiento parcial de los grupos de interés para la mejora de los procesos de la Agencia Nacional de Tránsito. No se cuenta con la totalidad de procesos identificados y descritos, no hay identificación de responsables de los mismos.

Los resultados que se obtuvieron en los criterios de resultados en la autoevaluación realizada en el año 2015 son:

- **Resultados orientados a los ciudadanos/usuarios: 43.5:** la Agencia Nacional de Tránsito evidencia información de encuestas internas y externas acerca de la calidad de los servicios brindados al usuario, mas no existe tendencia ni continuidad de las mediciones, lo que dificulta la toma de decisiones.
- **Resultados de talento humano: 26.5:** la Agencia Nacional de Tránsito ha realizado actividades para el desarrollo de su personal, mas no se cuenta con mediciones que muestren una tendencia, no se ha realizado un análisis de los resultados con los que se cuenta.
- **Resultados de responsabilidad social: 12:** la Agencia Nacional de Tránsito ha realizado actividades que contribuyen con la responsabilidad social, mas no se ha

realizado seguimiento a las mismas ni evaluación a los resultados que éstas han generado.

- **Resultados clave del rendimiento institucional: 24:** la Institución ha realizado evaluaciones respecto a actividades importantes que reflejan el desarrollo de la misma, como la calidad de los servicios, capacidad regulatoria, inspecciones a escuelas de conducción y operadoras de transporte, entre otras, mas no se ha ejecutado planes de acción para mejorarlos, además que existen otros temas fundamentales que no han sido medidos.

La implementación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia ha contribuido para el crecimiento del nivel de percepción de la gestión institucional obtenido del análisis AIO (Análisis Institucional Organizacional), mismo que para el año 2015 refleja ser 27% más alto que en el año 2014.

La implementación de las actividades que se consideraron en el Plan de Mejora luego de la autoevaluación en el año 2014 aportó a la mejora del índice de capacidad institucional regulatoria en un 11% respecto al obtenido en el año 2014.

La implementación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia aporta a la ejecución del Plan de Excelencia establecido por la Agencia Nacional de Tránsito en el que se mide el cumplimiento de la planificación estratégica institucional, al respecto de acuerdo al fin se obtuvo un resultado de 47% en el año 2015 frente al 37% con el que se contó en el año 2014, además, el propósito del mencionado plan alcanzó un 69% en el año 2015 frente al 51% con el que se contó en el año 2014.

La implementación de un panel de control para el monitoreo del proceso de Renovación de Licencias de Conducir no Profesionales, permitió mejorar el seguimiento y monitoreo del mismo, así como la identificación de no conformidades, tiempos muertos, cuellos de botella, fallas en el sistema o en dispositivos, entre otros.

La ANT ha logrado alcanzar el nivel de madurez institucional Organizado de acuerdo al Modelo Ecuatoriano de Excelencia, de la evaluación realizada se han identificado oportunidades de mejora que permitirán a la Institución, luego de aplicarlas, acceder a una siguiente evaluación para ascender un peldaño más hacia un servicio de excelencia.

Respecto al análisis de los modelos de excelencia se puede concluir que el Modelo Ecuatoriano de Excelencia es una adaptación del Modelo EFQM (Modelo Europeo de Calidad) y del Modelo Iberoamericano, poseen los mismos ocho principios, mientras que el

Modelo de Deming considera catorce y el Modelo Malcolm Baldrige once. El Modelo Deming enfoca sus principios de una manera más técnica en cuanto a consideraciones para su aplicación, no considera ningún criterio de enfoque al cliente. Tanto el Modelo Ecuatoriano de Excelencia como los demás estándares analizados cuentan con un sistema de retroalimentación similar, el Modelo Malcolm Baldrige y el Modelo Iberoamericano cuentan con un elemento menos respecto a los demás estándares analizados, no consideran la evaluación en el sistema de retroalimentación. Todos los modelos analizados consideran primordial el liderazgo para su cumplimiento y la retroalimentación un factor clave para el proceso de mejora continua.

4.2. RECOMENDACIONES

Realizar el seguimiento a los planes de mejora establecidos para el cierre de brechas de los niveles de madurez institucional determinados.

Capacitar más servidores como autoevaluadores con el fin de que se logre mejor consenso al momento de evaluar los criterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia.

Retroalimentar al personal directivo y servidores públicos miembros de la Agencia Nacional de Tránsito los resultados obtenidos en las autoevaluaciones con el fin de que se tome conciencia y se genere compromiso por las partes que conforman la Agencia Nacional de Tránsito para mejorar la prestación de los servicios al cliente interno y externo de la Institución.

Se recomienda poner énfasis en el adecuado seguimiento a la herramienta Gobierno por Resultados (GPR) debido a su importancia en el monitoreo de los proyectos e indicadores que en esta se reflejan.

Se recomienda identificar en cada proceso el ciclo de mejora continua con el fin de que monitorear y establecer planes de mejora constantes para brindar servicios de calidad al usuario.

Comunicar al personal los logros y mejoras alcanzadas con la implementación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia con el fin de generar compromiso de trabajo diario eficiente en busca de la mejora constante.

Tomar en cuenta las opiniones del personal que se encuentra a diario en el front de la Agencia Nacional de Tránsito para la mejora de los servicios ya que son ellos los que saben las necesidades y expectativas reales de los usuarios.

Realizar grupos focales en los que intervengan todas las partes interesadas para determinar mejoras sustanciales y aplicables en los servicios de la Agencia Nacional de Tránsito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabo, J. (2014). *Criterios del Modelo Europeo de Calidad Total y Excelencia de la EFQM*. Madrid: Díaz de Santos.
- (CAF), A. p. (2013). *Agencia de Evaluación y Calidad*. Obtenido de Ministerio de hacienda y administraciones públicas:
http://www.aeval.es/es/difusion_y_comunicacion/actual
- Climent, S.(2003). *Cyta.com.ar*. Obtenido de
http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/2_modelos_oficiales/2_modelos_oficiales.htm
- Consultores, A. (07 de 09 de 2013). Obtenido de <http://www.aiteco.com/matriz-de-priorizacion/>
- Cubino, R. L. (2001). *Ministerio de Educación Cultura y Deporte*. Obtenido de Modelo Europeo de Excelencia: [http://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos de gestión de calidad.pdf](http://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gesti3n%20de%20calidad.pdf)
- Deming, E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Department of Health & Human Services, U. (8 de junio de 2010). *FDA U.S Food and Drug Administration*. Recuperado el 22 de Febrero de 2013, de <http://www.fda.gov/AboutFDA/Transparency/Basics/EnEspanol/ucm214754.htm>
- Dinamicas territoriales rurales. (7 de noviembre de 2008). *RIMISP Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural*. Recuperado el 5 de marzo de 2013, de http://www.rimisp.org/proyectos/noticias_proy.php?id_proyecto=180&id_=276
- Flick. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid.
- FUNDIBEQ. (s.f.). *Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad*. Obtenido de <http://www.fundibeq.org/modelo-excelencia>
- González, I. (2004). Modelos de evaluación de la calidad orientados a la mejora de las instituciones educativas. *Revista de Educación*, 15.

- ISO19011, 2. (2011). Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión. Ginebra, Suiza: Secretaría Central de ISO en Ginebra.
- ISO9000, 2. (2005). Sistemas de gestión de la calidad -Fundamentos y vocabulario. Ginebra, Suiza: Secretaría Central de ISO en Ginebra.
- ISO9001, 2. (2008). Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos.
- ISO9004, 2. (2009). Gestión para el éxito sostenido de una organización - Enfoque de gestión de la calidad. Ginebra, Suiza: Secretaría Central de ISO en Ginebra.
- Membrado, J. (1996). Modelo Europeo de la Calidad Total para Empresas Hoteleras. *Instituto de Estudios Turísticos*.
- Membrado, J. (2002). *Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Miranda, F. (2007). *El modelo de gestión de la calidad total*. España: Jacaryan S.A.
- Miranda, F. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. Madrid: Delta.
- Nacional, A. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Nieto, C. d. (8 de Septiembre de 2006). *cursospaises.campusvirtualsp.org*. Recuperado el 2016, de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/47212/mod_resource/content/0/Modulo_V/Comparacion_entre_modelos_de_gestion_de_calidad_total.pdf
- Parlamento Europeo, C. (28 de enero de 2002). *Eur-lex Europa*. Recuperado el 23 de febrero de 2013, de <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/2101/1/CD-2881.pdf>
- Pública, S. N. (2014). *Secretaría Nacional de la Administración Pública*. Obtenido de Programa Nacional de Excelencia: http://www.administracionpublica.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/05/PROEXCE-_-Documento-Descriptivo21.pdf
- Pública, S. N. (2015). *Modelo Ecuatoriano de Excelencia*.
- Ramírez, J. (1999). *Construir con Calidad. El método Deming aplicado en obra*.
- Sánchez, M. (2005). *Calidad total: modelo EFQM de excelencia*. España: ARTEGRAF S.A.

Secretaría Nacional de la Administración Pública, S. (2014). Programa Nacional de Excelencia . Ecuador.

tuveras.com. (2015). Recuperado el 2016, de <http://www.tuveras.com/calidad/gestion/TQM.html>

Vértice, E. (2010). *Gestión de la calidad (ISO 9001/2008)*. España: Editorial Vértice.

ANEXOS

ANEXO A – Formulario de intervención CRITERIO 1: LIDERAZGO

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Liderazgo
SUBCRITERIO: 1.1 Dirigir a la organización desarrollando su misión, visión y valores

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
REQUISITOS MÍNIMOS								
1	La institución no tiene un Plan de Comunicación que contemple algún mecanismo/medio/metodología de comunicación de la misión, visión y valores. La institución ha diseñado y planificado un Plan de Comunicación el cual contiene mecanismos/medios/metodologías de la difusión de la misión, visión y valores. La institución tiene un Plan de Comunicación debidamente aprobado por la máxima autoridad, el cual evidencia a) mecanismos/medios/metodología de la difusión de la misión, visión y valores. La institución está implementando o aplicando un Plan de Comunicación que contenga mecanismos/medios/metodología de la difusión de la misión, visión y valores. La institución controla o revisa que la misión, visión y valores es de conocimiento del personal, y a partir de este control se ajusta lo que sea necesario. Un mecanismo de control puede darse a través de encuestas aleatorias al personal sobre el conocimiento de la misión, visión y valores (Existen registros y/o evidencias de dicha práctica).	0%	Verificación de conocimientos de los servidores públicos de la misión y visión institucional a través de encuestas. * Plan de comunicación debidamente aprobado que contemple el despliegue de la misión, visión y valores institucionales. * Hoja de Ruta con la implementación del Plan de comunicación a nivel central y descentralizado. * Actas de aprobación de la Hoja de Ruta por parte de la máxima autoridad. * Mecanismos de sondeo de conocimiento de la misión, visión y valores en el personal de la institución, incluido en	Tiene un doc quiquix con cronograma en donde la máxima autoridad aprueba el Plan de Excelencia Institucional, que incluye el programa de gestión de cambio y a su vez se cuenta con el detalle del cronograma de gestión de cambio en el que consta la implementación de canales de comunicación interna que se utilizarán para la socialización de la misión, visión y valores. Se cuenta con evidencias de fotografías y videos de la socialización realizada y la metodología aplicada.	Quiquix de documento de aprobación, informe, cronogramas, metodología		No se ha realizado la etapa de control de la misión, visión y valores de la entidad ya que están en etapa de difusión	
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)								
1	Formular y desarrollar la misión y la visión de la organización, involucrando a los grupos de interés y empleados.							
2	Establecer un marco de valores alineado con la misión y visión de la institución, respetando el marco general de los valores del sector público.							Informe de gestión
3	Asegurar una comunicación de la misión, visión, valores, objetivos estratégicos y operativos más amplia, a todos los empleados de la institución y a otros grupos de interés.							Fotos de publicación de misión y visión
4	Revisar de forma periódica la misión, visión y valores, reflejando tanto los cambios de nuestro entorno externo (por ejemplo; político, económico, sociocultural, tecnológico, demográfico).							Plan Estratégico
5	Desarrollar un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos y a la vez que apoye al personal que trata con dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto.							Plan de
6	Gestionar la prevención de la corrupción, identificando potenciales áreas de conflictos de intereses y facilitando directrices a los empleados sobre cómo actuar en estos casos.							Quiquix de reunión de validación y acta
7	Reforzar la confianza mutua, lealtad, respeto entre líderes/directivos/empleados (por ejemplo; Monitorear la continuidad de la misión, visión y valores; Reevaluar y recomendar normas para un buen liderazgo.							

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Liderazgo
 SUBCRITERIO: 1.2 Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
					Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
REQUISITOS MÍNIMOS							
		No se hacen revisiones de resultados como una práctica de cultura hacia la excelencia.	0%				
		Los líderes de la institución (Máxima autoridad/Directivos) aplican o desarrollan prácticas de la revisión de resultados de la gestión institucional al menos una vez al año.	25%	Informes, Actas de Reunión/Registros de revisión/Reportes, etc			
2	Se revisan mensualmente los resultados de toda la gestión institucional en una práctica liderada por los líderes de la institución (Máxima autoridad/Directivos) como camino hacia una cultura de excelencia.	Los líderes de la institución (Máxima autoridad/Directivos) aplican o desarrollan prácticas de la revisión de resultados de la gestión institucional al menos cada tres meses.	50%	Informes, Actas de Reunión/Registros de revisión/Reportes, etc	Realizan reuniones periódicas de staff al menos 1 vez cada 3 meses <u>Actas de las últimas 2 o 3 reuniones</u>		
		Los líderes de la institución (Máxima autoridad/Directivos) aplican o desarrollan prácticas de la revisión de resultados de la gestión institucional al menos mensualmente, ya partir de estas revisiones se toman las decisiones respectivas para la mejora de la gestión y prestación de los servicios.	100%	Informes, Actas de Reunión/Registros de revisión/Reportes, etc			
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejes ejemplares)							
1	Definir estructuras de gestión adecuadas (niveles, funciones, responsabilidades y competencias) y asegurar un sistema de gestión de procesos y alianzas, acorde a la estrategia, planificación, necesidades, objetivos, de los grupos de interés.				Existen un plan de mejora de servicios Cronograma de mejora de servicios		
2	Identificar y fijar las prioridades de los cambios necesarios relacionados con la estructura, el desempeño y la gestión de la institución/organización.				Ultima reforma al estatuto		
3	Definir resultados cuantificables e indicadores de objetivos para todos los niveles y áreas de la institución/organización, equilibrando las necesidades y recursos de los diferentes grupos de interés y priorizando los más importantes.				Se podría evidenciar en los indicadores del GPR y ranking interno		
4	Desarrollar un sistema de gestión de la información, con aportaciones de la gestión de riesgos.				Existen un rubro dentro del plan de excelencia aprobado por la máxima autoridad plan de gestión de riesgos institucionales se va a contratar una consultoría		
5	Aplicar los principios de GCT e instalar sistemas de gestión de la calidad o certificación como el CAF, el EFQM o la norma ISO 9001:2008				Cronograma aprobado en el que consta el rubro aprobado		
6	Formular y aplicar la estrategia de administración electrónica con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.				Oficina, fotos		
7	Generar condiciones adecuadas para los procesos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.				Indicadores de GPR y ranking interno		
8	Crear condiciones para una eficaz comunicación interna y externa, siendo la comunicación uno de los factores críticos más importantes para el éxito de una organización.				Cronograma y efectuado en la fase de aprobación		
9	Generar el compromiso de los líderes/directivos hacia la mejora continua e innovación, promoviendo una cultura de innovación, así como la mejora continua y el desarrollo de los líderes de la institución.				Panel, listados, correos, generadores de acción y mail masivos de comunicados internos, reuniones de		
10	Comunicar las iniciativas que motiven el cambio y los ejes esperados a los empleados y grupos de interés relevantes.				Se entrega la premiacón al ranking ya los generadores de acción a través de certificados, plines y memorando otorgado por el IMM.		

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Liderazgo
 1.3 Motivar y apoyar a las personas de la organización y actuar como modelo de referencia

SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
No hay requisitos mínimos para este Subcriterio. Por consiguiente no se considera para la puntuación.									
REQUISITOS MÍNIMOS									
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Predicar con el ejemplo, actuando en concordancia con los objetivos y valores establecidos. Promover una cultura de confianza mutua y de respeto entre líderes y empleados, con medidas proactivas de lucha contra todo tipo de discriminación.					Se solicita a los empleados que se pongan al día en deudas y multas Se solicita a todos los actores involucrados Resultados de encuesta de percepción de capacidades institucionales Se ha dotado de mejores instalaciones para los empleados. Informe de retroalimentación en el que se indica en que se está fallando para que se genere el cambio y para apoyar al cumplimiento de objetivos a través de planificación.	Comunicado por Zimbza Fotografías Percepción de capacidades institucionales (Plan de Acción Institucional) Informe de avance de infraestructura Informe de errores cometidos a que		
3	Informar y consultar de forma periódica a los empleados asuntos claves relacionados con la institución.								
4	Apoyar a los empleados en el desarrollo de sus tareas, planes y objetivos para impulsar la consecución de los objetivos generales de la organización.								
5	Retroalimentar a todos los empleados, para mejorar el desempeño tanto grupal como individual.								
5	Animar, fomentar y potenciar a los empleados mediante la delegación de autoridad, responsabilidades y competencias, incluso en la rendición de cuentas.								
7	Promover una cultura del aprendizaje y animar a los empleados al desarrollo de sus competencias.								
8	Mostrar la voluntad personal de los líderes de recibir las recomendaciones/propuestas de los empleados, facilitando una retroalimentación constructiva.								
9	Reconocer y premiar los esfuerzos tanto individuales como de los equipos de trabajo.								
10	Respetar y responder a las necesidades y circunstancias personales de los empleados.								
						Presentar las buenas prácticas en el Comité Estratégico por Procesos, se tiene un convenio que aún no se ejecuta para crear cultura con expertos de Chile y CENESID para crear nuevas carreras de transporte Oficio de aceptación de los consultores chilenos			
						Se otorgan permisos al personal según la necesidad y amparados en la normativa			

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Liderazgo
SUBCRITERIO: 1.4.Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
		No hay requisitos mínimos para este Subcriterio. Por consiguiente no se considera para la puntuación.							
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Desarrollar un análisis de los grupos de interés definiendo sus principales necesidades, tanto actuales como futuras y compartir estos datos con la organización.					Lo que indica la Dirección de Regulación que mantiene reuniones con las federaciones de transporte para revisar las reformas.	Actas , fotos de reuniones de socialización		
2	Ayudar a las autoridades políticas a definir las políticas públicas relacionadas con la organización.								
3	Identificar las políticas relevantes e incorporarlas a la organización.								
4	Comprobar que los objetivos y metas para productos y servicios ofrecidos por la organización están alineados con las políticas públicas y las decisiones políticas. Y llegar a acuerdos con las autoridades políticas a cerca de los recursos necesarios.					Convenios interinstitucionales de infraestructura	Convenios		
5	Involucrar a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización.					Se realiza plan estratégico con instituciones aliadas como Policía Nacional	Quipux		
6	Mantener relaciones periódicas y proactivas con las autoridades políticas de las áreas ejecutivas y legislativas pertinentes.								
7	Desarrollar y mantener alianzas y trabajo en red con grupos de interés importantes (ciudadanos, organizaciones no gubernamentales (ONGs), grupos de presión y asociaciones profesionales, industria, otras autoridades públicas, etc)								
8	Participar en las actividades organizadas por asociaciones profesionales, organizaciones representativas y grupos de presión.					Mantienen alianzas con el INEN, MTOP, CTE u otros institutos nacionales e internacionales	Convenios		
9	Construir y promover el conocimiento público; reputación y reconocimiento de la organización y sus servicios.					Posee cronograma aprobado en el que se planifico plan de posicionamiento de la ANT	Cronograma Plan de excelencia donde incluye el rubro del plan de posicionamiento de la ANT		
10	Desarrollar un concepto específico de marketing para productos y servicios, que se enfoque en los grupos de interés.					Tienen campañas sobre los servicios que tienen	Video institucional colocado en las pantallas de atención al público		

ANEXO B – Formulario de intervención CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Estrategia y Planificación

SUBCRITERIO: 2.1 Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés, así como información relevante para la gestión

					INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN					
N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora	
REQUISITOS MÍNIMOS										
3	La institución cuenta con su Informe de "Análisis de Presencia Institucional en Territorio" aprobado como producto institucional en territorio. El informe debe tener en cuenta los siguientes elementos: misión y visión, tipología de desconcentración, detalle de competencias y facultades, nivel de concentración, detalle del funcionamiento en territorio con criterios técnicos de ubicación, flujos de relacionamiento intra e interinstitucional.	<p>No cuenta con el Informe de Análisis de Presencia Institucional en Territorio aprobado como producto institucional en territorio.</p> <p>Existe una primera revisión del Informe, en la que se presentarán las observaciones generadas.</p> <p>Existe una segunda revisión del Informe en la que se define si el producto cumple con los criterios técnicos necesarios a nivel institucional y territorial (claridad en el documento).</p> <p>Informe de Análisis de Presencia Institucional en Territorio validado y aprobado</p>	<p>0%</p> <p>25%</p> <p>50%</p> <p>100%</p>	<p>Correo electrónico remitido.</p> <p>Correo electrónico remitido.</p> <p>Oficio de aprobación del Informe de Análisis de Presencia Institucional en Territorio</p>		<p>Si cuenta con el Informe Aprobatorio de Análisis de Presencia Institucional en Territorio</p>				
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)										
1	Identificar todos los grupos de interés, relevantes y comunicar los resultados a la organización en su conjunto.					<p>Se realizó un evento de comunicación con todas las Instituciones de Tránsito a Nivel Latinoamericano se desarrolló en Guatemala (exposición), se presentó como país todos los índices de accidentes, se presentó a Ministros Coordinadores, a INDIPIV Direcciones Provinciales, Ministerio del Interior.</p> <p>Se trabaja con SENPLADES en base a estadísticas para mitigar riesgos y generar regulaciones, se trabaja con información recopilada en los transportes terrestres. En la metodología se trabaja con SENPLADES en la capacidad regulatoria de AMAT para hacer un análisis de como se realiza la regulación de cruces y caminos y se realiza el análisis de los accidentes de tránsito en las carreteras. El Director Ejecutivo y la Subdirectora Ejecutiva recibe diariamente a las partes interesadas</p>	<p>Informe de participación del evento</p>			
2	Recopilar, analizar y revisar de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, necesidades, expectativas y respuestas de satisfacción.					<p>Trabajan muy alineados con la herramienta GPR. Tienen un ranking interno para cumplimiento de metas con una desviación de más menos treinta por Dirección matriz o direcciones provinciales y se lo presenta a través de STAF. Se revisa todos los parámetros definidos internamente por ANT y de acuerdo a la Norma de GPR. Cuando hay un exceso de categoría D se realiza la capacitación nuevamente a los coordinadores GPR de las direcciones provinciales y se realiza el STAF. Los Coordinadores GPR se realizan en el 2013. Se envía un informe de retroalimentación mensual de la información cargada en GPR a todas las Direcciones a nivel nacional. Se premia a los directores y su personal que se han mantenido en categoría A y se mantuvo muchas veces en el primer nivel (se analiza la consistencia)</p>	<p>Documentos de trabajo con SENPLADES</p> <p>Evidencia de compromisos acordados con las partes interesadas, conceptualizadas, transportistas</p>			
3	Recopilar de forma sistemática información relevante de gestión, así como información sobre el desempeño/desarrollo de la organización.					<p>Encuesta y los resultados.</p> <p>Metodología del ranking interno de STAF</p> <p>Informe de retroalimentación y fotos premiación y fotos</p>				
4	Analizar de forma sistemática las debilidades y fuerzas internas (por ejemplo: un diagnóstico GCT con CAF o EFOD) incluyendo oportunidades y amenazas (por ejemplo: análisis DAFO, gestión de riesgos, etc)					<p>Se hizo un FOA institucional para elaborar la Planificación estratégica y se realizó dos encuestas marzo 2013 y marzo 2014 utilizando la metodología de la IO direccionadas a medir la percepción de capacidades alineadas al Modelo de Excelencia (mecanismo para evaluar la línea base y el logro alcanzado en modelo de excelencia)</p>	<p>Consolidado de las encuestas y resultados.</p> <p>Informe de gestión (contiene los resultados)</p>			
5	Recopilar, analizar y revisar de forma periódica la información relevante sobre variables: político-culturales, medioambientales, económicas, tecnológicas, demográficas, etc					<p>Se considero para la elaboración del FOA</p>				

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Estrategia y Planificación

2.3 Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la organización y revisarla de forma periódica

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS			INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
				MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora	
13	La entidad ha implementado el GPR (definir si se desplega en el nivel central y territorial y de ser el caso, y los niveles estratégicos y operativos)	GPR no implementado.	0%	Oficio de justificación por retrasos en la implementación de GPR se encuentra determinado. Firma del PAC.	Se realiza la revisión a todos los elementos y está asociado al ranking interno	PAC firmado actualizado				
		GPR está proceso de implementación, por debajo del 50% del cronograma del despliegue.	25%	Lista de participantes de las sesiones conforme al plan aprobado, Plan de Implementación GPR (Cronograma y Eventos)						
14	La entidad cumple con los lineamientos que establece la norma técnica GPR respecto al seguimiento de los planes y proyectos en GPR?	GPR en proceso de implementación, sobre el 50% del cronograma de despliegue.	50%	Man de implementación GPR (Cronograma y Eventos)	Se realiza la revisión a todos los elementos y está asociado al ranking interno	PAC firmado actualizado				
		GPR implementado a nivel central y territorial y a todos los niveles estratégicos y operativos	75%	Documento formal que confirme la aprobación del PAC (Plan Anual Comprometido) firmado por las autoridades en el último año. Estructura orgánica vigente de la institución para verificar despliegue a nivel territorial (si aplica).						
15	La entidad utiliza la información registrada en GPR desde el nivel 1 para la toma de decisiones?	No se cumple con el seguimiento según Norma Técnica GPR y Metodología de Seguimiento desarrollada por la SNIP.	0%	No hay evidencia alguna	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Se cumple solo con el seguimiento a los Proyectos de inversión	33%	Actas de reuniones de seguimiento/convocatoria a reuniones/Compromisos/Acta de asistencias, etc.						
16	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Se cumple solo con el seguimiento a los Planes operativos	33%	Actas de reuniones de seguimiento/convocatoria a reuniones/Compromisos/Acta de asistencias, etc.	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Se cumple solo con el seguimiento a los Planes estratégicos	34%	Actas de reuniones de seguimiento/convocatoria a reuniones/Compromisos/Acta de asistencias, etc.						
17	Todos los proyectos de inversión que constan en el PAI de la entidad están registrados en GPR? (Comparar el PAI Institucional y la información en GPR)	Se hace el respectivo seguimiento de los Planes estratégicos y operativos (Incluyendo Proyectos)	100%	Actas de reuniones de seguimiento/convocatoria a reuniones/Compromisos/Acta de asistencias, etc.	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		No hay evidencia de utilización de la información registrada en GPR desde el nivel 1 para toma de decisiones	0%	No hay evidencia alguna						
18	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Hay evidencia de que se utiliza la información solo para la toma de decisiones a nivel interno.	50%	Actas de reuniones y Resoluciones.	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Hay evidencia de que se utiliza la información solo a nivel inter-institucional (Consejos Sectoriales, Gabinetes Ampliados, Itinerantes, Rendición de cuentas, etc.)	50%	Actas de reuniones y Resoluciones.						
19	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Hay evidencia de que se utiliza la información registrada en GPR para la toma de decisiones a nivel interno e inter-institucional.	100%	Actas de reuniones y Resoluciones.	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Ningún proyecto de inversión de los registrados en el PAI de la entidad constan en GPR.	0%	No hay evidencia alguna						
20	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Más del 50% de los indicadores están actualizados en el sistema GPR.	50%	Reporte Toolkit No. 25	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Más del 50% de los indicadores están actualizados oportunamente actualizados en el último periodo.	50%	Reporte Toolkit No. 25						
21	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Ningún proyecto de inversión de los registrados en el PAI de la entidad constan en GPR.	0%	Reporte Toolkit No. 25	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Más del 50% de los indicadores están actualizados en el último periodo.	50%	Reporte Toolkit No. 25						
22	La entidad reporta oportunamente los resultados de los indicadores de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	Todos los proyectos de inversión que constan en el PAI de la entidad están registrados en GPR.	100%	Reporte Toolkit de proyectos No.10 (GPR) / PAI Institucional del periodo fiscal	Se realiza reuniones y en este evidencias de la formalización de esta actividad	Cronograma, actas de reuniones de eventos, Informe de implementación a los Directores a nivel nacional				
		Más del 50% de los indicadores están actualizados oportunamente actualizados en el último periodo.	50%	Reporte Toolkit de proyectos No.10 (GPR) / PAI Institucional del periodo fiscal						

Indicador	Criterio de Medición	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
18	Todos los Programas y/o Proyectos gestionados por la institución cuentan con un líder / gerente asignado?	Solo existe una designación informal o temporal del líder/gerente de proyecto/programa. No se cuenta con un equipo interno.	Norma Técnica GPR	Se designa un líder o gerente solamente en algunos proyectos pero va en cuenta de la metodología de GPR (como del año anterior para algunos responsables de los proyectos de inversión)
19	La entidad cuenta con un equipo interno GPR?	No hay evidencia de que se cuenta con un equipo interno GPR.	Norma Técnica GPR	Ya se encuentra comunicado a la SNAP y el equipo de la SNAP y interno
20	La entidad cuenta con un equipo interno GPR capacitado en el uso de la herramienta y metodología GPR?	Solo el líder metodológico se encuentra capacitado en GPR.	Norma Técnica GPR	Copias de los certificados de ESA (fundamentos, medición, proyectos y metodológico obligatorio)
21	La entidad reporta resultados de la gestión de sus planes estratégicos y operativos en GPR? (nivel de uso de la herramienta)	No hay evidencia de que en el Plan de Comunicación se reporten resultados de la gestión de sus planes estratégicos y operativos en GPR.	Norma Técnica GPR	Ranking de actualización del último año (todos los meses)
22	La institución ha desarrollado un Plan de Comunicación que incluya entre otros temas importantes su planificación estratégica (Verificar que mecanismos de comunicación estén utilizando y si lo está replicando en todas sus instancias, incluidas oficinas desconcentradas (en caso de existir).	No hay evidencia de que el Plan de Comunicación incluya mecanismos/metodologías/medios de despliegue de comunicación de su planificación estratégica, pero este Plan de Comunicación se encuentra en estado de planificación, aún no aprobado.	Norma Técnica GPR	Se reporta a nivel STAFF
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (continuación con ejemplos)				
1	Desarrollar planes y programas con objetivos y resultados para cada unidad, con indicadores que establezcan el nivel de cambio que se quiere obtener.	Actas de Aprobación/ Documento	Evidencia	Puntos Fuertes
2	Desarrollar y aplicar métodos de medición de rendimiento de la organización a todos los niveles en términos de relación entre la "producción" (productos/servicios y resultados [eficacia]) y entre "producción"/servicios e impacto [eficiencia].	Forma/Plan de Comunicación / Documentos que acrediten la implementación: Fotografías, canales, registros/mecanismos/metodología, etc.	Evidencia	Áreas de Mejora
3	Evaluar las necesidades de reorganización y mejorar las estrategias y métodos de planificación involucrando los grupos de interés.	Actas de Aprobación/ Documento	Evidencia	Áreas de Mejora
4	Comunicar de forma eficaz los objetivos, planes y áreas para su difusión dentro de la institución.	Forma/Plan de Comunicación / Documentos que acrediten la implementación: Fotografías, canales, registros/mecanismos/metodología, etc.	Evidencia	Áreas de Mejora
5	Desarrollar y aplicar métodos para la monitorización, medición y evaluación de los logros de la institución a todos los niveles (departamentos, funciones y orgánogramas), para asegurar la implementación.	Forma/Plan de Comunicación / Documentos que acrediten la implementación: Fotografías, canales, registros/mecanismos/metodología, etc.	Evidencia	Áreas de Mejora

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Estrategia y Planificación
SUBCRITERIO: 2.4 Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio

Nº	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
						Descripción	Evidencia	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS								
No hay requisitos mínimos para este Subcriterio. Por consiguiente no se considera para la puntuación.								
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA(A continuación constan ejemplos)								
1	Crear y desarrollar una nueva cultura para la innovación a través de la formación, el benchmarking y la creación de la bota toros del conocimiento.					Manejo de carpeta compartida para conocimiento del personal de la Institución.		Áreas de Mejora
2	Monitorización sistemática de los indicadores internos para el cambio y de la demanda externa en innovación y cambio.					Ranking interno y en función de ello se generan iniciativas		
3	Debatir sobre la innovación, la modernización planificada y su implementación con los grupos de interés relevantes.							
5	Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación de los cambios planificados.							
6	Equilibrio entre un enfoque para el cambio institucional jerárquico de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.					Se trabaja con una interfaz que recoge las ideas desde el nivel operativo hasta los niveles jerárquicos. Existe mucha apertura por parte de los niveles jerárquicos		
7	Promover el uso de herramientas de administración electrónica para aumentar la eficacia de la prestación de servicios y para mejorar la transparencia y la interacción entre la institución y los ciudadanos/clientes					Numero web para garantizar la atención en la emisión de licencias. Se tiene la iniciativa y planificación para la entrega de certificados en línea se encuentra en la aprobación	Plan de implementación a nivel nacional y los print de pantalla	

ANEXO C – Formulario de intervención CRITERIO 3: PERSONAS

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Personas

3.1 Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos, de acuerdo a la estrategia y planificación de forma transparente

CRITERIO:

SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
23	La entidad cuenta con la estructura posicional del nivel operativo alineada a la gestión de procesos, el estatus orgánico y modelo de gestión, debidamente aprobada.	En proceso de elaboración	Documento con observaciones por parte del MRL	15%	Documento de Manual de Puestos	La MTOP emitió al 1 de mayo de 2014 el Oficio N° MTOP-CGAD-14-48-OF el proyecto de manual de descripción, valoración y clasificación de puestos de la ANT, esta información está en proceso de revisión.	23.1 Oficio N° MTOP-CGAD-14-48-OF	
		Documento con observaciones por parte del MRL	Oficio del MRL con observaciones al documento	40%	Oficio del MRL con observaciones al documento	Manual de Puestos en proceso de revisión		
		Proyecto de Manual de Puestos enviado a FINANZAS para solicitud de dictamen.	Oficio del MRL con observaciones	75%	Oficio del MRL con observaciones	Manual de Puestos en proceso de revisión		
		Resolución de Manual de Puestos	Oficio del MRL con observaciones	100%	Oficio del MRL con observaciones	Manual de Puestos en proceso de revisión		
	La institución cuenta con el Estatus Orgánico actualizado.		Estatus Orgánico actualizado.	5%	Estatus Orgánico actualizado.	Se cuenta con el estatuto aprobado con fecha 2012-09-08 N° 2386 MRL-FIN-2012-017 y sus respectivas reformas MRL-VSP-2011. Actualmente se están realizando gestiones para una nueva reforma.	24.1 Estatuto Orgánico	
	La institución cuenta con el Manual de Puestos actualizado.		Manual de Puestos actualizado.	10%	Manual de Puestos actualizado.	Manual de Puestos en proceso de revisión		
	La institución cuenta con el formulario de análisis ocupacional actualizado en menos de 6 meses.		Formulario de análisis ocupacional en menos de 6 meses.	15%	Formulario de análisis ocupacional en menos de 6 meses.	Manual de Puestos en proceso de revisión		
24	La institución envió al MRL el estudio de implementación del Manual de Puestos.		Oficio de envío al MRL del estudio de implementación del Manual de Puestos.	30%	Oficio de envío al MRL del estudio de implementación del Manual de Puestos.	No se cuenta con el Manual de Puestos aprobado		
	Las solicitudes de implementación del Manual de Puestos han sido validadas por el MRL.		Documento del MRL con validación de las solicitudes de implementación del Manual de Puestos.	40%	Documento del MRL con validación de las solicitudes de implementación del Manual de Puestos.	El MTOP emitió al 1 de mayo de 2014 el Oficio N° MTOP-CGAD-14-48-OF el proyecto de manual de descripción, valoración y clasificación de puestos de la ANT, esta información está en proceso de revisión.	23.1 Oficio N° MTOP-CGAD-14-48-OF	
	Documento con observaciones por parte del MRL.		Oficio del MRL con observaciones del estudio de implementación del Manual de Puestos.	50%	Oficio del MRL con observaciones del estudio de implementación del Manual de Puestos.	No se cuenta con el Manual de Puestos aprobado		
	Proyecto de lista de asignaciones enviado a FINANZAS para solicitud de dictamen.		Oficio de envío al Ministerio de Finanzas del proyecto de asignaciones con solicitud de dictamen.	75%	Oficio de envío al Ministerio de Finanzas del proyecto de asignaciones con solicitud de dictamen.	No se cuenta con el Manual de Puestos aprobado		
	Resolución final de lista de asignaciones.		Oficio del Ministerio de Finanzas con Resolución aprobada.	100%	Oficio del Ministerio de Finanzas con Resolución aprobada.	No se cuenta con el Manual de Puestos aprobado		
	Tener un Plan de mitigación social para el personal que saldrá de la institución.		Plan de mitigación social, con el consentimiento del Director de la UATH	10%	Plan de mitigación social, con el consentimiento del Director de la UATH	Se está iniciando el proceso de identificación del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos	25.2 Ficha de personal discapacitado 25.2 Registro de seguimiento personal discapacitado 25.2 Registro de personal con discapacidad	
25	La institución cuenta con un Plan de optimización del talento humano basado en la estructura organizacional, el modelo de gestión y el tipo de actividades que se realizan.		Verificación de documentos	25%	Verificación de documentos	Se cuenta con un control del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos		
	Elaboración de las fichas técnicas y el informe de cada proceso aplicar por parte de las UATH'S, tomando en cuenta que la determinación del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas se realiza en el proceso al que pertenece (adjetivos o sustantivos)		Institución - Funcionario	50%	Institución - Funcionario	Se está iniciando el proceso de identificación del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos		
	Elaboración del Plan de optimización de Talento Humano basado en el artículo 47 de la LOSEP y todos sus literales, además los artículos 285, 286, 287 y 289 del Reglamento General de la LOSEP, de acuerdo al artículo 33 del Reglamento de la UATH.		Equipo técnico del Comité de Talento Humano	75%	Equipo técnico del Comité de Talento Humano	Se está iniciando el proceso de identificación del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos		
			Informe de la UATH'S y envío al Equipo Técnico del Comité de Gestión Pública	100%	Informe de la UATH'S y envío al Equipo Técnico del Comité de Gestión Pública	Se está iniciando el proceso de identificación del personal con discapacidad y enfermedades catastróficas mediante formatos		

26	<p>Se actualiza el plan de gestión integral del talento humano, que incluye las estrategias a ser aplicadas respecto al personal a ser incorporado. (Analizar el proceso de gestión del TH, los reportes que se genera a al respecto, las acciones de ajuste y su periodicidad)</p>	<p>Envío al MRL para revisión</p> <p>Aprobación de MRL de la planificación de TH</p> <p>Envío del MRL al Ministerio de Finanzas con solicitud de asignación presupuestaria a la planificación de TH</p> <p>Informe favorable de la planificación de TH emitido por MRL posterior a la resolución favorable del Ministerio de Finanzas</p> <p>El MRL ha realizado la intervención a las UATH a la institución en un plazo no mayor a un año.</p> <p>La institución ha hecho correctivos a las observaciones emitidas por el MRL en la intervención en el sub sistema de "Planificación de Talento Humano".</p> <p>En caso de que no existan otras intervenciones, el MRL emite la conformidad de la implementación de los correctivos.</p>	<p>50%</p> <p>80%</p> <p>90%</p> <p>100%</p> <p>10%</p> <p>65%</p> <p>100%</p>	<p>Oficio de envío de planificación de TH al MRL</p> <p>Oficio aprobatorio de la planificación de TH</p> <p>Oficio de envío del MRL al Ministerio de Finanzas con solicitud de asignación presupuestaria a la planificación de TH</p> <p>Oficio de aprobación de la planificación de TH emitido por MRL</p> <p>Oficio con informe de sustento de implementación de correctivos.</p> <p>Oficio de implementación de correctivos, emitido por el MRL</p>	<p>26.2 Oficio ANT-ANT-2013-11992 Envío de Planificación.</p> <p>26.3 Oficio de Respuesta -MRL-STF-2014-0041</p> <p>MRL se encuentra desarrollando directrices, procedimientos y parámetros técnicos para la elaboración de la planificación de THHH</p>
27	<p>Seguimiento al cumplimiento de la planificación de TH</p>				<p>26.1 Borrador de planificación</p> <p>Se remitió borrador de planificación de THHH al MRL</p>
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (continuación, constan ejemplos)					
1	<p>Analizar periódicamente las necesidades actuales y futuras de recursos humanos, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés y de la estrategia de la organización.</p>				<p>Evidencia</p> <p>Memoria de Servicio de las UATH, certificaciones, políticas, PMAR</p>
2	<p>Desarrollar e implementar una política de gestión de recursos humanos, basada en la estrategia y planificación de la organización, teniendo en cuenta las competencias a necesitar para el futuro.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
3	<p>Asegurar que las capacidades de las personas (selección, asignación, desarrollo) son las adecuadas para desarrollar la misión, así como que las tareas y responsabilidades están correctamente asignadas.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
4	<p>Desarrollar e implementar una política clara de selección, remuneración, reconocimiento, promoción, desarrollo, capacitación y asignación de funciones de gestión, con criterios objetivos.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
5	<p>Apoyar una cultura del desempeño, implementando un esquema de remuneración/reconocimiento transparente, basado en resultados conseguidos de forma individual y en equipo.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
6	<p>Utilizar los perfiles de competencias y descripciones de puestos y funciones para el personal y definir los planes de desarrollo personal, tanto para empleados como para directivos.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
7	<p>Desarrollar e implementar una política de gestión de recursos humanos, basada en la estrategia y planificación de la organización, teniendo en cuenta las competencias a necesitar para el futuro.</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>
8	<p>Gestionar el proceso de selección y el desarrollo de la carrera profesional con criterios de justicia, igualdad de oportunidades y atención a la diversidad (por ejemplo género, orientación sexual).</p>				<p>Plan de desarrollo de competencias</p> <p>Plan de desarrollo de competencias</p>

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización

SUBCRITERIO: Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS		MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSURCE PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
			POCENAJE DE CUMPLIMIENTO	DESCRIPCIÓN			EVIDENCIA	PUNTOS FUERTES	AREAS DE MEJORA	
28	La institución ha realizado el levantamiento de los formularios de análisis ocupacional de los funcionarios, que incluye el cumplimiento del plan de capacitación y el análisis de perfil de las personas (Análisis de brechas)	30%	30%	Muestreo de formularios de análisis ocupacional de los funcionarios de las unidades de la UAH para verificar el cumplimiento del plan de capacitación y el análisis de perfil de las personas (Análisis de brechas)	Formulario con firma de responsabilidad del jefe inmediato. Formulario con firma de responsabilidad del jefe inmediato. Formulario con firma de responsabilidad del jefe inmediato. Formulario con firma de responsabilidad del jefe inmediato.	29.1 Formulario MRL EVAL-01 29.2 Planificación evaluación del desempeño 29.3 Revisión Formulario MRL EVAL-01 29.4 Consolidación de resultados 29.5 y 29.6 Comunicación de resultados de evaluación del desempeño 29.7 Comunicación al MRL evaluación del desempeño 30.2 Listas de inducción 30.4 Video de inducción para el personal 31.1 Levantamiento de necesidades de capacitación 31.3 Plan de capacitación 31.4 Oficina de aprobación de plan de capacitación	No se cuenta con Manual de Puestos aprobado			
29	La institución ha realizado la evaluación de desempeño y otras evaluaciones aprobadas por el Comité de Gestión Pública Institucional continuo y se realizan correctivos en base a sus resultados	40%	40%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación	Oficio de recepción del MRL Comunicación de resultados a las personas de la evaluación				
30	La institución ejecuta un Plan de Inducción a nuevos servidores públicos	50%	50%	Envío de comunicación final de la institución al MRL Plan de inducción elaborado por el Director/a de la UAH	Oficio de envío de comunicación final al MRL Plan de inducción elaborado por el Director/a de la UAH					
31	La institución cuenta con una identificación de las áreas de la institución (a Analizar la brechas de capacitación y de desarrollo de competencias, a fin de proponer mejores prácticas; b. Verificar si la capacitación se enfoca a cerrar brechas de los funcionarios respecto a conocimientos específicos para su desempeño)	60%	60%	Elaboración del plan en base a la consolidación de los informes técnicos. Envío al MRL de formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad)	Formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad) Oficio del MRL con aprobación o emisión de novedades.					
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (continuación con otros ejemplos)										
1	Identificar las necesidades actuales de las personas, tanto en el plano individual como organizativo, en términos de conocimiento, habilidades y actitudes y compararla sistemáticamente con las necesidades de la organización	70%	70%	Revisión y análisis del levantamiento de necesidades de capacitación y de desarrollo de competencias. Elaboración del plan en base a la consolidación de los informes técnicos. Envío al MRL de formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad)	Formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad) Oficio del MRL con aprobación o emisión de novedades.					
2	Desarrollar e implementar programas de capacitación y desarrollo de competencias, considerando el perfil de las personas y el tipo de actividades que se realizarán	80%	80%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					
3	Verificar si la capacitación se enfoca a cerrar brechas de los funcionarios respecto a conocimientos específicos para su desempeño	90%	90%	Elaboración del plan en base a la consolidación de los informes técnicos. Envío al MRL de formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad)	Formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad) Oficio del MRL con aprobación o emisión de novedades.					
4	Identificar las actividades formativas y desarrollar brechas de capacitación y desarrollo de competencias, considerando el perfil de las personas y el tipo de actividades que se realizarán	100%	100%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					
5	Verificar si la capacitación se enfoca a cerrar brechas de los funcionarios respecto a conocimientos específicos para su desempeño	100%	100%	Elaboración del plan en base a la consolidación de los informes técnicos. Envío al MRL de formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad)	Formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad) Oficio del MRL con aprobación o emisión de novedades.					
6	Promover la movilidad interna y externa de los empleados	100%	100%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					
7	Desarrollar y promover métodos modernos de formación (por ejemplo, enfoques multi-media, formación en el puesto de trabajo, formación por medios electrónicos (de audio, uso de las redes sociales, etc.))	100%	100%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					
8	Planificar las actividades formativas y desarrollar brechas de capacitación y desarrollo de competencias, considerando el perfil de las personas y el tipo de actividades que se realizarán	100%	100%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					
9	Verificar si la capacitación se enfoca a cerrar brechas de los funcionarios respecto a conocimientos específicos para su desempeño	100%	100%	Elaboración del plan en base a la consolidación de los informes técnicos. Envío al MRL de formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad)	Formulario 2 en Excel y PDF (el PDF debe estar firmado por el responsable de la unidad) Oficio del MRL con aprobación o emisión de novedades.					
10	Promover la necesidad de promover carreras profesionales para las mujeres y desarrollar planes	100%	100%	Planificación de capacitación a evaluadores (verificar el cumplimiento del programa). Revisión del Formulario MRL EVAL-03 de algunas unidades, a modo de muestra por área o por MRL EVAL-03	Correo electrónico, quipux u otros medios. Actas de reunión de planificación					

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Personas
Involucrar a los empleados por medio del dialogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS		MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
			Porcentaje de cumplimiento	Requisitos mínimos			Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
32	La institución posee el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional de acuerdo a lo definido en el Decreto 2983.	El Reglamento de Seguridad y Salud está en desarrollo	25%	Borrador del Reglamento de Seguridad y Salud ocupacional	Documento de Aprobación del MRL	Se está levantando información para la elaboración del Reglamento de SSO				
33	La institución cuenta con un Comité de Ética Interno	El Reglamento de Seguridad y Salud a probado por el MRL e implementado	100%	La institución cuenta con un Comité de Ética Interno	Respaldo de la ejecución del plan de comunicación	33.1 Documentos respaldado Comité de ética 33.1 Difusión Código de ética				
33	La institución tiene un Código de Ética Interno	La institución tiene un Código de Ética Interno	50%	Resultados de medición de clima laboral	Documento de plan de acción aprobado por la SMP, respaldos visuales de la divulgación de resultados	33.2 Código de ética 33.3 Difusión Código de ética	Mediante Res. 069-DE-ANT-2013, se aprueba el código de ética para el Buen vivir de la ANT con fecha 2013-12-19			
33	Se ha ejecutado el plan de implementación del Código de Ética Interno	Se ha ejecutado el plan de implementación del Código de Ética Interno	100%	Respaldo visuales de la implementación del plan de acción	Respaldo visuales de la implementación del plan de acción	33.3 Matrices Comité de ética				
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)										
1	Generar una cultura de comunicación abierta, de diálogo y de motivación para mejorar el trabajo en equipo.									
2	Generar ideas (brain storming)									
3	Mejorar el conocimiento entre directos y empleados sobre los objetivos, propósitos y la manera de medir su consecución.									
4	Realizar periódicamente encuestas a los empleados y publicar los resultados, resúmenes, interpretaciones y acciones de mejora.									
5	Asegurar que los empleados tengan la oportunidad de opinar sobre la calidad de la gestión de los recursos humanos por parte de sus jefes/directores directos.									
6	Prestar especial atención a las necesidades de los empleados más desfavorecidos o con algún grado de discapacidad.									
7	Asesorar a los empleados sobre los beneficios de trabajar en organizaciones, destacando el cuidado de la salud y los respaldos de seguridad laboral.									
8	Generar una cultura de respeto a la diversidad de género, por medio de la promoción de la paternidad y la maternidad.									
9	Generar planes y medidas adaptados para premiar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la planificación y revisión de los beneficios de las actividades sociales, culturales y/o deportivas, centradas en la salud y el bienestar de las personas).									
10										

ANEXO D – Formulario de intervención CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Alianzas y Recursos
 SUBCRITERIO: Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
REQUISITOS MÍNIMOS								
34	La institución ha implementado un Plan de responsabilidad ambiental	La institución ha realizado el levantamiento de línea base de BPA's (Buenas Prácticas Ambientales) en un Plan de BPA's aprobado por el Ministerio del Ambiente	15%	Respaldos visuales de la implementación del plan de acción				
		La institución ha implementado el Plan de BPA's, al menos de 0 a un 50% del cronograma de implementación?	35%	Actas de reunión/Resoluciones/R eportes con firmas de responsables, etc.				
		La institución ha obtenido el reconocimiento "Punto Verde" por parte del Ministerio del Ambiente.	50%	Actas de reunión/Resoluciones/R eportes con firmas de responsables, etc.				Implementar el servicio en línea de certificados de licencias y matrículas
			100%	Reconocimiento otorgado por el Ministerio de Ambiente.				
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)								
1	Identificar socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones (por ejemplo compradores, proveedores, suministradores, co-productores, proveedores de productos de sustitución o complementarios, propietarios, fundadores, etc.)							
2	Desarrollar proyectos de colaboración que incluyan diferentes aspectos de la responsabilidad social, tales como el impacto socio-económico y medioambiental de los productos y servicios contratados.							
3	Fomentar y organizar colaboraciones especializadas y desarrollar e implementar proyectos en conjunto con otras organizaciones del sector público, académico y privado.							
4	Monitorear y evaluar de forma periódica la implementación y los resultados obtenidos de las alianzas o colaboraciones.							
5	Identificar las necesidades de alianzas público-privadas (APP) a largo plazo y desarrolladas cuando sea apropiado.							
6	Definir las responsabilidades de cada socio en la gestión de la alianza/colaboración, incluyendo sistemas de control, evaluación y revisión.							
7	Aumentar las capacidades organizativas explorando las posibilidades de las agencias de colocación.							
8	Intercambiar buenas prácticas con los socios y usar el benchmarking y el benchmarking.							
9	Seleccionar a los proveedores aplicando criterios de responsabilidad social cuando se trate de contratación pública.							

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Alianzas y Recursos
SUBCRITERIO: Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos /clientes

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Asegurar una política proactiva de información (por ejemplo: sobre el funcionamiento de la organización, las competencias de determinadas autoridades públicas, su estructura y procesos, etc).					Existe información en pag web y redes sociales, se socializan las regulaciones a nivel de ciudadanos realizan reuniones, existen capacitaciones a la ley de tránsito, existen ferias informativas fuera del país (ej. Bogotá, España).	Panelizas de pag web y redes social con anuncios, actividades, atención de peticiones y acciones de sensibilización de ley de tránsito.		
2	Animar activamente a los ciudadanos/clientes a que se organicen, expresen sus necesidades y requerimientos y apoyen en las alianzas con ciudadanos, agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil.					Dirección de Regulación al tener una petición interno y externo del sector, elaboran un borrador con viabilidad de la petición, se socializa la existencia de resolución borrador, se realizan reuniones para obtener resoluciones borrador, se aprueba y posterior se socializa interna y al sector que afecte.	Actas reunión, fotografías, de socializaciones.		
3	Incentivar el involucramiento de los ciudadanos/clientes y sus representantes en las consultas y su participación activa en el proceso de la toma de decisiones dentro de la organización (co-diseño y co-decisión), por ejemplo, vía grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión y grupos de calidad.					Se planifica realizar encuentros de percepción del nivel de calidad en subsidio de mejora del transporte público para los todos los usuarios y grupos vulnerables. Dirección de Regulación al tener una petición interno y externo del sector, elaboran un borrador con viabilidad de la petición, se socializa la existencia de resolución borrador, se realiza reuniones para obtener resoluciones borrador, se aprueba y posterior se socializa interna y al sector que afecte.	Comograma de Encuestas, Encuestas, encuestas, panelizas de sensibilización de tabulación.		
4	Definir el marco de trabajo para recolección de ideas, sugerencias, reclamos o quejas de los ciudadanos/clientes, mediante los medios adecuados (por ejemplo: encuestas, grupos de consulta, buzones de reclamos, sondeos de opinión, etc). Análisis y tratamiento de esta información para difundirla en resultados.					Existen un portal web en donde se reciben quejas, sugerencias, denuncias, quipux, otro portan en donde constan las denuncias de taxímetro en donde se involucra a todas las áreas ya aquí se distribuye, se va a trabajar con el CBM y además trabaja con el tramitón	Panelizas y evidencia de un caso		No se evidencia un procedimiento documentado de la atención al usuario
5	Asegurar la transparencia del funcionamiento de la organización así como de su proceso en la toma de decisiones, (por ejemplo: publicación de informes anuales, participación en conferencias de prensa y publicación de información en Internet).					Se realizan encuestas permanentes que realizan las direcciones provinciales sobre el grado de satisfacción del servicio de licencia y matrícula para títulos habilitantes se genera un indicador de índice de cumplimiento de los acuerdos del nivel de	Resultados de las encuestas de satisfacción de licencias y matrículas en los últimos tres meses.		
6	Definir y acordar la manera como desarrollar la participación de los ciudadanos/clientes como co-productores de los servicios (por ejemplo: en el contexto de gestión y utilización de residuos) y co-evaluadores (por ejemplo: a través de mediciones sistemáticas de satisfacción).					preguntar a freely y actividades de entrevistas previas al plan de mejora de licencias			
7	Desarrollar una gestión eficaz de las expectativas, explicando a los clientes los servicios disponibles, incluyendo indicadores de calidad, a través, por ejemplo, de las Cartas de Servicio.					No están actualizadas la información de la pag web de cada uno de los servicios			
8	Asegurar que la información que se dispone esté actualizada sobre la evolución del comportamiento individual y social de los ciudadanos/clientes, para evitar procesos de consulta obsoletos o producir servicios innecesarios.								

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Alianzas y Recursos
Gestionar la información y el conocimiento

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
			INSUMOS PARA EVALUADOR	Descripción			Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
35	Este normativa interna que sigue la labor del SIMAR e instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos.	Tiene normativa interna no alineada a la legislación vigente/No cuenta con normativa de normativa para la elaboración de un proyecto para la elaboración de normativa interna aprobada	0%	Norma de proyecto de Ley/SIMAR, Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos y ISO 15489	Se posee el Manual de archivo aprobado por la Dirección al lineado a la Ley Sinar, entrada y salida de documentos, seguridad, lo más básico, el	Manual de archivo en proceso de aprobación en Informe Técnico		verificar aprobación del Manual, no se realiza verificaciones	
36	La institución cuenta con personal designado como responsables del manejo de archivo de gestión en cada unidad.	Cuenta con normativa interna implementada entre 0,1-50% Cuenta con normativa interna implementada entre 50% a 100% Cumplimiento de la normativa del archivo. Ninguna área posee un responsable de	0%	Leys/SIMAR, Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos y ISO 15489	Cada funcionario maneja su archivo, además tienen responsables de archivos a nivel provincial				NO se evidencia responsable de archivo por cada unidad
37	Cuenta con espacio físico, ventilado asignado para el manejo de archivo central	No cuenta con espacio físico exclusivo asignado para la administración, taonomía, preservación y conservación de los archivos en custodia Cuenta con espacio físico exclusivo asignado para la administración, taonomía, preservación y conservación de los archivos en custodia	0%	Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos	No cuentan con archivo central, se está listando de recuperar un correo del Ecuador primero matriculación por los GADs, se encarga de taonomía y digitalización poseen 70.000 cajas. Tienen un espacio insuficiente, tienen documentos de hasta julio 2012 solo matriculación vehicular, posee documentos desde 1944 en litografía en buen estado en cartón y documentos vehiculares desde el desde 1971.			Asignar un espacio para archivo central, se está	Procesos de Espiga Una vez que se haga el digital se...
38	La institución tiene inventariado sus documentos y mantiene con series documentales	En elaboración No tiene	0%	Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos	No se posee inventario completo.				
39	Tiene sistema informático (software via redware) para la Gestión Documental y la documentación de la institución posee respaldos digitales.	Cuenta con un proyecto de digitalización, (En elaboración/temas/Avances No tiene	50%	Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos	NO posee software y además están en proceso de contratar para digitalizar.				
40	Tiene elaborada la Tabla de Plazos de Conservación Documental	Si tiene elaborada la TPC En elaboración No elabora la TPC	100%	Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos	Se posee Tabla de plazos conservación institucional solo de los documentos de Archivo Nacional que no se encuentra actualizada	Tabla de conservación por elaborar		Actualizar, aprobar la tabla de plazos conservación institucional - poseer un clasificador documental	Áreas de Mejora
<p>ACCIÓN HACIA LA EXCELENCIA (continuación con el ejemplo)</p>									
1	Desarrollar sistemas para gestionar, almacenar y evaluar la información y el conocimiento de la organización de acuerdo con la estrategia y los objetivos operativos.								
2	Garantizar que la información disponible externamente sea recibida, procesada, usada eficientemente y almacenada.								
3	Desarrollar canales virtuales para difundir la información en cada una de las operaciones asegurando que todos los empleados tienen acceso a la información y conocimiento.								
4	Asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización (por ejemplo, coaching, manuales, videotallas, etc.).								
5	Garantizar el acceso y el intercambio de información relevante con todos los grupos de interés y presentarla de forma sistemática accesible para los usuarios, teniendo en cuenta la								
6	Organizar en la medida de lo posible, que se reveale, que se reveale, la información y el conocimiento clave de los servicios, productos o procesos de la institución.								
7									

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Alianzas y Recursos
SUBCRITERIO: Gestionar las tecnologías

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
					Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
REQUISITOS MÍNIMOS							
41	La Unidad de TICs cuenta con las áreas de Infraestructura, Soporte, Proyectos/Desarrollo, y Seguridades/Redes.	La institución no cuenta con ninguna de las áreas de la institución cuenta con todas las áreas establecidas para esta gestión. La institución tiene desarrollado por lo menos el 50% de las áreas establecidas para esta gestión. La institución genera y monitorea los productos informáticos con las áreas de gestión establecidas.	0% 25% 50% 100%	Observación	Posee aplicaciones, base de datos, soporte, infraestructura-redes, comunicación y servidores, otra área de proyectos y seguridad informática.	Proceso documentado. Estructura orgánica.	
42	La institución cuenta con mecanismos que atiendan los requerimientos tecnológicos de su personal.	No tiene. Se encuentra en planificación y desarrollo. Mecanismo aprobado. Mecanismo implementado. Se ha verificado la eficiencia del mecanismo a través de auditorías informáticas.	0% 10% 25% 75% 100%	Actas de implementación, informes	Atienden a través de un proceso de correo electrónico en donde solicita la ayuda y una persona se encarga de distribuir las tareas, actualmente tiene un piloto helpdesk en Machala	Registro del trámite a través de correo electrónico. Plantillas de V. Plantificación de replicar a nivel nacional.	Replicarel proyecto piloto a nivel nacional la mas de ayuda
43	La institución cuenta con mecanismos que aseguren un uso seguro de la gestión de la información de sus actividades.	No tiene. Esta en proceso de planificación y desarrollo. Esta aprobado. Esta implementado. Se ha verificado la eficiencia del mecanismo a través de auditorías informáticas.	0% 10% 25% 75% 100%	Actas de implementación, informes	Posee firewall, tienen en red en uso de impresoras, seguridades con CNT	Diagrama de estructura de red de los firewall. Informe de auditorías	Posee firewall al canal de los municipios
44	La institución ha puesto en práctica lo establecido en el Decreto 1074 sobre Software Libre	No tiene. La institución posee implementado software libre de 0% a 50%. La institución posee implementado software libre de 50% a 100%. No tiene.	0% 50% 100% 0%		Para los desarrollos actuales, para atender los requerimiento del personal JAVA y base de datos mayasigal, el sistema de licencia viene fundonado desde el 2005, pero las pantallas están con JAVA, los procesos de	Plantillas de los software y códigos v. Estructura del sistema	
45	La institución ha alineado su planificación estratégica a lo establecido en el Plan Nacional de Gobierno Electrónico para la prestación de los servicios en línea	Se encuentra en proceso de desarrollo y planificación. Se encuentra implementado. Se ha verificado la eficiencia de la prestación del servicio en línea	25% 75% 100%		Los Servicios en línea se coordina con Innovación, posee los turnos web.		Desarrolla certificado de licencia, matrícula.
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)							
1	Disenar la gestión de la tecnología de acuerdo con los objetivos estratégicos y operativos.						
2	Implementar, monitorizar y evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías usadas. El tiempo de retorno de la inversión (ROI) debe ser suficientemente corto y						
3	Asegurar un uso seguro, eficaz y eficiente de la tecnología, mirando especialmente las capacidades de las personas.						
4	Aplicar de forma eficiente las tecnologías más adecuadas a, por ejemplo: - la gestión de proyectos y áreas - la gestión del conocimiento.				Tienen proyectos como oficina virtual y el aplicativo móvil, servicios en línea, contingencia de los servidores.		
5	Buscar como las TIC pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado. Por ejemplo, utilizando el inicio de una estructura empresarial para la gestión de la						
6	Adoptar el marco de trabajo de las TIC y de los recursos necesarios para ofrecer servicios online inteligentes y eficientes y mejorar el servicio al cliente.						
7	Estar siempre atento a las innovaciones tecnológicas y revisar la política si fuera necesario.						
8	Prever en cuenta el impacto socioeconómico y medioambiental de las TIC. Por ejemplo, gestión de residuos de cartuchos, reducción accesibilidad de los usuarios no						

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Alianzas y Recursos
Gestionar las instalaciones

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN		
					Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
REQUISITOS MÍNIMOS							
46	La institución ha remitido la información solicitada por la máxima autoridad de INMOBILIAR, sobre el listado de bienes de oficina: INMOBILIAR-SGI-2013-0558-O del 6 de junio del 2013 y INMOBILIAR-SGI-2013-1343-O	La institución no tiene registrado los bienes inmuebles que posee. La institución está dando trámite para el cumplimiento de los oficios: INMOBILIAR-SGI-2013-0558-O del 6 de junio del 2013 y INMOBILIAR-SGI-2013-1343-O	0%	Plan de verificación de Bienes Inmuebles de la máxima autoridad de INMOBILIAR Informe Técnico de Verificación de los Bienes Inmuebles Documento formal de respuesta.	Oficio	Oficio	
47	Los inmuebles de la institución han sido inspeccionados por INMOBILIAR por la Dirección Nacional Gestión y Análisis de Bienes Inmuebles	La institución ha dado respuesta al requerimiento de INMOBILIAR INMOBILIAR-SGI-2013-0558-O del 6 de junio del 2013 y INMOBILIAR-SGI-2013-1343-O	100%	Informe Técnico de Verificación de los Bienes Inmuebles Dictamen para el proceso de arriendo de portal Informe propio: Inmuebles arrendados: Dictamen para el proceso de arriendo de portal	Todos los nuevos arriendos han sido inspeccionados por INMOBILIAR y han remitido el informe de inspección y generación informe	Informe de Inmobiliar y detalle de áreas que faltan por inspeccionar	Inspección en agencias que faltan
48	El edificio de la institución tiene acceso universal (necesidad para personas con capacidades especiales)	Los inmuebles cuentan con acceso universal a todos los espacios.	100%	Fotografías de elementos que permitan el acceso universal / Inspección Técnica	Si tiene acceso universal	Fotografía de accesos universales de la agencia matriz	
49	La institución alquila inmuebles destinados para el uso de bodegas	No se alquila inmuebles destinados para el uso de bodegas. Si alquila inmuebles o áreas de oficinas destinados para el uso de bodegas.	50%	Fotografías de elementos que permitan el acceso universal / Inspección Técnica	embargo en cada agencia mantienen pequeños bodegas para almacenar solo del personal, se está realizando		
50	La institución tiene implementado el sello MARCA PAS en todos sus inmuebles	No se ha implementado por la Dirección de Imagen Institucional y Bienes Inmuebles el sello de MARCA PAS en todos sus bienes inmuebles	100%	Fotografías de elementos que permitan el acceso universal / Inspección Técnica	El sello de Marca país está por adjudicarse en la matriz, en Santa Elena ya está implementado el sello Marca País y va a comenzar a implementarse en las oficinas donde se considere la marca país	Adjudicación de marca país, oficio de explicación y el detalle de las nuevas que se construyen en donde constan incluido la marca país	
51	La institución realiza la optimización de sus espacios físicos (por ejemplo cuentan con salas de reunión compartidas, salas de espera)	La institución realiza la optimización de sus espacios físicos (por ejemplo cuentan con salas de reunión compartidas, salas de espera)	50%	Planos de tabulación de salas de reunión compartidas y adicionalmente en cada oficina se está realizando un inventario de espacios.	Indican que si tienen optimización de espacios en los centros de atención ciudadana, los GADs, van a llegar en 25 articulaciones que representan	Convenios de compartir espacios con otras instituciones (articulaciones)	
1	Equilibrar la eficiencia y eficacia del equipamiento físico de la organización con las necesidades y expectativas de los usuarios (por ejemplo, centralización versus descentralización de los edificios / puntos de acceso en uso eficiente, rentable y sostenible de la instalación, basado en datos de los empleados, la cultura local y las limitaciones)	Acciones hacia la excelencia (continuación constante en tiempo)			Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes
2	Asignar un mantenimiento eficiente, rentable y sostenible de los edificios, despacho, equipamientos y materiales usados.					Documento de Infraestructura en proceso de aprobación en SENAPADES	Áreas de Mejora
3	Garantizar el uso eficaz, eficiente y sostenible de los medios de transporte y los recursos energéticos.					Informe de avance de Infraestructura	
4	Garantizar la adecuada accesibilidad física de los edificios de acuerdo con las necesidades y expectativas de los usuarios y de los cuidadores/clientes (por ejemplo, acceso a parcamientos o transporte)						
5	Desarrollar una política integral para gestionar los activos físicos, incluyendo la posibilidad de un reciclado seguro, medido por ejemplo, la gestión directa o la subcontratación.						
6	Poner las instalaciones a disposición de la comunidad local.						
7							

ANEXO E – Formulario de intervención CRITERIO 5: PROCESOS

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Procesos
Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
		No ha definido la arquitectura de procesos	0%						
	La entidad ha desarrollado la Eje Estratégica de Administración por Procesos y cuenta con la Arquitectura de Procesos (mapa de procesos, catálogo de procesos que incluye niveles jerárquicos de Macroproceso, Proceso y Subproceso) y el diagnóstico preliminar de los Procesos	Se ha desarrollado la arquitectura de procesos Se ha registrado el catálogo de procesos en la Herramienta GPR Se ha evaluado la importancia y el desdoble de los procesos en la herramienta GPR Se ha realizado el diagnóstico de los procesos en la herramienta GPR Se ha realizado la priorización de procesos a mejorar (nivel operativo) Se ha realizado la priorización de los procesos a mejorar en concordancia con la priorización de servicios (nivel estratégico institucional)	50% 10% 10% 20% 90% 100%	Arquitectura de procesos (Mapa) Catálogo de procesos Acta del taller de procesos de GPR Reporte del diagnóstico de los procesos Reporte de procesos críticos en GPR Documento de priorización de servicios y los procesos componentes	52.2 Se cuenta con mapa de procesos de la ANT aprobado por Res. N° 323 del 17.08.2012 52.3 Catálogo de procesos 52.4 Catálogo de procesos 52.5 Acta de reunión taller 52.6 Catálogo de procesos 52.7 Formato de identificación de procesos 52.8 Acta de reunión del Comité de Calidad fecha 06 de septiembre del 2013				
53	La institución ha realizado la caracterización de los procesos a mejorar y ha determinado la línea base del proceso.	No existe documentación referente a la caracterización de los procesos Se han elaborado las fichas de los procesos priorizados Se han elaborado los diagramas de los procesos priorizados en situación actual No existen registros de análisis de requerimientos de mejora	0% 30% 30% 40%	Fichas de los procesos priorizados Diagramas de flujo de procesos Diagramas de procesos. Registros de medición de mejora	La institución cuenta con la documentación referente a la caracterización de los procesos. 53.2 Portafolio de servicios 53.3 Diagramas de flujo 53.4 Registro de medición de mejora				
54	La institución ha determinado los requerimientos de mejora de los procesos y ha establecido el plan de mejoramiento de los procesos en concordancia con el programa/proyecto de mejora de servicios	Existe documentación de los diagramas de flujo de los procesos en situación de estado (TO-HE) Existe evidencia de desarrollo de pruebas o simulación de los procesos en situación de estado Se han elaborado los diagramas de los procesos priorizados y mejorados Existen programas/proyectos de mejora de los procesos establecidos Existen registros de aprobación de los programas/proyectos de mejora establecidos No existe registros de medición de la capacidad del proceso	20% 20% 20% 20% 20% 0%	Talleres de establecimiento de mejoras Flujos de procesos en situación deseada Manual de procesos en situación deseada Ficha Técnica del Proyecto Actas de aprobación de Ficha Técnica del Proyecto	Se ha realizado los diagramas TO BE de los procesos priorizados Se está trabajando en el levantamiento AS IS de los procesos priorizados 54.2 Procedimientos de servicios priorizados 54.3 Evaluación de mejora priorizados 54.3 Flujo de programas de servicios priorizados 54.4 Procedimientos de servicios 54.5 Planes de mejora 54.6 Implementación de programas de mejora				
		Existen registros de medición de la capacidad del proceso	0%						

55	La institución ha realizado la medición de la calidad del proceso	La institución ha ejecutado y validado la mejora de los procesos	50%	Informe de implementación generado por el responsable del servicio	55.2 Mejora de los procesos 55.2 Mejora servicio licencias 55.3 Mejora servicio licencias de procesos 55.4 Métricas sabatina estadística de demanda	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
Se está midiendo el proceso en base a control estadístico. Se han medido las cargas del proceso en base a análisis de demanda		50%	25%	Registros de medición Resultados de control estadístico	55.2 Mejora de los procesos 55.2 Mejora servicio licencias 55.3 Mejora servicio licencias de procesos 55.4 Métricas sabatina estadística de demanda	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (continuación con ejemplos)								
1	Asegurar que los procesos estén planificados y gestionados para alcanzar los objetivos, estrategias establecidos.			Informe de implementación generado por el responsable del servicio				
2	Asignar recursos a los procesos en función de la importancia relativa y su contribución para la ejecución de los fines estratégicos de la organización.							
3	Simplificar los procesos en intervalos regulares, proponiendo cambios en los requisitos legales si fuera necesario.							
4	Establecer objetivos orientados a los grupos de interés e implementar indicadores de resultado para monitorear la eficacia de los procesos (por ejemplo carta de servicios).							
5	Responder o regular el impacto de las TICs en los servicios disponibles en los procesos de la organización (por ejemplo en temas de eficiencia, calidad y seguridad).							
6	Identificar oportunidades de mejora y priorizar los procesos de alta complejidad.							
7	Identificar y asignar responsabilidades a los propietarios de los procesos, las personas que controlan todos los pasos del proceso.							
8	Identificar y asignar responsabilidades a los propietarios de los procesos, las personas que controlan todos los pasos del proceso.							
9	Analizar y evaluar los procesos, riesgos y factores críticos de éxito, teniendo en cuenta los objetivos de la organización y su entorno ambiente.							
10	Asegurar que los procesos apoyan los objetivos estratégicos y están planificados y gestionados para alcanzar los objetivos establecidos.							

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Procesos
SUBCRITERIO: Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos/clientes

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS MÍNIMOS		MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	DESCRIPCIÓN			EVIDENCIA	PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA	
56	La institución ha establecido una estrategia para mejorar la calidad de los servicios operacionales de los usuarios	Se ha desarrollado el plan de gestión de calidad del servicio y se ha implementado el comité de gestión de la calidad del servicio	0%				Se está implementando la norma de procesos de origen que llegará a las áreas de servicio			
57	La institución ha establecido una estrategia para mejorar la calidad de los servicios operacionales de los usuarios	Se ha definido la matriz de servicios inicial con la taxonomía establecida, conforme al modelo de gestión de servicios y el modelo de gestión de servicios. Asimismo, se ha desarrollado el plan de gestión de calidad del servicio y se ha implementado el comité de gestión de la calidad del servicio	0%				Se ha conformado el comité de calidad en la institución	57.2 Resolución OZ-DE-ANI 57.3 Actas de reunión Comité de Calidad y listas de asistencia 57.4 Matriz/Portafolio de servicios 57.5 Taxonomía ANI 57.6 Conociendo el servicio 57.7 Matriz de priorización de servicios 57.8 Competencia del Comité de Calidad		
58	La institución ha desarrollado una estrategia de mejora de los servicios bajo un enfoque al usuario y la simplificación de temas	Se ha elaborado la matriz de priorización de servicios con aprobación del Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional (CGSDI). Se ha elaborado la matriz de priorización de servicios y se ha comunicado a la máxima autoridad	15%				Se evidencian registros de: - Análisis de las necesidades y expectativas de los usuarios o beneficiarios del servicio. - Según aplica: - Plano del servicio situación actual (AS-IS) - El diagnóstico o análisis los componentes del servicio. - La información proveniente de diseños previos o similares. - Otros que la institución considere necesario.	58.1 Encuestas de satisfacción y tabulación		
59	La institución ha desarrollado una estrategia de mejora de los servicios bajo un enfoque al usuario y la simplificación de temas	Se ha elaborado el plan de servicio en situación deseada (TO-BE). Se ha establecido el mecanismo para el aseguramiento de la calidad del servicio, seguimiento y medición aprobados por el Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional (CGSDI). Se evidencian los resultados de evaluación (pilotaje, prototipo) del diseño previo al plan de transición de la prestación del servicio.	60%				Se ha elaborado la matriz de priorización de servicios y se ha comunicado a la máxima autoridad	58.2 Procedimiento emisión de tickets nuevo modelo 58.3 Presentación, tabulación y mejora de servicio 58.4 Plan de implementación del SSC 58.5 Encuestas implementación Nuevo Modelo		
59	La institución ha desarrollado una estrategia de mejora de los servicios bajo un enfoque al usuario y la simplificación de temas	Se ha elaborado el plan de transición de la prestación del servicio, seguimiento y medición aprobados por el Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional (CGSDI). Se evidencian los resultados de evaluación (pilotaje, prototipo) del diseño previo al plan de transición de la prestación del servicio.	70%				Se ha elaborado el plan de servicio en situación deseada (TO-BE). Se ha establecido el mecanismo para el aseguramiento de la calidad del servicio, seguimiento y medición aprobados por el Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional (CGSDI). Se evidencian los resultados de evaluación (pilotaje, prototipo) del diseño previo al plan de transición de la prestación del servicio.	59. Plan de mejora ANI		

<p>La institución ha desarrollado la mejora de los servicios.</p>	<p>La institución ha desarrollado la mejora de los servicios.</p>	<p>La institución ha desarrollado la mejora de los servicios.</p>
<p>60</p>	<p>Se evidencia el uso de Mecanismos para el aseguramiento de la calidad del servicio.</p> <p>Plan de aseguramiento de la calidad.</p> <p>Registros de seguimiento de los componentes de los servicios.</p> <p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p> <p>Resultados del seguimiento y medición de la percepción del usuario.</p> <p>Análisis de resultados de prestación de los servicios ejecutado.</p>	<p>0%</p> <p>15%</p> <p>50%</p> <p>75%</p> <p>100%</p>
<p>ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (continuación constan ejemplos)</p>		
<p>1.</p>	<p>Identificar los estándares reproducibles en procesos similares.</p>	<p>Resultados de la implementación del Plan de aseguramiento de la calidad.</p>
<p>2.</p>	<p>Involucrar a los ciudadanos/Clientes en la prestación de servicios y proporcionar a los ciudadanos/clientes como a los servidores públicos en esta nueva relación (cambio de roles).</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>3.</p>	<p>Involucrar a los ciudadanos/Clientes en el diseño y desarrollo de nuevos tipos de servicios, interacciones, de entrega de información y de canales de comunicación a flujos.</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>4.</p>	<p>Asegurar que la información adecuada y fiable está disponible, con el fin de asistir y apoyar a los clientes/ciudadanos a informarse sobre los cambios realizados.</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>5.</p>	<p>Promover la accesibilidad de la organización (por ejemplo con horarios de apertura flexible, documentos en varios formatos: papel, electrónico, distintos idiomas, pictogramas, braille y tablas de notación en formato audio).</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>6.</p>	<p>Desarrollar un sistema de respuestas de quejas recibidas, de gestión de acciones y de procedimientos.</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>7.</p>	<p>Involucrar a los ciudadanos/Clientes en el diseño y mejora de los servicios y productos. (por ejemplo mediante encuestas, focus groups, sondeos acerca de los servicios y productos y si son eficaces, teniendo en cuenta los estándares de calidad para los servicios y productos (proceso de output), que respondan a sus expectativas y sean gestionables por la</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>
<p>8.</p>	<p>Involucrar a los ciudadanos/Clientes y a otros grupos de interés en el desarrollo de los estándares de calidad para los servicios y productos (proceso de output), que respondan a sus expectativas y sean gestionables por la</p>	<p>Registros de medición de indicadores del servicio.</p>

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Procesos
SUBCRITERIO: Coordinar los procesos en toda la organización y con otras organizaciones relevantes

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN																
Nº	PREGUNTAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	INSUMOS PARA EVALUADOR	Puntuación										
REQUISITOS MÍNIMOS																
1.	De finir la cadena de prestación de servicios a la que la organización y sus colaboradores/ socios pertenece.															
2.	Coordinar y unir procesos con socios claves del sector privado, no lucrativo y público.															
3.	Desarrollar un sistema compartido con los socios en la cadena de prestación de servicios, para facilitar el intercambio de datos.															
4.	Entender el análisis de ciudadanos/clientes a través de diferentes organizaciones, para aprender acerca de una mejor coordinación de procesos y superar los límites organizacionales.															
5.	Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.															
6.	Crear incentivos y condiciones para que la dirección y los empleados creen procesos interorganizacionales (por ejemplo: compartir servicios y desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades).															
7.	Crear una cultura para trabajar transversalmente en la gestión de los procesos; salir de estancados compartimentos; coordinar los procesos en toda la organización o desarrollar procesos horizontales (por ejemplo: autoevaluación para toda la organización en lugar de dirigirla solo a ciertas unidades).															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Descripción</th> <th style="width: 20%;">Evidencia</th> <th style="width: 20%;">Puntos Fuertes</th> <th style="width: 20%;">Áreas de Mejora</th> <th style="width: 20%;">Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se cuenta con la Base de datos unificada (AVT- Registro Civil - SRI)</td> <td>Acuerdo 2 REG. CIVIL</td> <td>Acuerdo 2 REG. CIVIL</td> <td>Acuerdo 3 DINARDAP</td> <td>Convenio</td> </tr> </tbody> </table>							Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora	Puntuación	Se cuenta con la Base de datos unificada (AVT- Registro Civil - SRI)	Acuerdo 2 REG. CIVIL	Acuerdo 2 REG. CIVIL	Acuerdo 3 DINARDAP	Convenio
Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora	Puntuación												
Se cuenta con la Base de datos unificada (AVT- Registro Civil - SRI)	Acuerdo 2 REG. CIVIL	Acuerdo 2 REG. CIVIL	Acuerdo 3 DINARDAP	Convenio												

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Resultados orientados a los Ciudadanos/Clientes
Mediciones de Resultados

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO	Insumos	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
1	Porcentaje de cartas de servicio aprobadas	Número de Cartas de Servicios aprobadas por institución/total de servicios registrados en el Catálogo Institucional	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable Ambiciosa, Medible Según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%				
2	Porcentaje de procesos comatosos mejorados	Número de Procesos comatosos mejorados/total de procesos comatosos	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable Ambiciosa, Medible Según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%				
BUENAS PRACTICAS									
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Resultados en relación con la participación: Grado de implicación de los grupos de interés en el desarrollo de la información								
2	Resultados en relación con la transparencia en la prestación de servicios y productos: Número de canales de información y su eficiencia. Disponibilidad y precisión de la información. Disponibilidad de los objetivos de rendimiento y resultados de la organización. Número de actuaciones del Defensor del Pueblo. Alcance de los esfuerzos para mejorar la disponibilidad, precisión y transparencia de la información.								

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Resultados en las personas
SUBCRITERIO: Mediciones de Resultados

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN									
N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO	INSUMOS	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
3	Porcentaje de Fundomarios capacitados respecto a las capacitaciones planificadas	Número de capacitaciones finalizadas favorablemente/total de capacitaciones planificadas por personas de acuerdo al puesto que desempeña	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable, Ambiciosa, Medible según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%	Información cargada en Herramienta GPR en la DAS-ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO	PAC-de TTHH GPR		
4	Índice de rotación de nivel operativo	((A+D)/2)/TP, A:Admisiones de Personal, D:desvinculaciones de personal, TP:Total de puestos operativos	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable, Ambiciosa, Medible según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%	Información cargada en Herramienta GPR en la DAS-ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO	PAC-de TTHH GPR		
5	Índice de rotación de nivel directivo	Número de contrataciones de cargos de autoridad + desvinculaciones de cargos de autoridad/2/Número total de puestos de autoridad ocupados en el periodo	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable, Ambiciosa, Medible según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%	Información cargada en Herramienta GPR en la DAS-ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO	PAC-de TTHH GPR		
6	Porcentaje de personal con nombramiento	Número de puestos planificados aprobados por personal con nombramiento definitivo/Número total de puestos planificados aprobados en el Estatuto	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poseer cargado el indicador en GPR Meta Alcanzable, Ambiciosa, Medible según recomendaciones de GPR Tendencia Progresiva Sostenible Indicador actualizado sin retraso 	25%	Información cargada en Herramienta GPR en la DAS-ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO	PAC-de TTHH GPR		
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Indicadores en relación con la motivación y la implicación (por ejemplo: índices de respuesta)								
2	Nivel de involucramiento en la mejora de las actividades								
3	Nivel de uso de las tecnologías de la información y de la comunicación								
4	Indicadores en relación con el desarrollo de las capacidades (por ejemplo: tasas de								
5	Frecuencia de acciones de reconocimiento individual y de equipos								
6	Número de dilemas éticos reportados (por ejemplo: posible conflicto de interés)								
7	Frecuencia de la participación voluntaria en actividades relacionadas con la								

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

CRITERIO: Resultados de Responsabilidad Social
SUBCRITERIO: Mediciones de desempeño

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Insumos	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
REQUISITOS MÍNIMOS									
7	Porcentaje de cumplimiento de la inclusión de personas con capacidades especiales	Número de servidores públicos con capacidades especiales / total de servidores públicos en la institución	El indicador se encuentra cargado en GPR La meta establecida en el indicador es alcanzable y medible según recomendación de la Metodología GPR El resultado de las metas del indicador evidencia tendencias progresivas y sostenibles para el cumplimiento del objetivo El indicador se encuentra oportunamente actualizado y sin retrasos de actualización	25% 25% 25% 25%	LOSEP, Código de Trabajo, Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados	Información cargada en Herramienta GPR en la DAS-ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO			
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA (A continuación constan ejemplos)									
1	Actividades de la organización para preservar y mantener los recursos (por ejemplo, presencia de proveedores con perfil de responsabilidad social, grado de cumplimiento								
2	Calidad de las relaciones con autoridades relevantes, grupos y representantes de la comunidad.								
3	Grado e importancia de la apertura y el ingreso recibidos por los diversos segmentos de clientes, contenidos								
4	Apoyo como empleadora a las políticas de diversidad y de integración y aceptación de las minorías étnicas y de personas en situación de desventaja (por ejemplo organizando								
5	Apoyo a proyectos de desarrollo y participación de los empleados en actividades filantrópicas.								
6	Apoyo a la participación social de los ciudadanos/clientes, otros grupos de interés y empleados.								
7	Intercambio productivo de conocimientos e información con otros (número de conferencias abiertas organizadas por la organización, número de intervenciones en coloquios								
8	Programas para la prevención de riesgos para la salud y de accidentes, dirigidos a los ciudadanos/clientes y empleados (número y tipo de programas de prevención, ayuda								
9	Resultados de la medición de la responsabilidad social (por ejemplo: informe de sostenibilidad).								

ANEXO I – Formulario de intervención CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE DE RENDIMIENTO

FORMULARIO DE INTERVENCIÓN

Clave del Rendimiento:
Resultados: Internos: Nivel de eficiencia

CRITERIO:
SUBCRITERIO:

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	Insusos	INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN			
						Descripción	Evidencia	Puntos Fuertes	Áreas de Mejora
8	Porcentaje de proyectos de inversión en riesgo	Número de proyectos de inversión en riesgo/número total de proyectos de inversión registrados en el año corriente.	REQUISITOS MÍNIMOS						
			El indicador se encuentra cargado en GR	20%	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados.	Reporte construcción, detallada de indicadores, Reporte 25y Reporte Interno firmado por el líder metodológico.			
			La meta establecida en el indicador es alcanzable y medible según recomendación de la metodología GR	20%					
			El resultado del indicador refleja tendencias progresivas y sostenibles para el cumplimiento del objetivo.	20%					
9	Porcentaje ejecución presupuestaria - Gasto Corriente	Monto de gasto corriente devengado/PAPP Programación anual de la política pública.	El indicador se encuentra oportunamente actualizado y sin retrasos de actualización	20%	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados.	Reporte construcción detallada de indicadores, Reporte 25y Reporte Interno firmado por el líder metodológico.			
			La meta establecida en el indicador es alcanzable y medible según recomendación de la metodología GR	20%					
			El resultado del indicador refleja tendencias progresivas y sostenibles para el cumplimiento del objetivo.	20%					
			El indicador se encuentra oportunamente actualizado y sin retrasos de actualización	20%					
10	Porcentaje ejecución presupuestaria - Inversión	Monto de inversión devengado/presupuest o de inversión codificado (excluye cuenta 989 anticipos entregados en el año).	El indicador se encuentra oportunamente actualizado y sin retrasos de actualización	20%	Manual para la Generación de Indicadores Homologados de desempeño Gubernamental emitido por Gobierno por Resultados.	Reporte construcción detallada de indicadores, Reporte 25y Reporte Interno firmado por el líder metodológico.			
			La meta establecida en el indicador es alcanzable y medible según recomendación de la metodología GR	20%					
			El resultado del indicador refleja tendencias progresivas y sostenibles para el cumplimiento del objetivo.	20%					
			El indicador se encuentra oportunamente actualizado y sin retrasos de actualización	20%					
ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA: continuación con ejemplos									
1.	Eficiencia de la organización en la gestión de los recursos disponibles, incluyendo la gestión del conocimiento y de las instalaciones de forma óptima								
2.	Resultados de la mejora del desempeño y de la innovación en productos y servicios.								
3.	Resultados de benchmarking (análisis comparativo).								
4.	Eficiencia de las alianzas (por ejemplo grado de cumplimiento de los acuerdos de colaboración, actividades conjuntas).								
5.	Valor añadido del uso de la información y de las tecnologías de la comunicación para aumentar la eficiencia, disminuir la burocracia administrativa, mejorar la calidad de la prestación								
6.	Resultados de las mediciones, por inspecciones o auditorías de funcionamiento de los organismos de la administración, en relación a la calidad de la prestación								
7.	Resultados de la participación en concursos, premios de calidad y certificación de la calidad del sistema de gestión (premios a la excelencia, etc.)								
8.	Resultados de las auditorías e inspecciones de la gestión financiera								

ANEXO J – Proceso de Mejora Continua

El objetivo de este proceso es estar permanentemente superando los estándares de la institución mediante la innovación y el crecimiento en todos sus aspectos.

Mediante la herramienta de la autoevaluación, cada institución puede detectar sus puntos fuertes y áreas de mejora, para definir en forma sistemática y ordenada un plan de mejoramiento, cada vez que se repita el proceso. Este plan de mejoramiento constituye el principal resultado de la aplicación de este proceso.

Este proceso de mejora continua se presenta en 3 etapas, divididas en 10 pasos, ,misma que se muestra en la figura 32.



Figura 32 - Diagrama de Niveles de Madurez
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Para el proceso de mejora continua se debe seguir el proceso mostrado en la figura 33:

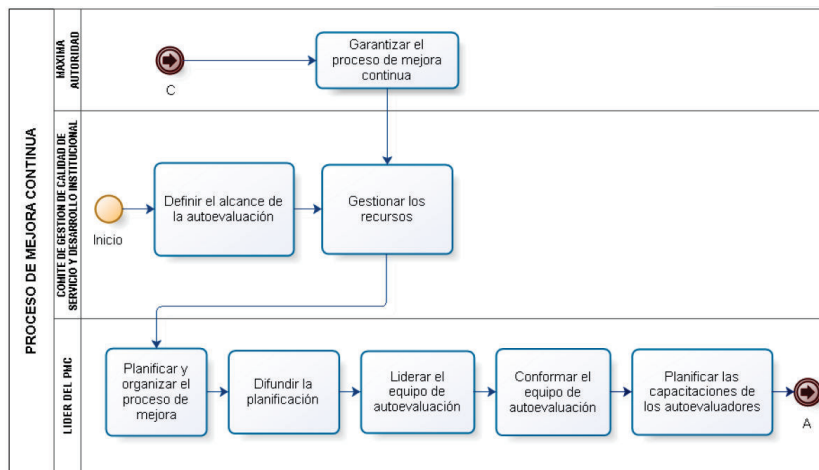


Figura 33 - Diagrama de flujo proceso de mejora continua
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

PUNTO DE PARTIDA

Paso 1. Decidir cómo organizar y planificar la autoevaluación

El Líder del Proceso de Mejora Continua de la Institución, es el responsable de organizar la autoevaluación, para ello, debe aprobar el Plan de Autoevaluación que incluye las actividades a realizar, tiempo asignado, el alcance de la autoevaluación, la necesidad de recursos y los responsables para dichas actividades considerando el proceso de mejora continua.

Un modelo de plan de autoevaluación se muestra en la figura 34:

PLAN DE LA AUTOEVALUACIÓN																		
INSTITUCIÓN																		
ALCANCE																		
PERIODO DE EVALUACIÓN																		
PASO	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA															RESPONSABLES	RECURSOS
		MES 1			MES 2			MES ...			MES n							
		SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7	SEMANA 8	SEMANA 9	SEMANA 10	SEMANA 11	SEMANA 12	SEMANA 13	SEMANA 14	SEMANA 15		
1	Decidir cómo organizar y planificar la autoevaluación	■															CGPGE	Grupo de autoevaluación Logística para visitar los distintos sitios
2	Comunicar el Proyecto de Autoevaluación Plan de Comunicación		■			■											CGPGE Autoevaluadores Coordinadores	Minutas a todos los involucrados en el alcance de la autoevaluación. Reunión para explicar los lineamientos generales. Informes de avance del Plan. Presentación de las conclusiones de la autoevaluación.
3	Constituir uno o más equipos de autoevaluación.																--	--
4	Organizar la capacitación.																--	--
5	Realizar la autoevaluación																--	--
6	Redactar el informe con los resultados de la autoevaluación.																--	--
7	Elaborar un plan de mejora																--	--
8	Comunicar el plan de mejora.																--	--
9	Implementar el plan de mejora.																--	--
10	Planificar la siguiente autoevaluación.																--	--

Figura 34 - Plan de autoevaluación
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Definición del alcance de la autoevaluación:

El Comité de Gestión de Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional define el alcance de la autoevaluación. En caso de que el Comité no se reúna y no defina el alcance, ésta será definida por parte del Líder del Proceso de Mejora Continua.

El alcance debe cubrir todos los procesos sustantivos y adjetivos y todos los criterios y subcriterios del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, aplicable a la institución. Es decir que la institución que se desee aplicar el PMC debe demostrar que tiene su propia misión y visión, que gestiona su talento humano, controla su gestión financiera, y tiene relación con los usuarios del producto / servicio que presta y con otros grupos de interés.

Para el caso de una institución de complejidad menor, respecto a la cantidad de servidores públicos, y respecto a los procesos sustantivos, el levantamiento de la información para realizar la autoevaluación es completo en todas las áreas, sectores y niveles jerárquicos de la institución.

En el caso que la institución posea una estructura muy amplia y compleja, con una distribución geográfica en muchas áreas del país, es conveniente elegir una muestra representativa para recolectar la información necesaria para la evaluación, siempre teniendo en cuenta que estén los procesos sustantivos representados y todos los subcriterios del MEE aplicables incluidos. La muestra para realizar la autoevaluación e implementación de los planes de mejoramiento debe ampliarse conforme la institución avance a un siguiente nivel de madurez.

En la figura 35 se muestra un ejemplo de cómo se puede tomar una muestra para autoevaluar una institución compleja, sin que esto signifique una regla para todas las instituciones.

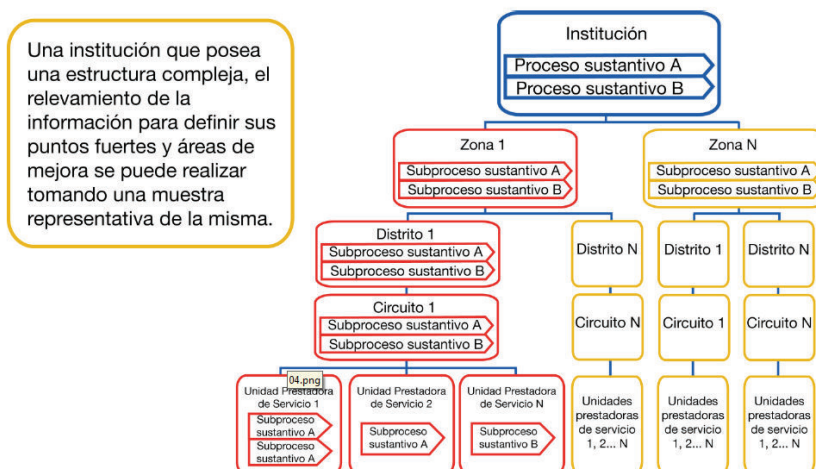


Figura 35 - Diagrama de la muestra para realizar la autoevaluación (Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Entregable:

- Planificación de la autoevaluación
 - Alcance
 - Cronograma
 - Responsables
 - Recursos

Paso 2: Comunicar el Proyecto de Autoevaluación

El Líder del Proceso de Mejora Continua de la institución o quien haga sus veces, junto con el área de comunicación de la institución, desarrolla el plan de comunicación, enfocado en los niveles jerárquicos superiores y servidores públicos con la finalidad de generar en ellos el compromiso, su involucramiento y estimular su interés. Dicho plan debe ser comunicado

al Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo Institucional.

La comunicación es fundamental para lograr el éxito del proyecto, ya que con ella se aclaran dudas, se evitan conflictos, se derriban barreras y se eliminan los miedos. Todos los servidores públicos que formarán parte de la autoevaluación deben tener bien claro cuál es el objetivo de esta autoevaluación, a quien va dirigida y cuál es el resultado esperado.

El plan de comunicación no se limita sólo a difundir lo que se proyecta realizar, sino que también a lo largo del mismo informar a los involucrados y grupos de interés los avances ejecutados, los contratiempos y todo aquello que sea relevante para el proceso de mejora continua.

Es conveniente que el Líder del Proceso de Mejora Continua de la Institución o quien haga sus veces, conduzca el plan de comunicación que incluye:

- Una actividad de lanzamiento del proceso de mejora continua, junto con los referentes de calidad dirigido a todos los servidores públicos, reunidos en plenario (presencial o por medios informáticos), donde se indique el objetivo y meta a lograr, aclarando que su consecución depende de toda la Institución,
- Un archivo de comunicación en intranet o en el caso que la institución no cuente con esta herramienta, en el correo institucional, donde se incorpore la actividad de lanzamiento,
- Reuniones periódicas, indicadas en la misma planificación de la autoevaluación notificando los avances y los contratiempos detectados, además de adoptar acciones correctivas y/o preventivas para lograr el objetivo en el plazo establecido,
- Sitio en la intranet (si la institución cuenta con esta herramienta, caso contrario otros medios de comunicación como el correo institucional) donde los servidores públicos de la institución pueden visualizar los avances y hacer las consultas que consideren oportunas, estas consultas son respondidas por el autoevaluador coordinador,
- Conclusiones / cierre de la autoevaluación, se presenta el plan de mejoramiento a todos los participantes e involucrados en la institución (esta reunión tiene el mismo carácter que la de lanzamiento) para dar el cierre del ciclo PDCA.

Entregable:

- Plan de comunicación
- Lanzamiento del proceso de mejora continua: Evidencia de la difusión del Proyecto a todos los servidores públicos de la institución.

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

Paso 3: Constituir uno o más equipos de autoevaluación.

El Líder del Proceso de Mejora Continua conforma el equipo de autoevaluación, con el fin de ejecutar la autoevaluación, integrado por un autoevaluador coordinador y autoevaluadores. Este equipo debe estar liderado por el Líder del Proceso de Mejora Continua de la Institución o quien haga sus veces.

Con la finalidad de promover la aplicación del modelo y lograr un alto grado de compromiso de todos los integrantes de la institución, se sugiere que para la selección de los autoevaluadores se tenga en cuenta la distribución jerárquica y geográfica del recurso humano.

Es decir que el equipo de autoevaluación, liderado por el Líder del Proceso de Mejora Continua, puede estar integrado por uno o más servidores públicos que pertenezcan a distintas zonas geográficas y de distintos niveles jerárquicos. Cada autoevaluador formará un equipo de trabajo que a su vez también sea representativo del área o sector a evaluar. Siendo los servidores públicos nominados responsables de cumplir con los requisitos de autoevaluadores y prestar colaboración durante todo el proceso.

El objetivo es tener un grupo heterogéneo donde estén representadas todas las zonas de Ecuador en los distintos niveles jerárquicos de la institución, de forma tal que la muestra tomada para la autoevaluación sea lo más representativa posible de la situación actual y no brinde áreas de mejora que puedan estar sesgadas por la geografía o la jerarquía.

Los autoevaluadores constituyen el soporte constante del autoevaluador coordinador y mantienen con él una relación de doble vía.

Teniendo en cuenta la experiencia de cada uno de los integrantes del equipo de autoevaluación, el Líder del Proceso de Mejora Continua puede realizar la asignación de los criterios y subcriterios a cada uno de ellos para autoevaluar, manteniendo consistencia entre la relación de los agentes facilitadores y resultados del MEE. Dependiendo del subcriterio a evaluar, la complejidad de la institución y su tamaño, el autoevaluador puede

formar un equipo de trabajo.

Este equipo de trabajo es designado por el autoevaluador quien selecciona a servidores públicos que conozcan la institución y que pertenezcan o tengan relación con el área y/o subcriterio a evaluar. La conformación de este grupo debe cumplir con el requisito de ser representativo de todas las áreas y todos los niveles, incluyendo todas aquellas unidades desconcentradas.

La figura 36 muestra un ejemplo de Tabla de asignación de criterios / subcriterios por autoevaluador (no pretende ser prescriptiva, cada institución la realizara en función de cómo forme su equipo de autoevaluación y su equipo de trabajo):

TABLA DE ASIGNACION DE CRITERIO / SUBCRITERIO POR EVALUADOR								
Criterio	Subcriterio	Autoevaluador 1	Autoevaluador 2	Autoevaluador 3	Autoevaluador ...	Autoevaluador ...	Autoevaluador ...	Autoevaluador N
1	Liderazgo							
1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores							
1.2	Gestionar la Institución, su rendimiento y su mejora continua							
1.3	Motivar y apoyar a las personas de la Institución y actuar como modelo de referencia							
1.4	Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés							
2	Estrategia y Planificación							
2.1	Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión							
2.2	Desarrollar la estrategia y la planificación con la información recopilada							
2.3	Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la Institución y revisarla de forma periódica							
2.4	Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio							
3	Talento Humano							
3.1	Planificar, gestionar y mejorar el talento humano, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente							
3.2	Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la Institución							
3.3	Involucrar a los servidores públicos por medio del dialogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar							
4	Alianzas y recursos							
4.1	Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes							
4.2	Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos							
4.3	Gestionar las finanzas							
4.4	Gestionar la información y el conocimiento							
4.5	Gestionar las tecnologías							
4.6	Gestionar las instalaciones							
5	Procesos							
5.1	Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés							
5.2	Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos							
5.3	Coordinar los procesos en toda la Institución y con otras organizaciones relevantes							
6	Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios							
6.1	Mediciones de la percepción							
6.2	Mediciones de resultados							
7	Resultados de Talento Humano							
7.1	Mediciones de la percepción							
7.2	Mediciones de desempeño							
8	Resultados de Responsabilidad Social							
8.1	Mediciones de la percepción							
8.2	Mediciones del rendimiento institucional							
9	Resultados Clave del Rendimiento Institucional							
9.1	Resultados externos: resultados e impacto a conseguir							
9.2	Resultados internos: nivel de eficiencia							

Figura 36 - Ejemplo tabla de asignación de criterios
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Entregable:

Conformación del equipo de autoevaluación integrado por:

- El Líder del Proceso de Mejora Continua,
- El coordinador autoevaluador
- Mínimo 4 autoevaluadores de la propia institución, siendo ideal un máximo de 10 personas.
- Conformación de equipos de trabajo.
- Tabla de asignación de Criterios / Subcriterios por Autoevaluador y Equipo de Trabajo.

Paso 4: Organizar la capacitación.

La Institución debe incluir en su plan de capacitación, la formación de los servidores públicos, potenciales autoevaluadores y evaluadores, tanto en la guía metodológica de aplicación del MEE, como en el modelo MEE.

Para este propósito, el Líder del Proceso de Mejora Continua puede solicitar apoyo y asesoría de la SNAP quien suministra la formación para que el equipo de autoevaluación la replique a su vez en la institución.

Los cursos de formación de autoevaluadores y evaluadores cubren los siguientes temas, como mínimo:

Modelo Ecuatoriano de Excelencia para instituciones públicas:

- Principios del modelo de excelencia
- Beneficios de la implementación de un modelo de excelencia en instituciones públicas
- Descripción de la estructura del modelo de excelencia: criterios facilitadores y criterios de resultados
- Desarrollo de cada criterio y subcriterio
- Descripción de la metodología de puntuación
- Talleres de práctica

Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia

- Objetivo y alcance de la aplicación de la guía
- Definición de actores responsables

- Explicación del proyecto camino a la excelencia, proceso de mejora continua y proceso de reconocimiento
- Talleres de práctica

Por otra parte, se considera importante que el nivel jerárquico superior, los mandos intermedios y otros grupos de interés participen de forma voluntaria en las actividades formativas ligadas a la autoevaluación, con el fin de que puedan ampliar sus conocimientos sobre los procesos de autoevaluación bajo el Modelo MEE.

Entregable:

- Programa de formación: temario, cronograma, participantes, duración, lugar de la actividad.
- Evidencias de la formación (registro de asistencia de los participantes y aprobación de la capacitación).
- Elaboración y entrega de certificados de asistencia y aprobación. En el anexo se muestra un ejemplo de temario de formación de evaluadores.

Paso 5: Realizar la autoevaluación

Mediante la autoevaluación las Instituciones públicas deben identificar sus “Puntos Fuertes” y sus “Áreas de Mejora” que le permiten definir planes de mejoramiento de manera sistemática y poder escalar niveles sucesivos de madurez.

La autoevaluación es una herramienta que mide la gestión, la calidad en los servicios prestados y la mejora de éstos.

El equipo de autoevaluación y los correspondientes equipos de trabajo (conformados según lo indicado en el paso 3), comienzan el proceso recolectando información y evidencias, y las clasifican en función del criterio y subcriterio que corresponda.

Cada evaluador toma el F-01 FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN (**Anexo J.1**), correspondiente al criterio / subcriterio que fue asignado a evaluar y completa la siguiente información: datos de la institución, fecha de evaluación, nombre del autoevaluador y del equipo de trabajo.

A partir de las evidencias relevadas, el autoevaluador junto con su equipo de trabajo, evalúa el criterio / subcriterio tomando como referencia el MEE. Esto implica que completa

en el F-01 los campos de puntos fuertes, áreas de mejora y evidencias que justifiquen sus fortalezas.

A los efectos de esta guía se considera:

- Evidencia: Información que justifica una declaración o hecho. Las evidencias son esenciales para formar una conclusión firme o un juicio sobre algo.
- Punto fuerte: son los juicios cualitativos del Autoevaluador con referencia a las orientaciones contenidas en cada subcriterio, que reflejan los logros, hechos y datos de la institución a partir de la constancia de las pruebas (evidencias) en comparación del cumplimiento del MEE y que demuestren su calificación. Su redacción involucra un análisis esquemático que resume los elementos que componen la práctica de gestión que sea en base a las cuatro fases del ciclo de calidad PDCA.

Paso 6: Redactar el informe de resultados de la autoevaluación.

El autoevaluador coordinador elabora el informe de autoevaluación (F-05 INFORME DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA)(**Anexo J.2**) que presenta al líder de la autoevaluación (Líder del Proceso de Mejora Continua) para su validación y posterior aprobación por parte de la máxima autoridad. Una vez aprobada por la máxima autoridad, el Líder del Proceso de Mejora Continua comunica los resultados al Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo Institucional y a los responsables de las unidades.

En este punto las instituciones autoevaluadas, a través de su máxima autoridad, pueden solicitar a la SNAP en un máximo en treinta (30) días calendario después de haber culminado el proceso de su autoevaluación, la validación de su autoevaluación por un equipo de la red de evaluadores, siempre y cuando la institución haya alcanzado el puntaje correspondiente al nivel de madurez, y si la institución alcanza el nivel solicitado, la SNAP emite el reconocimiento a dicho nivel de madurez.

Entregable:

El Informe de Autoevaluación contiene:

- Carátula con los datos de la institución, fecha / periodo de la evaluación
- Nombres y funciones de los autoevaluadores intervinientes y del equipo de trabajo
- Resumen de puntos fuertes y áreas de mejora
- El F-03: FORMULARIO DE CONSENSO (**Anexo J.3**) de la autoevaluación para cada subcriterio.

- Resumen de puntuación, F-04: RESUMEN DE PUNTUACIÓN DEL CONSENSO (Anexo J.4)

PLAN DE MEJORAMIENTO Y PRIORIZACIÓN

Paso 7: Elaborar un plan de mejoramiento.

Las instituciones deben elaborar un plan de mejoramiento resultante de su autoevaluación plasmado en proyectos y/o acciones de mejora, los cuales deben ser definidos en un máximo de 15 días de concluida la autoevaluación y oficializados a la SNAP en el mismo plazo.

El evaluador coordinador y los autoevaluadores intervinientes deben consolidar en el F-06: PLAN DE MEJORAMIENTO (Anexo J.5) todas las áreas de mejora detectadas y las unifican por eje transversal (por ejemplo comunicación, grupo de interés, delegación) o bien por criterio o subcriterio.

Con la información suministrada sobre la unificación de áreas de mejora plasmados en el F-06: PLAN DE MEJORAMIENTO(Anexo J.5), el Líder del Proceso de Mejora Continua, o quien haga sus veces, junto con el Comité de Gestión de Calidad proceden a la priorización, lo que permite ordenar las áreas de mejora teniendo en cuenta su relevancia e impacto. La priorización se calcula como el producto resultante de los parámetros de relevancia e impacto. En el caso que esa reunión no se pueda realizar, es el Líder del Proceso de Mejora Continua, quien determina qué áreas de mejora serán priorizadas.

Relevancia: permite priorizar en función del grado de cumplimiento que tenga la institución respecto a un criterio, subcriterio o tópico.

Impacto: permite priorizar teniendo en cuenta la mayor o menor afectación del área de mejora sobre los grupos de interés y la cultura de la institución.

Parámetro	Valor	Alta	Media	Baja
Relevancia		5	3	1
Impacto		5	3	1

Figura 37 - Priorización de planes de mejoramiento
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Entregables:

- F-06: PLAN DE MEJORAMIENTO: informe que incluye la priorización de las acciones de mejora, los aspectos a mejorar, los responsables de la ejecución, el plazo y los recursos involucrados.

Paso 8: Comunicar el plan de mejoramiento.

El Líder del Proceso de Mejora Continua o quien haga a sus veces debe informar a todo el personal el plan de mejoramiento. Para ello el Líder del Proceso de Mejora Continua debe definir en el plan de comunicación (paso 2) como se realizará y cuando esta devolución a todos los servidores de la institución.

Los miembros del equipo de autoevaluación deben colaborar en la difusión de los planes de mejoramiento, en sus áreas respectivas y en todas aquellas donde se vea reflejado el proyecto.

Una vez aprobados los planes de mejoramiento por la máxima autoridad, debe ser oficializado a la SNAP en el lapso de 15 días calendario de realizada la autoevaluación.

Entregable:

- Plan de comunicación del plan de mejoramiento

Paso 9: Implementar el plan de mejoramiento.

Las instituciones a través de sus coordinaciones generales de planificación y gestión estratégica, son los responsables de hacer el seguimiento respectivo de la implementación y ejecución de sus proyectos de mejora.

Los responsables de las áreas / sectores donde se aplica la mejora son los encargados de implementarla, como así también de informar al Líder del Proceso de Mejora Continua de sus avances o inconvenientes durante la aplicación, mediante el formulario F-06 – PLAN DE MEJORAMIENTO (Anexo J.5)

El Líder del Proceso de Mejora Continua es responsable de informar a la máxima autoridad y al Comité de Gestión de Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional del avance en el cumplimiento de los planes de mejoramiento. Adicionalmente el Ministerio Coordinador puede solicitar que se le informe de los grados de avance de ejecución de los planes de mejoramiento a todas las instituciones de su sector que han participado del proceso de mejora continua.

Los proyectos y actividades definidos como prioritarios en los planes de mejoramiento se implementan no solo en las áreas donde se detectó la oportunidad de mejora, sino también en todos aquellos centros desconcentrados donde aplique dicha mejora.

Por otra parte, cada uno de estos planes de mejoramiento es revisado periódicamente para definir su grado de avance, corregir el rumbo, si fuera necesario, y en todo momento mantener el proceso de mejora bajo control, aplicando el ciclo PDCA. Esto implica: Planificar la mejora, Desarrollar / aplicar el proyecto de mejora, Controlar si la mejora implementada alcanza los requisitos definidos y Actuar para corregir el desvío y lograr el objetivo planteado.

El Comité de Gestión de Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional analiza los informes de grado de avance de la institución y en función de lo ejecutado o pendiente de ejecutar adopta acciones correctivas y/o preventivas para poder cumplir con el proyecto. Por ejemplo, si el plan de mejoramiento está demorada por falta de fondos, hace las gestiones necesarias para la asignación de la partida presupuestaria para que se pueda lograr el objetivo en el tiempo establecido.

Entregable:

- Grado de avance periódico del plan de mejoramiento

Paso 10: Planificar la siguiente autoevaluación.

La utilización del ciclo PDCA para gestionar el plan de mejoramiento implica una nueva autoevaluación, con la finalidad de asegurarse que la ejecución de las acciones de mejora sea eficaz.

En tal sentido, la Institución se debe autoevaluar como mínimo una vez por año para alcanzar el siguiente nivel de madurez.

ANEXO J.1 – F01-Formulario de autoevaluación

Cada Autoevaluador del equipo completa un formulario de Autoevaluación (F-01) para cada uno de los Subcriterios que le fueron asignados por el Autoevaluador Coordinador según la Tabla de asignación de criterio / subcriterio por autoevaluador.

Inicia con el encabezado indicando la Institución, fecha de realización, nombre del Autoevaluador y del Equipo de Trabajo.

Ejemplo para un Subcriterio Facilitador se muestra en la figura 38:

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-01		Formulario de Autoevaluación	
Institución	SALUD PUBLICA	Fecha	15/08/2015
Autoevaluador	José Tevaluo - Jefe de Servicio - Distrito 1		
Equipo de trabajo	Juan Acompañó, Pedro Sano, Carlos Alberto		
Criterios	1	Liderazgo	
Subcriterios	1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
La institución SP ha definido la misión, visión y valores, mediante un taller en el que participaron la Alta Dirección, y los principales colaboradores.		No hay evidencias de que la misión, visión y valores hayan sido difundidos entre todo el personal de la institución.	
Los integrantes del equipo directivo han definido una metodología para que anualmente la misión, visión y valores sean revisados, teniendo en cuenta los resultados de la autoevaluación y las sugerencias recibidas de los grupos de interés.		La misión, visión y valores se ha definido hace poco menos de 2 meses, aún no se ha revisado de acuerdo con la metodología establecida.	
		No se evidencia el desarrollo de una metodología que prevenga comportamientos no éticos, que pueda generar conflictos étnicos, religiosos o políticos.	
Evidencias de los puntos fuertes			
Verificar que la misión, visión y valores estén definidos y que exista una metodología de revisión.			
P	Sólido / integrado		30%
D	Aplicado / sistemático		10%
C	Medición / análisis		10%
A	Aprendizaje / mejora		0%
% de logro asignado		13%	

Figura 38 - Ejemplo tabla de asignación de criterios
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

El Autoevaluador recopila información con la ayuda del Equipo de Trabajo y completan las columnas de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora, incluyendo los temas que consideren oportuno verificar durante la visita.

Con esta información procede el Autoevaluador con su Equipo de Trabajo a asignar una puntuación criterio según la Tabla de Puntajes establecida en el Modelo Ecuatoriano de Excelencia. Para esto, el Autoevaluador y el Equipo de Trabajo ingresan por el medio de la tabla para cada una de las fases P-D-C-A y definen en primer lugar en que banda de porcentaje de logro se encuentran, si está dentro de “Algunas buenas evidencias relativas a áreas relevantes” o “Fuertes evidencias relativas a la mayoría de las áreas”. En caso que sea la primera opción luego establecen si se encuentra en el centro de la banda, en el límite superior o en el límite inferior, esto depende de cuánto se aproxime a la banda inferior de “Algunas evidencia débil relativa a algunas áreas” o “Fuertes evidencias relativas a la mayoría de las áreas”. De igual manera se mueve de bandas hacia ponderaciones

superiores cuando se encuentran fuertes evidencias y comparaciones con otras instituciones consideradas de excelencia.

PUNTUACION CRITERIOS FACILITADORES

FASE	ESCALA	0-In evidencia	Alguna evidencia débil relativa a algunas áreas	Algunas buenas evidencias relativas a áreas relevantes	Fuertes evidencias relativas a la mayoría de las áreas	Evidencias muy Fuertes relativas a todas las áreas	Evidencia excelente, comparada con otras instituciones relativas a todas las áreas
		0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
Planificar	Dorado – integrado La planificación está basada en las necesidades y expectativas de los grupos de interés. La planificación está desplegada en todas las áreas relevantes de la organización, de forma sistemática.						
	Aplicado – sistemático						
Desarrollar	El desarrollo de la actividad se gestiona mediante procesos y responsabilidades definidos y se despliega por todas las áreas relevantes de la organización de forma sistemática.						
Controlar	Medición – análisis Los procesos definidos se controlan con indicadores relevantes y se revisan en todas las áreas relevantes de la organización de forma sistemática.						
Actuar	Aprendizaje – mejora Se realizan acciones correctivas y de mejora a partir de los resultados de la revisión en todas las áreas relevantes de la organización de forma sistemática.						

Para el caso de este ejemplo se evalúa al subcriterio 1.1:

P	30 %	Si bien se ha definido la misión, visión y valores no hay evidencias de que esté desplegada en todas las áreas, por esto se considera el valor en el tope de banda.
D	10 %	Como no hay evidencias de que ha sido aplicado en forma sistemática solo se asigna 10 % debido a durante la definición de la misión, visión y valores participó el equipo de dirección. No ha sido difundida a toda la institución.
C	10 %	No puede verificarse la revisión del despliegue de la misión, visión y valores, porque no ha pasado suficientemente tiempo para que pueda ser aplicada la metodología.
A	0 %	Como no ha sido revisada, obviamente no hay acciones de mejora.

Figura 39 - Ejemplo Puntuación criterios facilitadores
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Estos valores se colocan en los casilleros correspondientes y se calcula el promedio que será asignado al subcriterio.

Ejemplo para un Subcriterio de Resultados:

De la misma manera que se realiza para los Criterios Facilitadores se realiza el proceso de evaluación de los Criterios de Resultados, tomando ahora como referencia la Hoja de Puntuación para Criterios de Resultados. Los Autoevaluadores tienen que buscar cifras, datos y hechos en los Criterios 6 a 9, presentados como gráficos, tablas, etc., que demuestren que estos resultados son el reflejo de la gestión definida en los Criterios Facilitadores.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN			
F-01		Formulario de Autoevaluación	
Institución	SALUD PUBLICA	Fecha	15/08/2015
Autoevaluador	José Tevaluo - Jefe de Servicio - Distrito 1		
Equipo de trabajo	Juan Acompañó, Pedro Sano, Carlos Alberto		
Crterios	6	Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios	
Subcriterios	6.1	Mediciones de la percepción	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
La Institución hace mas de 5 años que realiza encuestas a los ciudadanos que reciben el servicio que brinda. Pero solo se presenta una metodología sistemática y medida en los últimos 2 años.		No hay evidencias de que los resultados de las encuestas sean objetivos y representativos de los ciudadanos que reciben el servicio.	
Las encuestas se realizan en forma anual, durante el mes de octubre.		No hay datos respecto a la medición de accesibilidad y transparencia del servicio.	
Los indicadores correspondiente a la prestación del servicios: calidad y respuesta a los ciudadanos, muestran una tendencia positiva y logro de los objetivos en los dos últimos años.		No se muestran comparaciones con otras instituciones del sector.	
Evidencias de los puntos fuertes			
Solicitar las encuestas de los últimos 2 años para verificar la cantidad de encuestados y el análisis de los datos obtenidos.			
Pedir definición de objetivos y metas para los indicadores mostrados.			
Tendencias		40%	
Objetivos		35%	
Comparaciones		0%	
Alcance		10%	
% de logro asignado		21%	

Figura 40 - Ejemplo formulario de autoevaluación
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

El Autoevaluador con su Equipo de Trabajo, completa los Puntos Fuertes, Áreas de Mejora y las Evidencias. Luego procede a la puntuación, que en este caso se trata de Pautas relacionadas con la tendencia de los datos presentados, el alcance de objetivos definidos, las comparaciones con las mejores instituciones que realizan actividades similares y el alcance de los resultados mostrados.

De igual forma se ingresa por el medio de las bandas de puntuación y se mueve hacia la derecha de la tabla, zona donde el porcentaje de logro es más elevado o hacia la izquierda, donde el porcentaje de logro es menos, según los datos e información obtenida del relevamiento.

PUNTUACION CRITERIOS DE RESULTADOS

PAUTAS	ATRIBUTOS	No hay mediciones	Tendencias negativas	Tendencias estacionales o progreso modesto	Progreso sostenido	Progreso sustancial	Comparaciones positivas para todos los resultados relevantes
	Ponderación →	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
Tendencias	Positivas, apoyan el buen desempeño						
Objetivos	Logros alcanzados						
Comparaciones	Con otras instituciones externas y/o reconocidas en el sector						
Alcance	Se centra en los aspectos relevantes.						

Para el ejemplo de evaluación del subcriterio 6.1:

TENDENCIA	40 %	Se encuentra alguna tendencia pero corresponde a solamente 2 años, hay mejora, por eso se asigna un valor medio en la banda.
OBJETIVO	35 %	Se lograron los objetivos solo en dos casos mostrados, por lo tanto se asigna un valor bajo en la banda 31-40 %.
COMPARACIONES	0 %	No hay evidencias de comparaciones con otras instituciones del sector.
ALCANCE	10 %	Los resultados alcanzados no corresponden a todas las áreas de la institución, ni se han considerado todos los procesos sustantivos, por lo que no puede pasar a una banda de mayor valor.

Figura 41 - Ejemplo Puntuación subcriterio de resultados
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

Estos valores se colocan en los casilleros correspondientes y se calcula el promedio que será asignado al subcriterio.

Finalmente el Autoevaluador Coordinador obtiene al menos 28 formularios correspondientes a la totalidad de subcriterios del MEE, (puede que tenga más de 28 formularios porque un subcriterio puede ser evaluado por más de un Autoevaluador, en este caso se hace consenso de Puntos Fuertes, Áreas de Mejora y Puntaje).

ANEXO J.2 – F-05 Informe del Proceso de Mejora Continua

El Autoevaluador Coordinador y el equipo de autoevaluación, desarrollan el informe del Proceso de Mejora Continua.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN			
F-05		INFORME DE AUTOEVALUACIÓN	
Institución	SALUD PUBLICA	Fecha	05/09/2015
Periodo de la evaluación	Diciembre 2014 - Junio 2015		
Evaluador coordinador	Juan Coordina		
Equipo de trabajo	José Tevaluo - Jefe de Servicio - Distrito 1 Autoevaluador 2 - Jefe ... Autoevaluador 3 - Asistente...		
Resumen de puntos fuertes y áreas de mejora por criterio. <i>Liderazgo</i> : se evidencia un fuerte convencimiento del equipo de dirección respecto a llevar adelante el proceso de mejora continua. <i>Estrategia y planificación</i> : este criterio aún no se ha aplicado en forma sistemática en toda la institución. <i>Talento Humano</i> se ha verificado un fuerte compromiso de todos los entrevistados.... <i>Resultado clave de rendimiento institucional</i> : no se pudo verificar una tendencia en la mayoría de los casos ya que solo se cuenta con solo 2 años de datos.			
Resultado de la Puntuacion final			
Anexos: - Formularios de autoevaluación por subcriterio (corresponde a los 28 formularios F-03 obtenidos del consenso) - Resumen de puntuación (corresponde al formulario F-04 obtenido en la reunión de consenso)			

Figura 42 - Ejemplo Informe de autoevaluación
(Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

El informe debe estar suscrito por todos los intervinientes.

ANEXO J.3 – F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

El Evaluador Coordinador consolida los resultados de la evaluación de todos los Autoevaluadores, en el F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación, para cada uno de los Criterios / Subcriterios del MEE, lo que eventualmente puede modificarse los puntos fuertes y áreas de mejora y cambiar la puntuación. Algún Autoevaluador puede convencer al resto respecto del peso que puede tener un punto fuerte respecto de un área de mejora.

En esta instancia, se completan los 20 formularios de subcriterios facilitadores y 8 formularios para criterios de resultados.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN			
F-03		Formulario de Consenso de Autoevaluación	
Institución	SALUD PÚBLICA	Fecha	30/08/2015
Evaluador coordinador	Juan Coordina		
Equipo de autoevaluadores	José Tevaluo - Jefe de Servicio - Distrito 1 Autoevaluador 2 - Jefe ... Autoevaluador 3 - Asistente...		
Criterio	1. Liderazgo		
Subcriterio	1.1. Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores		
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
La institución SP ha definido la misión, visión y valores.		No hay evidencias de que la misión, visión y valores hayan sido difundidos entre todo el personal de la institución.	
Los integrantes del equipo directivo han definido una metodología para que anualmente la misión, visión y valores sean revisados, teniendo en cuenta los resultados de la autoevaluación y las sugerencias recibidas de los grupos de interés.		La misión, visión y valores se han definido hace poco menos de 2 meses, aun no se ha revisado de acuerdo con la metodología establecida.	
El equipo de dirección ha desarrollado un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos, a la vez que apoye al personal que trata con dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto.			
P	Sólido / integrado	30%	%
D	Aplicado / sistemático	20%	%
C	Medición / análisis	20%	%
A	Aprendizaje / mejora	10%	%
% de logro asignado		20%	

Figura 43 - Ejemplo Formulario de consenso de autoevaluación (Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

ANEXO J.4 – F-04 Resumen de Puntuación de Consenso

El Autoevaluador Coordinador consigna los resultados de cada Autoevaluador en el F-04 Formulario de Resumen de Puntuación del Consenso (% asignado por autoevaluadores). Este formulario es utilizado por el Autoevaluador Coordinador cuando se presente el caso que varios Autoevaluadores hayan analizado el mismo subcriterio, puede llegarse a un acuerdo por consenso o bien si no se logra y las partes están muy enfrentadas, el Autoevaluador Coordinador, optará por llegar a un entendimiento calculando el promedio entre todos los Autoevaluadores intervinientes en este punto.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN										
F-04 Resumen de Puntuación del Consenso										
Institución		SALUD PUBLICA				Fecha		30/08/2015		
Evaluador coordinador		Juan Coordina José Tevaluo - Jefe de Servicio - Distrito 1 Autoevaluador 2 - Jefe ... Autoevaluador 3 - Asistente...								
Equipo de autoevaluadores		-----								
Criterio	Subcriterio	Puntaje máximo	% asignado por Autoevaluadores					% asignado de consenso	Total por subcriterio	Total criterio
			Autoevaluador 1	Autoevaluador 2	Autoevaluador 3	Autoevaluador n	Autoevaluador n			
CRITERIOS FACILITADORES										
1	Liderazgo	120							24	
1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y	30	13%					20%	6	
1.2	Gestionar la Institución, su rendimiento y su mejora	30	20%					20%	6	
1.3	Motivar y apoyar a las personas de la Institución y actuar	30						30%	9	
1.4	Gestionar relaciones eficaces con las autoridades	30						10%	3	
2	Estrategia y Planificación	120							46	
2.1	Reunir información sobre las necesidades presentes y	40		50%				50%	20	
2.2	Desarrollar la estrategia y la planificación con la	40		35%				35%	14	
2.3	Comunicar e implementar la estrategia y la planificación	40		30%				30%	12	
2.4	Planificar, implementar y revisar la innovación y el	40		10%				10%	4	
3	Talento Humano	120							32	
3.1	Planificar, gestionar y mejorar el talento humano, de	40			40%			30%	12	
3.2	Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de	40			30%			30%	12	
3.3	Involucrar a los servidores públicos por medio del	40			25%			20%	8	
4	Alianzas y recursos	120							33	
4.1	Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones	20						30%	6	
4.2	Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos	20						25%	5	
4.3	Gestionar las finanzas	20						30%	6	
4.4	Gestionar la información y el conocimiento	20						10%	2	
4.5	Gestionar las tecnologías	20				40%		40%	8	
4.6	Gestionar las instalaciones	20				30%		30%	6	
5	Procesos	120							50	
5.1	Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos	40				55%		55%	22	
5.2	Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a	40				40%		40%	16	
5.3	Coordinar los procesos en toda la Institución y con otras	40				30%		30%	12	
CRITERIOS DE RESULTADOS										
6	Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios	100							41	
6.1	Mediciones de la percepción	50				45%		40%	26	
6.2	Mediciones de resultados	50				30%		30%	15	
7	Resultados de Talento Humano	100							27,5	
7.1	Mediciones de la percepción	50			30%			30%	15	
7.2	Mediciones de desempeño	50			25%		30%	25%	13	
8	Resultados de Responsabilidad Social	100							20	
8.1	Mediciones de la percepción	50		20%				20%	10	
8.2	Mediciones del rendimiento institucional	50	40%	0%				20%	10	
9	Resultados Clave del Rendimiento Institucional	100							27,5	
9.1	Resultados externos: resultados e impacto a conseguir	50						25%	13	
9.2	Resultados internos: nivel de eficiencia	50	30%	10%		35%		30%	15	
TOTAL DE LA EVALUACIÓN		1000							301	

Figura 44 - Ejemplo Formulario de Resumen de Puntuación del Consenso (Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

ANEXO J.5 – F-06 Plan de Mejoramiento

El Evaluador Coordinador junto con el Equipo de Autoevaluación completa en cada subcriterio del MEE, las áreas de mejora que han sido consensuadas.

En la reunión plenaria del Plan de Mejoramiento, el líder de la autoevaluación (Líder del Proceso de Mejora Continua) a partir de la priorización de los planes de mejoramiento establece responsables, plazos, recursos.

El Formulario F-06, se divide en dos partes, una relacionada con la planificación y otra con el seguimiento.

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN														
F-06 Plan de mejoramiento										Seguimiento				
Institución SALUD PÚBLICA										Fecha 15/09/2015				
PLANIFICACIÓN										SEGUIMIENTO				
Subcriterio	Área de mejora	Parámetros de priorización		Priorización	Plan de mejora	Responsable	Tiempo de ejecución del Plan de Mejora		Recursos	Medio de verificación	Grado de avance	Fecha de verificación del grado de avance	Fecha de cierre	Observaciones
		Relevancia	Impacto				Plazo	Fecha inicio						
1.1	No hay evidencias de que la misión, visión y valores hayan sido difundidos entre todo el personal de la institución.	5	4	20	Establecer un plan de comunicación que alcance a toda la institución. Definir canales de comunicación.	Jefe de Distrito 3	2 meses	01/10/2015	30/11/2015	Sistema informático intranet Personal de apoyo de los Distritos 5 y 6	80%	29/10/2015	---	No se ha completado el proceso de difusión entre todos los servicios médicos.
1.1	La misión, visión y valores se ha definido hace poco menos de 2 meses, aún no se ha revisado de acuerdo con la metodología establecida.	4	3	12	Realizar una revisión parcial, si bien no se ha cumplido un ciclo para medir el grado de despliegue que presenta este punto.	Maxima Autoridad	1 mes	01/10/2015	31/10/2015	---	75%	09/11/2015	---	Se observó un avance de las actividades y un cambio de acciones priorizadas en el proceso de mejora continua.
4.2	---	5	2	10	---	---	---	---	---	---	100%	29/10/2015	---	SEGUIMIENTO CERRADO CUMPLIMIENTO EN FECHA PREVISTA
6.1	---	3	3	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3.1	---	4	2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9.1	---	4	2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5.3	---	3	2	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
8.1	---	5	1	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
7.2	---	3	1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9.2	---	3	1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2.2	---	2	1	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA AUTOEVALUACIÓN														
F-06 Plan de mejoramiento										Seguimiento				
Institución SALUD PÚBLICA										Fecha 15/09/2015				
PLANIFICACIÓN										SEGUIMIENTO				
Subcriterio	Área de mejora	Parámetros de priorización		Priorización	Plan de mejora	Responsable	Tiempo de ejecución del Plan de Mejora		Recursos	Medio de verificación	Grado de avance	Fecha de verificación del grado de avance	Fecha de cierre	Observaciones
		Relevancia	Impacto				Plazo	Fecha inicio						
1.1	No hay evidencias de que la misión, visión y valores hayan sido difundidos entre todo el personal de la institución.	5	4	20	Establecer un plan de comunicación que alcance a toda la institución. Definir canales de comunicación.	Jefe de Distrito 3	2 meses	01/10/2015	30/11/2015	Sistema informático - intranet Personal de apoyo de los Distritos 5 y 6	80%	29/10/2015	---	No se ha completado el proceso de difusión entre todos los servicios médicos.
1.1	La misión, visión y valores se ha definido hace poco menos de 2 meses, aún no se ha revisado de acuerdo con la metodología establecida.	4	3	12	Realizar una revisión parcial, si bien no se ha cumplido un ciclo para medir el grado de despliegue que presenta este punto.	Maxima Autoridad	1 mes	01/10/2015	31/10/2015	---	75%	09/11/2015	---	Se observó un avance de las actividades y un cambio de acciones priorizadas en el proceso de mejora continua.
4.2	---	5	2	10	---	---	---	---	---	---	100%	29/10/2015	---	SEGUIMIENTO CERRADO CUMPLIMIENTO EN FECHA PREVISTA
6.1	---	3	3	9	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
3.1	---	4	2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9.1	---	4	2	8	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5.3	---	3	2	6	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
8.1	---	5	1	5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
7.2	---	3	1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9.2	---	3	1	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
2.2	---	2	1	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Figura 45 - Ejemplo Plan de Mejoramiento (Guía metodológica de aplicación del Modelo Ecuatoriano de Excelencia, 2015)

**ANEXO K – Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 1:
LIDERAZGO**

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03		Formulario de Consenso de Autoevaluación	
Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yánez, Jhadira Proaño, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		
Criterio	1	Liderazgo	
Subcriterio	1.1	Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
Se evidencia que el direccionamiento estratégico de la institución se desarrolló con la participación de los grupos de interés y de mandos medios y se encuentra formalizado en el Plan Estratégico Institucional y Estatuto Orgánico por procesos. P D		No se evidencia la existencia de directrices asociadas al comportamiento esperado en los líderes de la institución.	
La misión, visión, valores y objetivos se difunde a nivel nacional por varios canales de comunicación interna y externa tales como eventos lúdicos, comunicaciones internas, carteleras, wallpaper, pagina web de ANT y además se evalúa su entendimiento mediante encuestas. P,D,C		No se evidencia un sistema de recopilación de información de manera sistémica, que permita identificar la necesidad de revisión del Plan estratégico institucional.	
La institución recopila algunos insumos para identificar necesidades de revisión del Plan Estratégico tales como: evaluaciones anuales del cumplimiento del plan estratégico, encuestas de percepción de la gestión institucional, informes de seguimiento de cumplimiento de los planes, programas y proyectos. PDC		No se evidencia la generación de un plan de acción a partir de los informes de evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Institucional presentados.	
Se cuenta con el código de ética y un comité que lo gestiona, se evidencia actividades en el 2014 y 2015 de sensibilización por varios medios, tales como: reuniones de la máxima autoridad, wall paper, bandas sonoras provistas por la SNAP. P DC		No se evidencia reuniones del Comité de Ética en el último año.	
Se cuenta con un plan de combate a la corrupción y reportes cuatrimestrales de avances. PDC		No se evidencia que las acciones de sensibilización sobre transparencia y honestidad respondan a una planificación.	
Se cuenta con un mapa de riesgos en los que se ha identificado riesgos de fraude interno en la Dirección de Títulos Habilitantes. PDC		No se evidencia la identificación de riesgos de fraude interno en todas las áreas y en las que se ha identificado no se evidencia la implementación de un	
Se evidencia que por 3 años consecutivos se realizan encuestas de la actuación de los líderes de ANT .A		No se evidencia un plan de acción a partir de las encuestas de liderazgo realizadas.	
Se mantienen reuniones informativas y de retroalimentación con los Directores de manera periódica y se ha realizado una encuesta para determinar si esta práctica se despliega a los demás niveles de la institución. D, A		No se evidencia la toma de acciones a partir de los resultados de la encuesta para determinar si la practica de reuniones informativas y de retroalimentación se despliega a todos los niveles de la institución.	
P	Sólido / integrado		70%
D	Aplicado / sistemático		70%
C	Medición / análisis		50%
A	Aprendizaje / mejora		20%
% de logro asignado			53%

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación		
Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yáñez, Jhadira Proaño, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		

Criterio	1	Liderazgo
Subcriterio	1.2	Gestionar la Institución, su rendimiento y su mejora continua

Puntos fuertes	Áreas de mejora
Las responsabilidades están definidas en el estatuto orgánico y el manual de puestos aprobado con cuyos perfiles se contrata al personal . P,D	No se evidencia la identificación de los dueños de los procesos.
Se evidencia que en función de las necesidades institucionales se delegan las responsabilidades y competencias tanto a personal interno como a instituciones especializadas vinculadas con la ANT. D	No se evidencia la recopilación sistémica de datos e información que permitan identificar necesidades de revisión del estatuto orgánico.
Se evidencia reformas al estatuto orgánico en el 2014 y reformas al descriptivo de puestos en los años 2015 y 2016 en base a necesidades institucionales. D,A	No se evidencia que las revisiones anuales de planes, programas, proyectos y objetivos respondan a un análisis del comportamiento de años anteriores y a la determinación de las necesidades de todos los grupos de interés.
Los planes, programas, proyectos, objetivos, indicadores, metas y riesgos son establecidos atendiendo los requerimientos de algunos grupos de interés tales como: MTOP, MCPEC, SENPLADES, DIRECTORES DE AREA, DIRECCION EJECUTIVA y son desplegados a todos los niveles de la institución y actualizados anualmente. PDCA	No se evidencia la implementación de un plan de comunicación externa.
Se evidencia que a partir del 2013 hasta la fecha esta funcionando la herramienta GPR a través de la cual los objetivos, planes, programas y proyectos están alineados a la planeación estratégica y son monitoreados mediante metas e indicadores. P,D,C	No se evidencia la recopilación sistémica de datos estadísticos que faciliten la identificación de nuevos objetivos , metas e indicadores.
Se evidencia la existencia de un plan de posicionamiento institucional presentado a planificación y que se encuentra en proceso de solventar observaciones. P	No se evidencia un manual o guía de políticas para la gestión de la comunicación interna y externa.
Se evidencia que la institución se encuentra implementando varios sistemas de gestión tales como: Plan de Excelencia institucional , modelo ecuatoriano de excelencia, ISO9001-2008, Gestión de riesgos institucionales, Gestión de seguridad de la información, Gestión de capacidad regulatoria. P,D	
Se evidencia que la estrategia de la gestión de tecnología está alineada al Plan estratégico institucional. P, D	
Se evidencia la implementación de varias herramientas de monitoreo y control tales como: herramienta GPR, Ranking Interno, diagnóstico anual del índice de capacidad institucional regularia, auditorias internas ISO9001, reuniones Staff con la máxima autoridad, tableros de monitoreo y control de procesos, encuestas de satisfacción del cliente interno. PDC	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de las herramientas de monitoreo y control, Ranking Interno, índice de capacidad institucional regulatoria, reuniones staff, tableros de monitoreo y control de procesos, encuestas de satisfacción del cliente interno.

Se evidencia la implementación de varios canales de comunicación INTERNA tales como intranet, carteleras, reuniones Staff, además se evidencia la práctica de evaluar el entendimiento del mensaje mediante encuestas electrónicas. D,C	No se evidencia la recopilación de planes o acciones que se generan a partir de los resultados de las encuestas electrónicas para validar el entendimiento de la información publicada por los distintos canales de comunicación interna.		
Se evidencia el funcionamiento de canales de comunicación EXTERNA tales como pagina web de ANT, ruedas de prensa, TV instalados en las áreas de atención al usuario, conversatorios con actores, reuniones. D			
Se evidencia la práctica de construir proyectos de mejora por parte de las direcciones de área, cuyo cumplimiento es monitoreado periódicamente y el no cumplimiento de los mismos es justificado. P, D, C	No se evidencia la recopilación de acciones a partir de los resultados del monitoreo de los planes de mejora que están ejecutando las distintas direcciones.		
Se evidencia que la máxima autoridad sensibiliza y apoya al personal sobre temas innovadores para la agencia tales como: Plan regulatorio bajo metodología SENPLADES, generadores de acción, ISO9001, modelo ecuatoriano de excelencia, programa ANT se refleja en tu puestos de trabajo, participación en el rally de innovación, programa de gestión de cambio, implementación de dinero electrónico, Diagnóstico de la capacidad institucional regulatoria, Ventanilla Unica Virtual P,D	No se evidencia la determinación, implementación y recopilación sistemática de los resultados del monitoreo y control de temas de innovación tales como: Plan regulatorio generadores de acción, ISO9001, modelo ecuatoriano de excelencia, programa ANT se refleja en tu puesto de trabajo, programa de gestión de cambio, implementación de dinero electrónico, diagnóstico de capacidad institucional regulatoria, Ventanilla Unica Virtual.		
Se evidencia la motivación realizada por la Directora Ejecutiva a los servidores que participan en temas de innovación. D			
P	Sólido / integrado	50%	%
D	Aplicado / sistemático	50%	%
C	Medición / análisis	50%	%
A	Aprendizaje / mejora	20%	%
% de logro asignado		43%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03		Formulario de Consenso de Autoevaluación	
Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yáñez, Jhadira Proaño, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		
Criterio	1	Liderazgo	
Subcriterio	1.3	Motivar y apoyar a las personas de la Institución y actuar como modelo de referencia	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
Se evidencia acciones de liderazgo a través del ejemplo. D		No se evidencia una retroalimentación de los líderes hacia sus colaboradores respecto a su desempeño.	
Se evidencian la participación de ANT en actividades para erradicar el discrimin. D		No se evidencia un plan de acción a partir de los resultados de las encuestas realizadas.	
Anualmente los servidores son consultados sobre su percepción acerca de la gestión institucional y trimestralmente se realizan encuestas de satisfacción del cliente interno. D,C		No se evidencia la implementación del procedimiento de inducción en todos los niveles de la ANT.	
Los líderes apoyan la consecución de objetivos generando compromisos escritos, designando equipos de trabajo, comités y acuerdos laborales. P,D		No se evidencia la existencia de una base de conocimiento tanto de procedimientos como de material de capacitación.	
Se evidencia la delegación de responsabilidades hacia personal interno y entidades especializadas a fin de optimizar los servicios de ANT D		El plan de capacitación no esta alineado al cierre de brechas resultantes de la evaluación de desempeño.	
Se evidencia una encuesta cuyo resultado indica que el 70% de los líderes realizan reuniones periódicas con el personal. D, C		No se evidencia acciones realizadas posterior a la recepción de las recomendaciones recibidas del personal en el evento acción en cadena	
Se evidencia una cultura de reconocimiento por logros alcanzados D			
Los líderes apoyan el desarrollo de las competencias mediante convenios de intercambio de experiencias nacionales e internacionales, planes de capacitación continua y mediante un proceso de inducción del personal. P,D,C			
Se evidencia la recepción de recomendaciones de los servidores. D,C			
Se evidencia acciones de reconocimiento por logros alcanzados. D			
P	Sólido / integrado		50%
D	Aplicado / sistemático		50%
C	Medición / análisis		50%
A	Aprendizaje / mejora		15%
% de logro asignado		41%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yáñez, Jhadira Proaño, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		

Criterio	1	Liderazgo
Subcriterio	1.4	Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
La Directora Ejecutiva realizó 120 conversatorios nacionales con los grupos de interés y las Direcciones Provinciales también realizarán reuniones con los grupos de interés. D	No se evidencia un registro sistémico, estadístico e integrado de los conversatorios nacionales con los grupos de interés realizados tanto por las máximas autoridades como por las Direcciones provinciales y Direcciones de área que apliquen y tampoco se evidencia la implementación de mecanismos de control y evaluación de la efectividad de las mismas.		
La institución realiza actividades de seguridad vial en conjunto con la fundación CAVAD D	No se evidencia un registro sistémico, estadístico e integrado de las actividades de seguridad vial implementadas directamente por ANT o en conjunto con fundaciones u otras instituciones y tampoco se evidencia la implementación de mecanismos de control y evaluación de la efectividad de las mismas.		
Los Directivos regionales participan en mesas ciudadanas donde se recogen las necesidades de los grupos de interés de la región y se monitorea el cumplimiento respectivo. D,C,	No se evidencia un plan de comunicación para construir y promover el conocimiento público, reputación y reconocimiento de la institución y sus servicios.		
La Directora Ejecutiva participa en los gabinetes itinerantes en donde se recoge las necesidades del Presidente y los Ministros y se monitorea el cumplimiento respectivo a través de la herramienta SIGOB. D,C			
Se evidencia la realización de grupos focales para la mejora de los procesos. D,C,			
P	Sólido / integrado	30%	%
D	Aplicado / sistemático	50%	%
C	Medición / análisis	30%	%
A	Aprendizaje / mejora	10%	%
% de logro asignado	30%		

ANEXO L- Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 2:
ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	Ana Estrada Dávila		
Equipo de trabajo	Mario Estrella		

Criterio	2	Estrategia y Planificación
Subcriterio	2.1	Reunir Información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión

Puntos fuertes		Áreas de mejora	
La institución cuenta con un plan estratégico 2013-2017 alineado al Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) en donde se tomaron en cuenta grupos de interés prioritarios. P,D,C		No se evidencia que la institución cuenta con actualizaciones del plan estratégico de acuerdo a los cambios en el entorno.	
La Institución tiene identificados sus grupos de interés D		No se evidencia la identificación de necesidades presentes y futuras de los grupos de interés.	
La institución toma en cuenta a los grupos de interés cuando existe alguna reforma o información relevante respecto a temas de interés común D,C			
La institución ha aplicado algunas herramientas en algunos servicios que brinda la institución con la finalidad de determinar las necesidades, expectativas y satisfacción de los usuarios. D,C		No se aplican herramientas para determinar los requerimientos de los usuarios en todos los servicios brindados por la institución.	
La institución cuenta con un análisis FODA en donde se analizaron las diferentes variables externas P,D,		No se evidencia que se revisa periódicamente las variables y las estrategias institucionales	
La institución cuenta con una herramienta tecnológica que permite recopilar a nivel nacional de forma sistemática la información relevante de gestión, así como la información de proyectos y recursos. Esta herramienta llamada Gobierno por Resultados (GPR) es utilizada desde el año 2012. P,D,C		La institución no evidencia planes de acción que se reflejen en una mejora en los resultados de gestión.	
Evidencias de los puntos fuertes			
Plan Estratégico aprobado 2013-2017			
Informes de grupos focales en servicios ANT y encuestas de satisfacción a nivel nacional y convocatorias a talleres e informe de seguimiento de planes institucionales			
Plan anual terminado GPR 2013, 2014 y 2015, Plan Anual comprometido, Reportes Estratégicos GPR			
P	Sólido / integrado	40%	
D	Aplicado / sistemático	30%	
C	Medición / análisis	35%	
A	Aprendizaje / mejora	10%	
% de logro asignado		29%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	Ana Estrada Dávila		
Equipo de trabajo	Mario Estrella		

Criterio	2	Estrategia y Planificación
Subcriterio	2.3	Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la Institución y revisarla de forma periódica

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
La institución cuenta con herramientas tecnológicas como SIPEIP y GPR en donde se alinean los objetivos estratégicos, las estrategias, indicadores, objetivos operativos, proyectos y metas de la institución desde el año 2013 hasta la actualidad. P,D,C			
La institución comunica a la máxima autoridad el estado de cumplimiento del plan estratégico 2013-2017 P,D	No se evidencia la socialización de esta información a todas las direcciones de la institución		
La institución cuenta con instructivos que permiten aplicar métodos para la revisión, medición y/o evaluación periódica de los resultados. Éstos son medidos de manera mensual en el Ranking Interno. P,D,C	No se evidencia actualización periódica de instructivos		
La institución realiza anualmente el Plan Anual Comprometido en el cual se establecen los indicadores y metas a ser alcanzados en el periodo y en su Plan Anual Terminado que refleja los resultados anuales alcanzados en cada Dirección. Éstos se realizan desde el año 2013 hasta la actualidad. P,D,C	No se evidencia que se comunica de forma eficaz los indicadores, metas, ni tampoco se demuestra qué se hace con las mediciones plasmadas en los Planes.		
Se ha implementado una herramienta de seguimiento denominada "Ranking Interno" sobre el cual se presentan planes de acción cuando los resultados no son favorables. P,D,C	No se evidencia que se revisan periódicamente las variables ni se realiza una actualización de las estrategias institucionales		
Evidencias de los puntos fuertes			
Plan Anual Comprometido 2014,2015 y 2016 y Reporte de alineación del sistema SIPEIP 2015 y 2016 ANT, Plan Anual terminado, Reportes Estratégicos GPR			
Instructivo aprobado para la carga de documento de soporte de indicadores e instructivo			
Plan Anual Terminado ANT 2013,2014 y 2015			
Plan de acción de Ranking Interno			
P	Sólido / integrado	51%	
D	Aplicado / sistemático	45%	
C	Medición / análisis	45%	
A	Aprendizaje / mejora	15%	
% de logro asignado		39%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	Ana Estrada Dávila		
Equipo de trabajo	Mario Estrella		

Criterio	2	Estrategia y Planificación
Subcriterio	2.4	Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
La institución cuenta con un indicador que promueve la consideración de recursos a proyectos de innovación P,C	La institución no evidencia una cultura de innovación		
Se evidencia involucramiento de los grupos de interés en propuestas de innovación D	La institución no cuenta con una estrategia de innovación definida.		
La institución muestra iniciativas de gestión de cambio	No se evidencia que está institucionalizada la cultura de cambio en la ANT		
La institución evidencia un avance en implementación de servicios electrónicos D	No se evidencia que la ANT en base a los resultados de la implementación de servicios electrónicos tenga planes de acción que permitan <u>incrementar su eficacia.</u>		
Se evidencia que la Institución ha tenido mejorado tiempos de entrega de algunos servicios y ha eliminado ciertos requisitos C,A	No se evidencia una mejora en todos los servicios que entrega la Institución		
La Institución realiza campañas de concientización innovadoras a través de diferentes medios de comunicación D			
Evidencias de los puntos fuertes			
Informe de Ejecución Indicador Homologado "Porcentaje de presupuesto asignado a proyectos de innovación y desarrollo (I+D)"			
Matriz del Plan Nacional de Simplificación de Trámites (PNST)			
Fichas de trámites mejorados			
Certificado de participación en taller de gestión de cambio			
Actas de reuniones con Banco Central del Ecuador y Banco Mundial			
Fotos Campaña de Concientización en Seguridad Vial			
P	Sólido / integrado	15%	
D	Aplicado / sistemático	11%	
C	Medición / análisis	11%	
A	Aprendizaje / mejora	15%	
% de logro asignado		13%	

ANEXO M– Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 3: TALENTO HUMANO

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación		
Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		

Criterio	3	Talento Humano
Subcriterio	3.1	Planificar, gestionar y mejorar el talento humano, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente

Puntos fuertes	Áreas de mejora
La institución cuenta con un plan estratégico del Talento Humano aprobado desde el año 2014 que se encuentra alineado al plan estratégico y tiene un seguimiento cuatrimestral P,D,C	La institución no cuenta con una estructura ocupacional actualizada nivel nacional
La institución analiza periódicamente las necesidades del talento humano a nivel nacional (Matriz, Direcciones Provinciales y Oficinas de Atención al Usuario) y se analiza con cada responsable a nivel nacional D,C	La institución no evidencia la validación de los productos y servicios en cada Dirección a nivel nacional
La institución aplica el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos utilizando perfiles de competencia en cada puesto con el objetivo de Gestionar y mejorar el Talento Humano, los concursos se realizan a nivel nacional y de manera planificada y aprobada por la Dirección Ejecutiva P,D,	
La institución cuenta desde el año 2015 con un Reglamento Interno aprobado y socializado tanto de LOSEP como del Régimen Código de trabajo y gestiona cada movimiento del Talento Humano mediante acciones de personal P, D, C.	
La institución por medio de la Dirección del Talento Humano aplica los procesos del Talento Humano aprobados a nivel nacional para reclutamiento, Selección e Incorporación del Personal tomando en cuenta las competencias requeridas para cada puesto de trabajo de acuerdo a las necesidades institucionales. P,D	No se evidencia una política de promoción y reconocimiento en la ANT.
La Dirección De Administración del Talento Humano en los últimos tres años ha desarrollado y difundido la evaluación de desempeño a nivel nacional en base a la norma técnica de evaluación de desempeño del Ministerio del Trabajo. P,D,C	La institución no evidencia el análisis de los resultados obtenidos por los servidores con el fin de tomar acciones de mejora.
	La institución no evidencia la implementación de servicios on-line que permitan a los funcionarios acceder a capacitaciones por esta herramienta
La institución ha planificado e implementado estrategias y actividades respecto a la pluriculturalidad y transparencia y equidad de género mediante herramientas comunicacionales a nivel nacional P,D,	No se evidencia el cumplimiento del 4% de la nómina con personal con discapacidad en el año 2015
La institución presenta algunas evidencias de reconocimiento y promociones D	

Evidencias de los puntos fuertes			
Plan Estratégico de Talento Humano aprobado			
Memorando No. ANT-DTH-2015-2635 de 07 de oct de 2015			
Manual de Descripción, Clasificación y Valoración de puestos			
Reglamento Interno Aprobado de LOSEP y Reglamento Interno Aprobado de Código de Trabajo			
Procedimiento de Reclutamiento, Selección e Incorporación de personal aprobado			
Evaluaciones de desempeño ANT			
Campaña de pluriculturalidad y equidad de género ANT			
Informe de concurso de méritos y oposición (cronograma), Reconocimiento al personal en los eventos Acción en Cadena			
P	Sólido / integrado	55%	
D	Aplicado / sistemático	55%	
C	Medición / análisis	35%	
A	Aprendizaje / mejora	10%	
% de logro asignado		39%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		

Criterio	3	Talento Humano
Subcriterio	3.3	Involucrar a los servidores públicos por medio del dialogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
La institución evidencia algunas iniciativas comunicacionales D	No se evidencia una cultura de comunicación definida.		
	la institución no evidencia una cultura de aportación de ideas y sugerencias de los servidores.		
La institución involucra a los servidores públicos y representantes en el desarrollo de mejoras y planes P,D, A			
la institución evidencia alguna iniciativa de acuerdos laborales entre directivos y servidores. D	No se evidencia acuerdos laborales de manera periódica y a nivel nacional		
La institución realiza periódicamente encuestas de diagnóstico a los servidores públicos y comunican sus resultados C			
la institución realiza periódicamente encuestas de satisfacción del cliente interno C			
	La institución no evidencia acciones permanentes que incentiven e inculquen buenos hábitos alimenticios y físicos en sus servidores		
La institución evidencia actividades promoviendo la premiación a los servidores públicos de forma no monetaria D			
Evidencias de los puntos fuertes			
Implementación de redes Facebook, twitter para interacción con usuarios			
Actas de aprobación de flujo To Be de procesos de servicios y Listado de asistencia para selección de representantes de comités paritarios			
Acta transaccional de acuerdos laborales			
Comparativo de evaluación de diagnostico a nivel nacional de la ANT 2012-2013-2014 y 2015			
Encuestas de cliente interno ANT			
Cartas de felicitación a servidores públicos y premiación ranking interno			
P	Sólido / integrado	25%	
D	Aplicado / sistemático	30%	
C	Medición / análisis	20%	
A	Aprendizaje / mejora	15%	
% de logro asignado		23%	

ANEXO N- Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRANSITO	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gioconda Altamirano, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez, Fredy Yáñez, Jhadira Proaño, Gonzalo Vásquez		

Criterio	4	Alianzas y recursos
Subcriterio	4.1	Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes.

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
4.1.1 Se han instrumentado acuerdos de colaboración para mejorar la gestión operativa de la institución.	No se evidencia que se ha realizado un proceso de identificación de socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones.		
4.1.1 Se selecciona a los proveedores aplicando criterios de responsabilidad social.			
4.1.2 Se ha fomentado y organizado colaboraciones especializadas para desarrollar e implementar proyectos en conjunto tales como el realizado con el Consorcio Servicios por Resultados - SPR en la construcción de la taxonomía II fase. D	No se evidencia el monitoreo y evaluación de los resultados de los convenios existentes en la institución.		
4.1.3 Se participó en el Programa de Seguridad en el Transporte con la finalidad de aumentar las capacidades para la seguridad del transporte en relación a la seguridad vial, y desarrollos técnicos de vehículos y de recursos humanos, organizado por la Autoridad Coreana Seguridad en el Transporte. D	No se evidencia la realización de un proceso de identificación de las necesidades de alianzas público-privadas a largo plazo.		
4.1.4 Se evidencia en la página web de la Agencia Nacional de Tránsito la socialización de las regulaciones emitidas con relación a denuncias por no uso de taxímetros. D	No se evidencia que en los convenios se establezca mecanismos de evaluación de efectividad del mismo.		
4.1.5 Se realiza el seguimiento y monitoreo de actividades semanales para proyectos con sectores aliados referente a desarrollo y Plan indicativo Regulatorio. C			
4.1.6 Se evidencia la actualización de Prioridad del Proyecto de Seguridad integral para el transporte público y comercial. A			
4.1.7 Se evidencia monitoreo en los avances de los planes interinstitucionales. C			
4.1.8 Se evidencia reuniones de cooperación interinstitucional referente al Comité Nacional de la Calidad del aire del Ministerio del Ambiente. D			
4.1.9 Se evidencia mediante actas de reuniones con empresas públicas la participación en procesos de matriculación y revisión vehicular. D	No se evidencia si esos procesos se han evaluado su efectividad y se han mejorado.		
4.1.10 La institución mantiene sinergia con agrupaciones ciudadanas y organizaciones de la sociedad civil mediante retroalimentación de información con respecto a vías acceso. D	No se evidencia mediante encuestas la medición de satisfacción de la ciudadanía en general.		
4.1.11 Mediante un marco de trabajo adecuado por medio del cual se recogieron ideas y sugerencias vía buzones de reclamaciones, luego de analizar y tratar la información se difunde los resultados mediante informes de inspecciones. D y C	No se evidencia que la Institución acoja las sugerencias recogidas.		
4.1.12 La institución dispone de información actualizada referente a la evolución, comportamiento individual y social de lo ciudadanos por medio de encuestas con los sectores de interés. C	No se evidencia que la Institución realice un plan de acción con los resultados obtenidos en las encuestas.		
4.1.13 La institución realiza un control de mantenimientos vehiculares trimestralmente con la finalidad de monitorizar y evaluar sus bienes de larga duración. C			
P	Sólido / integrado	15%	
D	Aplicado / sistemático	46%	
C	Medición / análisis	45%	
A	Aprendizaje / mejora	15%	
% de logro asignado		30%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRANSITO	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gioconda Altamirano, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez, Fredy Yáñez, Jhadira Proaño, Gonzalo Vásconez		

Criterio	4	Alianzas y recursos
Subcriterio	4.5	Gestionar las tecnologías

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
4.5.1 Se evidencia la implementación del Sistema único de Tránsito. D	No se cuenta con planes de acción a partir de las encuestas realizadas con los usuarios internos.		
4.5.2 Se evidencia la ejecución del Plan de contingencia sobre la seguridad de la información. P,D	No se evidencia un mecanismo de control o evaluaciones con la finalidad de mejorarlo en función de los resultados.		
4.5.3 La institución ha implementado el manual de acceso a servicios vía web. D	No se evidencia una evaluación de su implementación para una posterior optimización en función de los resultados.		
4.5.4 Se evidencia mediante el diseño y gestión de la tecnología la ejecución del Plan Estratégico de Tecnología de la Información. P,D			
4.5.5 La institución con el objetivo de implementar, revisar y evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías usadas cuenta con el contrato de contingencia de sistema único de tránsito. C			
4.5.6 Se evidencia el uso seguro, eficaz y eficiente de las tecnologías mediante la implementación de una Política y reglamentación de seguridad de la información. D			
4.5.7 Se evidencia mediante hojas de asistencia y actas de reuniones con terceros la aplicación de tecnologías de forma eficiente y de manera adecuada. C	No se evidencia las mejoras en base los resultados de los controles realizados.		
4.5.8 Se evidencia la implementación del proyecto ventanilla única virtual por medio del cual se define como las TICS pueden ser utilizadas para mejorar el servicio prestado. A	No se cuenta con una herramienta e apoyo para el seguimiento de las tareas asignadas.		
4.5.9 La institución ha implementado mediante la emisión de certificaciones online la ejecución del Plan de contingencia relacionado a la seguridad de la información. P,D	La institución no evidencia impacto socioeconómico y medioambientales de las TICS.		
4.5.10 Mediante el diseño de un cronograma de mantenimiento de equipos tecnológicos se da cumplimiento a los objetivos estratégicos y operativos institucionales. P,D			
4.5.11 Se evidencia el uso de la información del plan estratégico institucional para el desarrollo del Plan Estratégico de Tecnología. P,D	No se evidencia la ejecución del Plan Estratégico de Tecnología.		
4.5.12 Los proyectos de inversión tecnológica se implementa, monitorea y evalúa la relación coste-efectividad así como el tiempo de retorno de la	No se evidencia que se aplique las herramientas con las que cuenta la institución para las actividades de formación.		
P	Sólido / integrado	30%	%
D	Aplicado / sistemático	52%	%
C	Medición / análisis	35%	%
A	Aprendizaje / mejora	15%	%
% de logro asignado	33%		

ANEXO O– Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 5:
PROCESOS

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
 AUTOEVALUACIÓN**

F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		

Criterio	5	Procesos
Subcriterio	5.1	Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés

Puntos fuertes	Áreas de mejora
La institución cuenta con identificación y mapeo de los procesos institucionales P,D	La institución no evidencia una documentación y descripción de todos los procesos de la institución o con un catálogo de procedimientos
La institución cuenta con asignación de responsables y responsabilidades de cada proceso C	La institución no evidencia un Estatuto Orgánico por Procesos Actualizado
la institución evidencia un análisis y evaluación de los riesgos institucionales A	
la institución cuenta con el Plan Anual Comprometido donde están alineados los objetivos con los procesos, indicadores y estrategias	
La institución ha aplicado algunas herramientas que involucran a los servidores y grupos de interés en el diseño y mejora de los procesos P,D,C,A	No se evidencia el involucramiento en todos los servicios
	La institución no evidencia asignación de recursos en algunos de los procesos en mejora sin embargo no evidencia esta asignación en todos los procesos
La institución cuenta con un Plan Nacional de Simplificación de Trámites en donde se consideran mejoras en tiempo y requisitos de los tramites institucionales P,A	
La institución evidencia algunas iniciativas de Benchmarking	No se evidencia procesos innovadores al respecto.

Evidencias de los puntos fuertes			
Estatuto Orgánico Funcional por Procesos			
Procedimientos, Estatuto Orgánico Funcional por Procesos			
Matriz de riesgos institucionales			
Plan Anual Comprometido, Plan Anual Terminado, Reportes Estratégicos GPR			
Grupos focales realizados con usuarios y personal de la ANT			
Matriz de simplificación de Trámites ANT			
Informes técnicos de comisión de servicios de personal de la ANT al exterior para participación en proyectos relacionados a la mejora e innovación en temas de TTTSV			
P	Sólido / integrado	50%	
D	Aplicado / sistemático	40%	
C	Medición / análisis	30%	
A	Aprendizaje / mejora	15%	
% de logro asignado		34%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		

Criterio	5	Procesos
Subcriterio	5.2	Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos

Puntos fuertes	Áreas de mejora		
La institución cuenta con un módulo de servicios en la herramienta GPR en donde esta determinada la clasificación de los servicios de la ANT. P,D	La Institución no evidencia la gestión integral de los servicios de la ANT		
La institución evidencia el involucramiento de los ciudadanos mediante encuestas y grupos focales en el mejoramiento de los servicios. D,C,A	La Institución no evidencia una metodología que involucre al usuario y/o ciudadano en el mejoramiento de los productos y servicios de la ANT.		
La institución cuenta con información detallada de los productos, servicios y resoluciones institucionales actualizadas en la página web institucional D,A			
La institución cuenta con un sistema de atención de denuncias disponible en la página web ANT D,C			
Evidencias de los puntos fuertes			
Taxonomía de Servicios ANT			
Informes de los Resultados de Grupos Focales y encuestas			
Página web institucional ANT			
Página web institucional ANT, módulo de denuncias/contacto			
P	Sólido / integrado	50%	
D	Aplicado / sistemático	45%	
C	Medición / análisis	45%	
A	Aprendizaje / mejora	10%	
% de logro asignado		38%	

ANEXO P- Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 6:
RESULTADOS ORIENTADOS A LOS USUARIOS/CIUDADANOS

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yanes, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		

Criterio	6	Resultados orientados a los Ciudadanos/Usuarios
Subcriterio	6.1	Mediciones de la percepción

Puntos fuertes	Áreas de mejora
Se dispone de una encuesta de identidad y nivel de confianza realizada en 2011 misma que permitirá medir tendencias.	No se dispone de encuestas de percepción de la imagen global de la institución y su reputación en los últimos 3 años y tampoco se evidencia una comparación con otras instituciones similares. No se evidencia la ejecución del plan de posicionamiento de la ANT.
Se cuenta con los resultados de las encuestas de percepción del conocimiento de la misión de ANT a nivel interno y externo realizados a la ciudadanía en el año 2013,2014,2015 T +	No se evidencia encuestas de percepción de todos los servicios de ANT y de los que se cuenta no se evidencia que exista socialización de los resultados y los planes de acción respectivos.
En el 2015 la ANT realizó grupos focales para receptar la percepción de la calidad del servicio de emisión de títulos habilitantes de transporte comercial, autorización de escuelas de conducción y homologación vehicular , siendo este insumo considerado para la mejora de estos servicios.	Las encuestas realizadas corresponden a los 2 últimos años por tanto no se evidencia tendencias, ni comparativos con años anteriores así como comparaciones con otras instituciones similares.
Se cuenta con una encuesta de percepción del servicio de transporte inter e intra provincial competencia de ANT 2015	
Se evidencia que en las encuestas de percepción 2014-2015 existe un incremento de 0,64 puntos respecto al índice de percepción del usuario de licencias sobre los aspectos que el usuario valora sobre el servicio recibido T+	
Tendencias	30% %
Objetivos	30% %
Comparaciones	10% %
Alcance	40% %
% de logro asignado	28%

ANEXO Q- Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 7:
RESULTADOS ORIENTADOS AL TALENTO HUMANO

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
 AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación		
Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		
Criterio	7	Resultados de Talento Humano	
Subcriterio	7.1	Mediciones de la percepción	
Puntos fuertes		Áreas de mejora	
		No se evidencia resultados en relación a la imagen y rendimiento global de la ANT por parte de los servidores	
La institución ha medido el nivel de conocimiento de la misión en los servidores públicos evidenciando una tendencia positiva en el año 2015 y con cobertura nacional considerando que 9 de cada 10 servidores conocen la misión institucional.		No hay evidencia de la medición del involucramiento en la toma de decisiones.	
		La institución no tiene evidencia de la medición de resultados en la participación de actividades de mejora	
La institución evidencia medición de las actividades relacionadas con temas de ética y transparencia para lo que se planificaron 16 actividades en el año 2015 obteniendo un cumplimiento del 100%. adicionalmente se han planificado las actividades para el 2016 (8) en proceso de cumplimiento.			
		La institución no cuenta con mediciones de los mecanismos de consulta y diálogo interno	
		La institución no cuenta con indicadores de responsabilidad social.	
		La institución no evidencia mediciones respecto a la capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la institución, sin embargo cuenta con mediciones del índice de rotación del nivel directivo de la institución.	
La Institución evidencia mediciones respecto a los servicios mejorados incluidos en la carta de servicio Institucional (procesos sustantivos) en donde se evidencia la mejora en el tiempo de prestación del servicio (de 45 a 35 minutos) para los años 2013-2015			
La Institución evidencia encuestas de satisfacción del cliente interno e implementación de encuestas de evaluación institucional, en donde se evidencia un incremento en la percepción de los servidores en aspectos: liderazgo, procesos, alianzas estratégicas, recursos, estrategia y satisfacción, en el periodo 2012-2015, se evidencia un incremento de 5 puntos en el año 2015 con relación al 2014.			
		La institución no evidencia mediciones respecto a igualdad de oportunidades, disposiciones del lugar de trabajo y condiciones ambientales, motivación y empoderamiento.	
La institución mide el porcentaje de personal con nombramiento, se cuenta con información de los períodos 2014-2015, en donde se ha evidenciado un incremento en el mencionado indicador de 14 a 228 nombramientos otorgados.		No se evidencia un plan de carrera sistemático	
Evidencias de los puntos fuertes			
Encuesta institucional acerca de la Misión de la ANT. Comunicación interna difundiendo el audio de la misión de la ANT			
Reporte GPR Árbol de alineación tabular, Plan Anual Comprometido, Plan Anual Terminado, Reportes Estratégicos GPR			
Carta de servicios mejorados			
Encuestas de satisfacción cliente interno y encuestas de evaluación Institucional			
Indicador de GPR			
Tendencias		25%	
Objetivos		25%	
Comparaciones		10%	
Alcance		20%	
% de logro asignado		20%	

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03 Formulario de Consenso de Autoevaluación

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	(Fredy Yáñez Lomas, Analista de Calidad y Servicio)		
Equipo de trabajo	(Juan Carlos Gómez)		

Criterio	7	Resultados de Talento Humano
Subcriterio	7.2	Mediciones de desempeño

Puntos fuertes	Áreas de mejora
<p>La institución cuenta con índices de rotación de personal de nivel operativo y directivo, se cuenta con información de los períodos 2014-2015, en donde se ha evidenciado un decremento en el mencionado indicador.</p> <p>En el indicador de rotación a nivel directivo para el año 2014 se obtuvo un 111% de cumplimiento en relación a la meta planificada, considerando una periodicidad trimestral.</p> <p>Para el año 2015 en el mismo indicador, cambió la periodicidad de medición, en esta se obtuvo un 43,32% respecto a las metas planificadas.</p> <p>En el indicador de rotación a nivel operativo para el año 2014 se obtuvo un 111,37% de cumplimiento en relación a la meta planificada, considerando una periodicidad trimestral.</p> <p>Para el año 2015 en el mismo indicador, cambió la periodicidad de medición, en esta se obtuvo un 57,33% respecto a las metas planificadas.</p>	
<p>La Institución evidencia encuestas de satisfacción del cliente interno e implementación de encuestas de evaluación institucional, en donde se evidencia un incremento en la percepción de los servidores en aspectos: liderazgo, procesos, alianzas estratégicas, recursos, estrategia y satisfacción, entre los años 2012-2015, se evidencia un incremento de 5 puntos en el año 2015 con relación al 2014.</p>	
<p>La institución realiza anualmente la evaluación de desempeño a todos los servidores, se cuenta con información del período 2014-2015</p>	<p>La Institución no evidencia la socialización de los resultados obtenidos de la evaluación del desempeño.</p>
	<p>La institución no evidencia indicadores en relación con el desarrollo de la capacidades</p>
	<p>La institución no evidencia indicadores relacionados con las capacidades de los servidores públicos para tratar con los ciudadanos</p>
	<p>La institución no evidencia mediciones sobre dilemas éticos reportados</p>
Evidencias de los puntos fuertes	
Indicadores de rotación a nivel directivo y operativo en la herramienta GPR	
Comparativo de evaluación de Diagnóstico a nivel nacional de la ANT 2012, 2013, 2014 y 2015	
Evaluaciones de desempeño ANT	
Reporte GPR Árbol de alineación tabular, Reportes Estratégicos GPR	
Tendencias	40%
Objetivos	30%
Comparaciones	10%
Alcance	51%
% de logro asignado	33%

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	Agencia Nacional de Tránsito	Fecha	dic-15
Evaluador coordinador	Ana Estrada		
Equipo de autoevaluadores	Gonzalo Vásconez , Gioconda Altamirano, Fredy Yanes, Juan Carlos Gómez, Mario Estrella, Juan Carlos Álvarez.		

Criterio	8	Resultados de Responsabilidad Social
Subcriterio	8.2	Mediciones del rendimiento institucional

Puntos fuertes	Áreas de mejora
Se cuenta con una lista de acciones de responsabilidad social en los que ha participado ANT en los que se detallan 5 acciones en el 2014 y 34 acciones en el 2015. T+	No se evidencia que las mediciones realizadas por ANT permitan medir, entender, predecir y mejorar la eficacia de los enfoques de la institución en temas sociales y además no se evidencia documentación soporte de algunas acciones de responsabilidad social indicadas.
El porcentaje de noticias positivas frente a las noticias negativas de ANT generadas por los medios de comunicación del año 2014 fue del 73% y 2015 del 86,55% superando las metas planteadas para estos años T+	No se evidencia que los porcentajes tanto de los proveedores contratados con perfil de responsabilidad social y los bienes y servicios de origen nacional sean procesados periódicamente considerando el beneficio económico y social que esto representa.
El porcentaje de proveedores categorizados como personal natural, micro y pequeña empresa frente al total de proveedores adjudicados en el 2015 fue de 55,26% y los proveedores categorizados como mediana empresa fue del 18,42%	No se evidencia que este ejecutando actividades planificadas para obtener la certificación de punto verde.
El porcentaje de bienes de origen nacional contratados frente al total de bienes contratados en el 2015 fue de 16,67% mientras que el porcentaje de servicios de origen nacional en el 2015 fue del 62,50%	No se cuenta con estadísticas de consumo de papel , ni alguna campaña para reducir su consumo.
Se cuenta con un proceso de reciclado de tóner aplicado a nivel nacional en el que se reporta haber reciclado 3.141 toner en el año 2015.	No se cuenta con mediciones de efectividad de los convenios firmados por la institución.
El porcentaje de cumplimiento de contratación de personal con capacidades especiales fue del 76,17% en el 2014 y del 103,19% en el 2015. T+	No se evidencia que la institución realiza actividades de salud preventiva en las provincias.
Se evidencia una tendencia de incremento en el gasto por consumo de agua pues en el 2013 se gastó \$50.219 , 2014 se gastó 67,256 y en el 2015 se gastó \$71358 T-	No se evidencia el registro estadístico y comparativo de cumplimiento de LOTAIT

Se evidencia una reducción en el consumo de energía eléctrica en el 2015 de \$ 17.721,19 en relación al consumo del año 2014. T+			
Se evidencia una reducción en el consumo de combustible en el 2014 de \$ 64.590 en relación al consumo del año 2013. T+			
La institución cuenta con registros de evaluación del cumplimiento de LOTAIT como un de los mecanismos para evidenciar la transparencia en ANT.			
Tendencias		10%	%
Objetivos		15%	%
Comparaciones		10%	%
Alcance		15%	%
% de logro asignado	13%		

ANEXO S- Formulario de consenso de autoevaluación CRITERIO 8:
RESULTADOS CLAVE DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

**MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA
AUTOEVALUACIÓN**

F-03	Formulario de Consenso de Autoevaluación
-------------	---

Institución	AGENCIA NACIONAL DE TRÁNSITO	Fecha	dic-15
Autoevaluador	Ana Estrada Dávila		
Equipo de trabajo	Mario Estrella		

Criterio	9	Resultados Clave del Desempeño institucional
Subcriterio	9.1	Resultados externos: resultados e impacto a conseguir

Puntos fuertes	Áreas de mejora
La institución evidencia a nivel nacional mediciones de resultados en términos calidad de prestación de sus servicios y productos mediante la herramienta GPR para los años 2014 y 2015, teniendo un aumento de 56% a 61%. En cuanto a cantidad de servicio la medición se ha realizado para los años 2014 y 2015 mediante los formularios de informe de rendición de cuentas con cobertura nacional, los que demuestran que se han atendido a 425,271 usuarios más en el año 2014 con respecto al 2013,	No se evidencia que se toman en cuenta los resultados de esas mediciones para mejorar.
La institución cuenta con un diagnóstico de capacidades regulatorias el cual mostró que el índice de capacidad regulatoria de la ANT ha incrementado de 37% al 47% del 2014 al 2015. T+	No se evidencia resultados de innovación en servicios, benchmarking, análisis comparativos.
La institución evidencia indicadores que miden el cumplimiento de los acuerdo del nivel de servicio a nivel nacional para los años 2014 y 2015, los que muestran una tendencia positiva de 3,74% para Titulos Habilitantes, mientras que para licencias hubo un decremento de 4,54%. T+	Las inspecciones se deben realizar a nivel global y se debe tener un análisis consolidado.
La institución mide el porcentaje de operadoras de transporte y de escuelas de capacitación inspeccionadas para los años 2014 y 2015, mostrando este último un aumento de 24,28% para el año 2015.	La institución registra el porcentaje de operadoras de transporte a nivel nacional, sin embargo, no cuenta con un análisis consolidado.
La institución cuenta con un indicador homologado denominado "Porcentaje de presupuesto asignado a proyectos de innovación y desarrollo (I+D)" el cual ha sido implementado en el año 2015 en matriz.	

Evidencias de los puntos fuertes		
Plan Anual Comprometido, Plan anual terminado, ficha de calificación de los indicadores de servicios y formularios de rendición de cuentas.		
Informe de Resultados del Diagnóstico de Capacidad Regulatoria de la ANT 2014 y 2015		
Reporte GPR Árbol de alineación tabular, Reportes Estratégicos GPR		
Informe GPR de indicadores- construcción detallada		
Tendencias	30%	
Objetivos	30%	
Comparaciones	10%	
Alcance	50%	
% de logro asignado	30%	

ANEXO T– Áreas de mejora nivel comprometido

ÁREAS DE MEJORA		DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE EVIDENCIA/ REFERENCIA/ EVIDENCIA	
presentación de evidencias			
Capacitación equipo interno de Gestión del Cambio en metodología, herramienta y utilizar en la gestión del Cambio	Certificación de Calidad emitida por Ministerio del Trabajo		Certificado de Calidad emitido por Ministerio del Trabajo. Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación en Metodología de Gestión del Cambio
	Liderazgo	se adjunta evidencias	
	1. La institución no posee mecanismos/medios/metodologías de comunicación y/o difusión de la misión, visión y valores y de su planificación estratégica.		1. La institución no posee mecanismos/medios/metodologías de comunicación y/o difusión de la misión, visión y valores y de su planificación estratégica.
	2. La institución ha diseñado y desarrollado mecanismos/medios/metodologías/estrategia de la difusión de la misión, visión y valores, incluido su Planificación Estratégica, enmarcados en un Plan de Comunicación integral.		2. La institución ha diseñado y desarrollado mecanismos/medios/metodologías/estrategia de la difusión de la misión, visión y valores, incluido su Planificación Estratégica, enmarcados en un Plan de Comunicación integral.
Liderazgo	3. La institución ha desarrollado un Plan de Comunicación debidamente aprobado por la máxima autoridad, el cual evidencia mecanismos/medios/metodología de la difusión de la misión, visión y valores y su planificación estratégica.		3. La institución ha desarrollado un Plan de Comunicación debidamente aprobado por la máxima autoridad, el cual evidencia mecanismos/medios/metodología de la difusión de la misión, visión y valores y su planificación estratégica.
	4. La institución está implementando o aplicando un Plan de Comunicación Integral que contenga mecanismos/medios/metodología/estrategias de la difusión de la misión, visión y valores, y de su planificación estratégica.	se adjunta evidencias	4. La institución está implementando o aplicando un Plan de Comunicación Integral que contenga mecanismos/medios/metodología/estrategias de la difusión de la misión, visión y valores, y de su planificación estratégica.
	5. La institución revisa periódicamente y controla que la misión, visión y valores y su planificación estratégica es de conocimiento del personal, y a partir de este control se ajusta lo que sea necesario para la actualización de su Plan de Comunicación Institucional.	se adjunta evidencias	5. La institución revisa periódicamente y controla que la misión, visión y valores y su planificación estratégica es de conocimiento del personal, y a partir de este control se ajusta lo que sea necesario para la actualización de su Plan de Comunicación Institucional.
Capacitación al equipo interno de tecnología en Mejores Prácticas ITIL	Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación en Mejores Prácticas ITIL	se adjunta evidencias	Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación en Mejores Prácticas ITIL

ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN	
<p>1.- La institución ha realizado la solicitud de acompañamiento técnico a la SENPLADES; el cual contiene dos etapas: A) Solicitar inducción para el levantamiento de la matriz de competencias; y, B) Remitir matriz de competencias trabajada por la institución, para la revisión de SENPLADES.</p> <p>2.- Se ha realizado una primera reunión para la presentación de contrapartes que trabajarán en el proceso, el cual contiene dos etapas: A) Luego de la revisión de la matriz de competencias realizada por SENPLADES, se socializan las observaciones generadas al insumo (matriz de competencias); y, B) Durante la reunión se ha dado una inducción del proceso y las herramientas requeridas para el levantamiento de la matriz de competencias explicando sus componentes (Utilización de la Norma Técnica de Desconcentración).</p> <p>3.- El trabajo técnico tiene lugar entre las contrapartes. Se valida el insumo de matriz de competencias entre la institución requirente y SENPLADES. La institución ha realizado una Solicitud oficial de revisión y aprobación de insumo matriz de competencias.</p> <p>4.- Emisión del informe Técnico aprobatorio de la matriz de competencias por parte de SENPLADES.</p> <p>1.- La institución cuenta con un Modelo de Gestión desactualizado, y/o se encuentra en proceso de actualización y/o reforma, en conjunto con la SNAP.</p> <p>2.- Propuesta de Modelo de Gestión que contenga observaciones por parte de la SNAP.</p>	<p>Oficio de la institución solicitando a SENPLADES la designación de la contraparte técnica para el levantamiento o revisión de la matriz de competencias.</p> <p>Actas de reuniones generadas con compromisos adquiridos y el detalle de la reunión.</p> <p>Solicitud (oficio) de aprobación del insumo matriz de competencias.</p> <p>Oficio e informe Técnico aprobatorio de Matriz de Competencias por parte de SENPLADES.</p> <p>Hoja de Ruta/Documento Borrador de Modelo de Gestión/Actas reuniones/Correos.</p> <p>Informes/Correos/Documentos que indiquen las observaciones realizadas al Modelo de Gestión por parte de la SNAP.</p> <p>Informes/Correos/Documentos que indiquen las observaciones solventadas al Modelo de Gestión/Oficio de envío.</p> <p>Oficio de la institución enviado a Finanzas.</p> <p>Oficio Dictamen Favorable emitido por Finanzas.</p> <p>Dictamen favorable del Modelo de Gestión emitido por la SNAP (o SENPLADES si corresponde).</p>
<p>Formalización y Aprobación de Matriz de Competencias</p> <p>Formalización y Aprobación de Modelo de Gestión</p>	<p>se adjunta evidencias</p>

<p>Formalización y Aprobación del Plan Estratégico Institucional- N1</p>	<p>1. Se encuentran registrados los Objetivos estratégicos en el Nivel N1 y todos están alineadas al menos a una estrategia de los objetivos de su nivel superior (según corresponda). Si solo un objetivo no se encuentra alineado a una estrategia de los objetivos de su nivel superior, la puntuación es cero. 2. Los objetivos de ciudadanía están acorde a las competencias de la institución. 3. Todas las estrategias de los objetivos estratégicos deben estar soportadas por objetivos específicos/operativos del nivel inferior. Si solo una estrategia no se encuentra soportada por un objetivo del nivel inferior, la puntuación es cero. 4. Todos los objetivos se encuentran con al menos un riesgo, y todos los riesgos tienen al menos una acción. Si no cumple la puntuación es cero. 5. El Plan Estratégico se encuentra aprobado por SENPLADES en GPR. 6. El Plan Anual Comprometido PAC GPR fue entregado a la SNAP y recibido con entera satisfacción por la SNAP 7. Todos los indicadores están reportados actualizados 8. Los Programas de Gestión de Inversiones (PGI's) están cuadrados con el presupuesto asignado por Ministerio de Finanzas (Analizar que la brecha sea menor a un 5%)</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Reporte GPR: Toolkit No. 2 / Reporte Estratégico /</p>
<p>Formalización y Aprobación del Plan Especifico Institucional N2 y/o N3</p>	<p>1. Se encuentran registrados los Objetivos específicos en Nivel N2 y N3 y todos están alineadas al menos a una estrategia de los objetivos de su nivel superior (según corresponda). Si solo un objetivo no se encuentra alineada a una estrategia de los objetivos de su nivel superior, la puntuación es cero. 2. Los objetivos específicos están acorde a las atribuciones de su unidad. 3. Todas las estrategias de los objetivos específicos deben estar soportadas por objetivos del nivel inferior. Si solo una estrategia no se encuentra soportada por un objetivo de nivel inferior, la puntuación es cero. 4. Todos los objetivos se encuentran con al menos un riesgo, y todos los riesgos tienen al menos una acción. Si no cumple la puntuación es cero. 5. Todos los indicadores estén reportados actualizados</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Reporte GPR: Toolkit No. 2 / Reporte Estratégico /</p>

Formalización y aprobación del Plan Operativo Institucional - N4	<ol style="list-style-type: none"> Se encuentran registrados los Objetivos operativos en Nivel 4 y todos están alineados al menos a una estrategia de los objetivos de su nivel superior (según corresponda). Si solo un objetivo no se encuentra alineada a una estrategia de los objetivos de su nivel superior, la puntuación es cero. Los objetivos operativos están acorde a las atribuciones de su unidad. Todos los objetivos cuentan con indicadores actualizados. Todos los objetivos se encuentran con al menos un riesgo, y todos los riesgos tienen al menos una acción. Si no cumple la puntuación es cero. Todos los objetivos están soportados por proyectos de inversión y/o gasto corriente Los proyectos de GPR se encuentran actualizados de acuerdo a lo que establece la norma técnica GPR. (Verificar que FCE4 o FCE5 cuenten con información completa; resumen ejecutivo actualizado; dos hitos por mes actualizados; información presupuestaria actualizada; mínimo un riesgo con una acción) 	se adjunta evidencias	Reporte GPR Toolkit No. 4 / Reporte Operativo / Reporte Toolkit No. 5 Reporte de Cumplimiento
Despliegue y/o Redespiegue GPR	<ol style="list-style-type: none"> En caso la institución se encuentre en Redespiegue la institución solicita formalmente el acompañamiento a la SNAP En caso la institución se encuentre en Redespiegue la institución cumple con el cronograma establecido 	se adjunta evidencias	Reporte GPR Toolkit No. 25/ Reporte de Cumplimiento GPR: FCE6 - Alineación (Verificar que los objetivos estén soportados por proyectos de inversión y/o gasto corriente) GPR: FCE4 o FCE5 / Reporte Toolkit No. 19 Proyectos
Estructura Institucional, posicional y lista de asignaciones del nivel directivo			
La institución cuenta con el Estatuto Orgánico por Procesos debidamente aprobado por la SNAP (o MRL si corresponde)	<ol style="list-style-type: none"> La institución cuenta con un Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos desactualizado, y/o se se encuentra en proceso de actualización y/o reforma, en conjunto con la SNAP. Propuesta de Estatuto Orgánico que contenga observaciones por parte de la SNAP. La institución ha solventado las observaciones emitidas por la SNAP y ha remitido documento de propuesta de Estatuto Orgánico a la SNAP para aprobación. Envío del documento respecto al Estatuto y Creación de puestos jerárquico superior para obtener Dictamen presupuestario emitido por FINANZAS. Dictamen presupuestario emitido por FINANZAS respecto al Estatuto y Creación de puestos jerárquico superior con dictamen final de MRL y finanzas. 	se adjunta evidencias	<p>Oficio</p> <p>Oficio</p> <p>Oficio</p> <p>Aprobación del Estatuto Orgánico por Procesos, incluyendo los elementos planteados en la pregunta/ Documento formal de aprobación del Estatuto Orgánico Funcional por la SNAP (o MRL si corresponde) / Estudio de impacto presupuestario por parte de FINANZAS (Dictamen Presupuestario emitido por Finanzas)</p>

GOBIERNO POR RESULTADOS				
La entidad ha implementado esta utilizando el GPR (Verificar si el despliegue ha llegado al nivel central y desconcentrado)	1. El GPR implementado contempla el accionar de toda la gestión institucional, incluidas las unidades desconcentradas en caso de que aplique. (Verificar el dimensionamiento de la jerarquía de planes aprobado).	se adjunta evidencias	* Estructura orgánica vigente de la institución para verificar despliegue. (Estatuto Orgánico por Procesos vigente).	
		se adjunta evidencias	PAC aprobado y Herramienta GPR	
		se adjunta evidencias	* Oficio de designación del equipo / Oficio de notificación a la SNAP	
		se adjunta evidencias	* Oficio de designación del equipo / Oficio de notificación a la SNAP	
Creación de equipo interno responsable de GPR en la Institución	2. Las unidades desconcentradas se encuentran implementadas en GPR de acuerdo al dimensionamiento aprobado. 1. Se cuenta con Líder Metodológico oficialmente designado 2. Se cuenta con un Administrador Institucional (Tics) de GPR oficialmente designado. 3. Se cuenta con un Jefe de Seguimiento oficialmente designado. 4. Se cuenta con una Autoridad de Planificación oficialmente designado.	se adjunta evidencias	* Oficio de designación del equipo / Oficio de notificación a la SNAP	
		se adjunta evidencias	GPR: Pantalla de Equipo de Seguimiento en GPR Nivel N1	
		se adjunta evidencias	* Certificado de fundamentos GPR / Certificados en Gestión de Proyectos / Otros Certificados de GPR / Listas de Asistencias a capacitaciones	
		se adjunta evidencias	* Certificado de fundamentos GPR / Certificados en Gestión de Proyectos / Otros Certificados de GPR / Listas de Asistencias a capacitaciones	
La entidad cuenta con un equipo interno GPR capacitado en el uso de la herramienta y metodología GPR?	3. El Administrador Institucional en GPR está capacitado en la herramienta y en la metodología GPR.	se adjunta evidencias	* Certificado de fundamentos GPR / Certificados en Gestión de Proyectos / Otros Certificados de GPR / Listas de Asistencias a capacitaciones	
		Gestión de Planes, Programas y Proyectos		
			Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación Gestión de Proyectos de Equipo Responsable Seguimiento de Programas y proyectos.	
		se adjunta evidencias	Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación Gestión de Proyectos de Equipo Responsable Seguimiento de Programas y proyectos.	
La Institución cumple con la Norma de Gerentes de Proyectos	No cumple con profesionales capacitados en administración de proyectos	se adjunta evidencias	Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación Gestión de Proyectos de Equipo Responsable Seguimiento de Programas y proyectos.	
		se adjunta evidencias	Acta/Oficio/Control de Asistencias a Capacitación Gestión de Proyectos de Equipo Responsable Seguimiento de Programas y proyectos.	

<p>Todos los Programas y/o Proyectos gestionados por la institución cuentan con un líder/responsable asignado.</p>	<p>1. Solo existe una Designación informal o temporal del líder/gerente de proyecto/programa. 2. Solo existe designación de responsabilidad del proyecto, mas no de un líder de proyecto/programa (Ej. Administrador de contrato). 3. Designación oficial del líder/gerente de proyecto /programa.</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>* Correo electrónico u otra forma de designación no oficial. (Muestreo 5 Registros con fecha del año en curso) * Comunicado de designación de responsable de proyecto Vía QJUPUX (Muestreo 5 Registros con fecha del año en curso). * Actas de constitución de los proyectos donde se incluye designación del Líder del Proyecto y Patrocinador (Muestreo 5 Registros con fecha del año en curso, dependiendo del número de proyectos de inversión que cuente la institución)</p>
PROCESOS			
Entorno de Administración por Procesos y Mejora de la prestación de Servicios (APMS)			
<p>La institución ha establecido y firmado el compromiso de la máxima autoridad para la administración por procesos.</p> <p>La institución ha conformado el comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional formalmente. (Revisar la conformación oficial de este comité, Acta de conformación, y su actualización de ser el caso)</p> <p>La institución gestiona periódicamente la aprobación de los entregables de la administración por procesos, por parte del comité, en función de los lineamientos establecidos por la SNAP. (Analizar la operativización del Comité)</p>	<p>1.-No se ha establecido y firmado el compromiso de la máxima autoridad para la administración por procesos / Se ha establecido y firmado el compromiso por la Máxima Autoridad anterior 2.-Se ha establecido y firmado el compromiso de la máxima autoridad de turno para la administración por procesos. No se ha conformado el comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional formalmente / Se encuentra desactualizado los miembros del comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional Se ha conformado el comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional formalmente.</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Acta de Conformación del Comité de Gestión de Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional</p>
<p>La institución gestiona periódicamente la aprobación de los entregables de la administración por procesos, por parte del comité, en función de los lineamientos establecidos por la SNAP. (Analizar la operativización del Comité)</p>	<p>No se evidencia gestión por parte del Comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional El comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional ha difundido la cultura institucional en administración por procesos Existe Gestión del Comité de gestión de calidad del servicio y desarrollo institucional y ha difundido la cultura institucional en administración por procesos(La última acta debe ser máximo de hace 3 meses atrás)</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Actas de Resolución de Comité</p>

<p>Gestión de APMS alineada a la Estrategia Institucional</p> <p>La entidad ha establecido el portafolio institucional de servicios conforme al marco legal institucional, y según los lineamientos dados por la SNAP</p> <p>Se ha realizado la Matriz de Levantamiento Inicial de Servicios</p> <p>Se ha desarrollado la Taxonomía de Servicios.</p> <p>Se han cargado las nuevas bases de servicios en la herramienta GPR</p>	<p>No se ha establecido el portafolio institucional de servicios conforme al marco legal institucional, y según los lineamientos dados por la SNAP</p> <p>Se ha realizado la Matriz de Levantamiento Inicial de Servicios</p> <p>Se ha desarrollado la Taxonomía de Servicios.</p> <p>Se han cargado las nuevas bases de servicios en la herramienta GPR</p>	<p>Matriz de Levantamientos Inicial de Servicios</p> <p>Taxonomía de Servicios.</p> <p>Fichas de los servicios cargados en la herramienta GPR</p>
<p>Se ha definido un catálogo de procesos considerando la transversalidad de los mismos, según los lineamientos dados por la SNAP actualmente.</p>	<p>No se cuenta con el catálogo de procesos</p> <p>Cuenta con el catálogo parcial de los procesos (al menos de los procesos sustantivos)</p>	<p>Catálogo de los procesos sustantivos</p>
<p>La entidad cuenta con el mapa de procesos aprobado (a. Verificar que los procesos</p>	<p>No cuenta con el mapa de procesos</p> <p>Cuenta con el mapa de procesos aprobado</p>	<p>Catálogo de todos los procesos de la Institución</p> <p>Mapa de procesos aprobado</p>
TALENTO HUMANO		
Administración de Talento Humano		
<p>La institución cuenta con el manual de puestos debidamente aprobada, alineada a la gestión de procesos, estatuto orgánico y modelo de gestión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Institución no cuenta con un manual de puestos 2. La Institución no cuenta con un manual de puestos y utiliza un genérico 3. El manual de puestos se encuentra en proceso de elaboración. Levantamiento de información y análisis 4. Existe un primer borrador elaborado 5. La institución ha ingresado el proyecto de manual de puestos al Ministerio del Trabajo para revisión. 6. Observaciones por parte del Ministerio del Trabajo sobre el proyecto de manual de puestos. 7. La institución ha solventado las observaciones emitidas por el MT sobre el manual de puestos, y ha enviado el proyecto vía oficio. 8. Aprobación del MT sobre el Manual de Puestos 9. La institución cuenta con la lista de asignaciones de nivel operativo basado en la estructura posicional, el dimensionamiento y manual de descripción y valoración de puestos, debidamente aprobada 10. Hay un Proyecto de Manual de Puestos enviado por el Ministerio del Trabajo a FINANZAS para solicitud de dictamen presupuestario. 11. Existe Resolución/Informe Favorable de Manual de Puestos por el Ministerio del Trabajo. 	<p>Manual Genérico (MDT)</p> <p>Memorandos/Documentos/Correos</p> <p>Documento borrador</p> <p>Oficio del MRL con observaciones al documento de Manual de Puestos</p> <p>Oficio del MT enviado al Ministerio de Finanzas</p> <p>Oficio de la Institución sobre las observaciones solventadas</p> <p>Oficio del MT de aprobación</p> <p>Oficio</p> <p>Oficio</p> <p>Oficio del MT con resolución</p>

<p>La entidad cuenta con el dimensionamiento de puestos requeridos por la institución.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución no realizó el estudio para el análisis de la carga de trabajo de los procesos institucionales 2. La institución realizó el estudio para el análisis de la carga de trabajo de los procesos institucionales 3. La institución tiene la autorización de la autoridad nominadora de la institución del estudio del análisis del dimensionamiento de puestos. 		<p>Informe</p>
<p>La institución ha realizado la evaluación de desempeño.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los indicadores de evaluación de desempeño han sido identificados. 2. Se ha difundido la normativa de evaluación de desempeño. 3. Ejecución del proceso de evaluación. (Muestreo 50 Registros) 4. Consolidación de los resultados de evaluación de desempeño. 5. Comunicados de los resultados de la evaluación de desempeño a las personas evaluadas, de acuerdo a lo establecido en la norma, y resolución de apelaciones, de ser el caso. 6. Envío de comunicación final de los resultados al MT. 	<p>Documento de Evaluación de indicadores de desempeño consolidado proporcionado por la UATH Actas / Presentación / Comunicaciones internas</p> <p>Revisión del Formulario MRL EVAL 01 de algunas unidades, a modo de muestreo aleatorio (50 Registros Aleatorios)</p> <p>MRL EVAL 03 (Verificar de acuerdo a los registros del muestreo)</p> <p>Correo electrónico, quipux u otros medios. (Verificar de acuerdo a los 50 registros del muestreo)</p> <p>Oficio de envío de comunicado final al MRL</p>	<p>Informe aprobatorio</p>
<p>La institución cuenta con una Planificación del talento humano anual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución no cuenta con la Planificación del Talento Humano documentado conforme lo estipula la LOSEP. 2. La institución cuenta con la Planificación del Talento Humano documentado conforme lo estipula la LOSEP. 3. La institución ha remitido la planificación del talento humano al órgano rector 4. La institución ha implementado la planificación del talento humano (optimización de TH) 	<p>Se presenta evidencia en agosto</p> <p>Se presenta la evidencia en septiembre 2015.</p>	<p>Planificación TH documentado.</p> <p>Hoja de Ruta</p> <p>Plan de Optimización del TH</p>
<p>La institución ha ejecutado un plan de mitigación social previo a la desvinculación del</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución no cuenta con un plan de mitigación social 2. La institución posee un plan de mitigación social 	<p>Se presenta evidencia en Octubre</p>	<p>Plan de mitigación social</p>

Elaboración y aprobación de Plan de Capacitación	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución ha realizado el levantamiento de necesidades de Capacitación 2. La Institución ha realizado el análisis al levantamiento de necesidades de capacitación de cada unidad. 3. La institución ha realizado el Plan de capacitación individualizado relacionado con las labores específicas del funcionario. 4. Implementación del Plan de Capacitación, de acuerdo al cronograma del Plan. 	Reporte de necesidades de capacitación	Informe del análisis de necesidades Plan de Capacitación .
La institución ha ingresado la información requerida por el Sistema informático de Administración del Talento Humano y Remuneraciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución ha ingresado sus datos en el módulo de Registro de Información (Pestaña de Institución). 2. La institución ha ingresado sus datos en el módulo de Registro de Información (Pestaña de Talento Humano). 3. La institución ha atado el puesto del funcionario de acuerdo al manual de puesto debidamente aprobada, dentro de la estructura organizacional. 4. La institución ha ingresado los datos según todos los elementos indicados anteriormente (Pestaña de la institución, Pestaña Talento Humano y Atado de puestos con el servidor) 	se adjunta evidencias	Certificados de Capacitación (50 Registros de muestreo Aleatorio) Reporte de Servidores de la Institución obtenido del Sistema. Reporte de Servidores de la Institución obtenido del Sistema. Reporte de Servidores de la Institución obtenido del Sistema.
La institución ejecuta un Plan de inducción a nuevos servidores públicos y brinda acompañamiento individualizado	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución ha desarrollado un Plan de inducción. 2. La institución ha ejecutado un Plan de inducción General 3. La institución ha ejecutado un Plan de inducción individualizado relacionado con las labores específicas del funcionario. 4. La institución ha evaluado su Plan de inducción, que incluya la evaluación al personal sobre el acompañamiento individualizado. 	se adjunta evidencias	Plan de inducción validado por el Director/a de la UATH Listas de asistencia / Acta / Listas de recepción de materiales Listas de asistencia / Acta / Listas de recepción de la inducción individualizada Instrumentos de medición de percepción. Plan de evaluación del proceso de inducción.
La institución posee el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional de acuerdo a lo definido en el Decreto 2393.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La institución no cuenta con El Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional 2. El Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional se encuentra en desarrollo. 3. El Reglamento de Seguridad y Salud está aprobado por la máxima autoridad de la Institución 4. El Reglamento de Seguridad y Salud está aprobado por el MDT. 5. El Reglamento de Seguridad y Salud aprobado por el MDT se encuentra en implementación. 	Se presenta evidencia en Agosto	Borrador del Reglamento de Seguridad y Salud ocupacional Documento de Aprobación del MDT Documentos/Registros/Actas/ que evidencia la implementación del Reglamento de Seguridad y Salud ocupacional

ALIANZAS Y RECURSOS			
Gestión del Cambio			
<p>La Institución fue diseñada, presentado a la SNAP e implementado planes de acción anual de la Gestión del Cambio. (Que incluye la medición de Clima Laboral) (Analizar el proceso de construcción de los planes de acción de Gestión del Cambio y su proceso de seguimiento y evaluación)</p>	1.- La Institución no cuenta con un plan de acción de gestión del cambio	Respaldo en documentos y archivos que demuestren la implementación del plan de Gestión del Cambio y el plan de acción.	
	2.- De acuerdo a su tipología existe una unidad de gestión del Cambio y de no acceder por su tipología cuentan con quien haga sus veces	se adjunta evidencias	
	3. Planes de acción desarrollado y presentado a la SNAP (ENCUESTA CLIMA LABORAL-CULTURA INSTITUCIONAL)		
	4. Planes de acción ejecutados desde 0 hasta 50%	se adjunta evidencias	
	5. Planes de acción ejecutados desde 50% hasta 100%		
	6. Planes de acción ejecutados desde 50% hasta 100%	se adjunta evidencias	
<p>Redistribución de espacios físicos e imagen</p> <p>La entidad cuenta con un plan actualizado de renovación de espacios físicos e imagen institucional con la priorización de las áreas de atención a la ciudadanía, que respeta los programas de higiene ocupacional y su normativa.</p>	1. La institución no cuenta con un Proyecto de Renovación de Espacios Físicos	Implementación Metodología Psd	
	2. La institución se encuentra desarrollando el Proyecto de Renovación de Espacios Físicos	se adjunta evidencias	Proyecto de Renovación de espacios físicos en desarrollo
	2. La Institución ya desarrolló el Proyecto de Renovación de Espacios Físicos y está gestionando el Presupuesto	se adjunta evidencias	Proyecto de Renovación de espacios físicos desarrollado. El Presupuesto está en análisis
<p>Los Inmuebles de la Institución cuentan con Acceso Universal (capacidades especiales)</p>	3. La institución ya posee el Presupuesto aprobado y se encuentra ejecutando el proyecto de renovación de espacios físicos e imagen institucional	se adjunta evidencias	Presupuesto aprobado y proyecto en ejecución
	1. Los inmuebles no cuentan con Acceso Universal		
	2. Al menos un inmueble cuenta con Acceso Universal	se adjunta evidencias	Fotografías de elementos que permitan el acceso universal / Inspección Técnica
<p>La Institución tiene implementado el sello MARCA PAIS en todos sus Inmuebles (nivel Nacional)</p>	3. Todos los Inmuebles cuentan con Acceso Universal		Fotografías de elementos que permitan el acceso universal / Inspección Técnica
	1. No tiene implementado el sello MARCA PAIS en ningún inmueble		
	2. La Institución ha implementado el sello marca país internamente.	se adjunta evidencias	Fotografías/Informes/Actas de reunión
	2. Al menos un inmueble posee el sello Marca País		Fotografías/Informes/Actas de reunión
	3. Todos los Inmuebles cuentan con el sello Marca País		Fotografías de todos los inmuebles con el sello de marca país / Listado de Bienes inmuebles.

Responsabilidad social y ambiental - Alianzas con Organismos/Grupos de Interés Relevantes		
<p>La institución ha implementado un Plan de responsabilidad social y ambiental</p>	<p>1. La institución ha realizado el levantamiento de línea base de BPA's (Buenas Prácticas Ambientales) 2. La institución cuenta con las observaciones, aceptación y aprobación del MAE de la Línea Base de BPA's 3. La institución ha implementado el Plan de BPA's, al menos de 20% a un 50% del cronograma de implementación? 4. La institución ha implementado el Plan de BPA's, al menos de 51% a un 100% del cronograma de implementación? 5. La institución ha obtenido el reconocimiento Ecuatoriano Ambiental "Punto Verde" emitido por parte del Ministerio del Ambiente.</p>	<p>Respaldo visual de la implementación del plan de acción Actas de reunión/Resoluciones/Reportes con firmas de responsables, etc Actas de reunión/Resoluciones/Reportes con firmas de responsables, etc Actas de reunión/Resoluciones/Reportes con firmas de responsables, etc Reconocimiento otorgado por el Ministerio de Ambiente.</p>
Código de Ética		
<p>La institución ha socializado el Código de Ética. (Verificar si se ha institucionalizado el Comité Interno de Ética)</p>	<p>1. La institución no cuenta con el Código de Ética Institucional. 1. La institución se encuentra en proceso de elaboración de un Código de Ética Institucional. 2. La institución cuenta con un Código de Ética Institucional aprobado por la autoridad. 3. La institución cuenta con un Comité de Ética Institucional conformado, y está en funcionamiento. 4. Se cuenta con un plan de difusión del Código de Ética Institucional y ha propiciado espacios de reflexión, seguimiento y retroalimentación para el empoderamiento de la ética entre los servidores(as) públicos(talleres, foros, reuniones)</p>	<p>Documentos/Registros/Actas/ que evidencia el desarrollo de un Código de Ética Institucional. Documento PDF/archivos/Oficios de aprobación de un Código de Ética Respaldo de la conformación del Comité/Actas/Resoluciones etc. Respaldo de la conformación del Comité/Actas/Resoluciones etc.</p>
<p>La institución cumple con las tipología para las Unidad de TIC's asignada mediante normativa vigente.</p>	<p>Gestión de las Tecnologías 1. La institución no cuenta con ninguna de las áreas 2. La institución cuenta con una de las áreas establecidas para esta gestión. 3. La institución tiene desarrollado por lo menos el 50% de las áreas establecidas para esta gestión. 4. La institución tiene desarrollado por lo menos del 50% al 80% de las áreas establecidas para esta gestión. 5. La institución genera y monitorea los productos informáticos con las áreas de gestión establecidas. 1. No tiene 2. Se encuentra en planificación y Desarrollo 3. Procesos/Mecanismos aprobado 4. Soporte tecnológico implementado 5. Se ha verificado la eficiencia del soporte tecnológico a través de auditorías informáticas</p>	<p>se adjunta evidencias se adjunta evidencias se adjunta evidencias Evidencia IN SITU, fotografías, Estructura Orgánica/ Estatuto reforma, etc</p>
<p>La institución cuenta con procesos que atiendan los requerimientos de soporte al usuario interno y/o externo.</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Actas de Implementación, informes, diagramas de flujo, aprobación de la dirección correspondiente, etc</p>

<p>La institución ha implementado el Esquema Gubernamental de Seguridad de la Información EGSi. Acuerdo 126</p>	<p>1. No tiene 2. Esta en proceso de planificación 3. Esta en proceso de ejecución pero no cumple con los 126 hitos prioritarios mas los no prioritarios. 4. Cumple los 126 hitos prioritarios mas los hitos no prioritarios seleccionados por cada institución</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Actas de Implementación, informes, Informes por GPR del cumplimiento a los hitos. Informe mensual a la SGE.</p>
<p>La institución ha puesto en práctica lo establecido en el Decreto 1014 sobre Software Libre</p>	<p>1. No tiene 2. La institución posee implementado software libre de 0% a 25 % 3. La institución posee implementado software libre de 25% a 50% 4. La institución posee implementado software libre de 75% a 100 %</p>	<p>Se envía finales de agosto</p>	<p>Actas de Implementación, contratos, informes, Infraestructura de su sistema operativo, Pantallazos.</p>
<p>Los proyectos tecnológicos Institucionales han obtenido la aprobación de la SGE, cumpliendo con los acuerdos y la normativa vigente.</p>	<p>1. Ningun proyecto con componente tecnológico tiene aprobación SGE 2. El personal desconoce de la aprobación de proyectos tecnológicos y tienen pocos proyectos aprobados 3. La mitad de los proyectos con componentes TIC han sido aprobados por la SNAP 4. Más del 50% de los proyectos con componentes TIC han sido revisados y aprobados por la SNAP 5. Todos los proyectos con componentes TIC son asesorados y aprobados por la SNAP</p>	<p>Se envía finales de agosto</p>	<p>Actas de Implementación, contratos, informes. Los proyectos han sido aprobados a través de CTI (sistema para evaluar proyectos) o QUIPUX.</p>
<p>La institución cuenta o facilita a la ciudadanía un acceso único a sus servicios a través de su Portal Institucional.</p>	<p>1. La institución no cuenta con servicios en línea 2. La institución cuenta con un portal institucional para sus servicios pero no están cargados en línea 3. Los servicios institucionales se encuentran en proceso de implementación en el portal. 4. Todos los servicios institucionales se encuentran cargados en un portal institucional.</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>Portales, páginas web, herramientas, documentmos, encuestas, informes.</p>
<p>Se han realizado estudios para identificar que servicios deben estar en la nube pública, privada o propia.</p>	<p>1. La institución desconoce el uso de la nube. 2. No se han realizado estudios pero se evidencia la necesidad 3. La institución tiene un inventario de necesidades y realiza acercamientos a empresas. 4. La institución ha migrado algunos servicios a la nube 5. La institución ha migrado a la nube todos sus servicios, según sus necesidades</p>	<p>Se envía finales de agosto</p>	<p>Documento, Informes, Actas, Contratos/Informe servicios migrados a la nube</p>
<p>Los datos de LOTAP son cargados en formatos abiertos</p>	<p>1. No cargan información en sus paginas web Institucionales 2. Los datos no pueden ser tabulados 3. Ciertos datos son tabulables y usan formatos abiertos. 4. Se está implementando el uso de formatos abiertos para uso de la información cargada 5. Todos los datos tienen formatos abiertos para el uso de cualquier ciudadano o empresa.</p>	<p>se adjunta evidencias</p>	<p>páginas web Institucional. (Muestreo de datos - 5 Registros)</p>

ANEXO U– Áreas de mejora priorizadas por subcriterio nivel Organizado

PLAN DE MEJORA AUTOEVALUACIÓN 2DO NIVEL DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA												
Subcriterio	Área de mejora	Dirección	Parámetros de priorización			Plan de mejoramiento	Responsable	Tiempo de ejecución del Plan de Mejoramiento				Recursos
			Relevancia	Impacto	Priorización			Plazo	Fecha inicio	Fecha de finalización		
1,1	No se evidencia un constante de recopilación de información de manera sistemática, que permita identificar la necesidad de revisión del Plan Estratégico Institucional.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación/ GA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidades de Planeamiento y Programación	
1,1	No se evidencia la generación de un plan de acción a partir de los informes de evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Institucional presentados.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento	
1,2	No se evidencia que las revisiones anuales de planes, programas, proyectos y objetivos respondan a un análisis del comportamiento de años anteriores y a la determinación de las necesidades de todos los grupos de interés.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación	
1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de la herramienta de monitoreo y control denominada Ranking Interno.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación	
1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de las herramientas de monitoreo y control a partir de las encuestas de satisfacción del cliente interno.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento	
1,2	No se evidencia la recopilación de acciones a partir de los resultados del monitoreo de los planes de mejora que están ejecutando las distintas direcciones.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento	

1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de las herramientas de monitoreo y control denominada índice de capacidad institucional regulatoria.	Regulación	5	5	25	Implementación Plan Regulatorio ANT 2016	Regulación	6 meses	01/06/2016	31/12/2016	Analistas de: Dirección de Regulación, Estudios y Proyectos, Transferencia de Competencias, Títulos de Habilitación, Control Técnico Sectorial y Evaluación.
2,1	No se evidencia que la institución cuenta con actualizaciones del plan estratégico de acuerdo a los cambios en el entorno.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación/ GA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
2,1	No se evidencia la identificación de necesidades presentes y futuras de los grupos de interés.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación/ GA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
2,1	No se evidencia que se revisa periódicamente las variables y las estrategias institucionales	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
2,2	No se evidencian planes acción para cerrar el ciclo de los resultados obtenidos en la herramienta GPR	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,2	No se evidencian planes acción para cerrar el ciclo de los resultados obtenidos en la herramienta GPR	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,3	No se evidencia la socialización del Plan Estratégico a todas las direcciones de la institución	Planificación	5	5	25	Solicitar a la Dirección de Talento Humano que se entregue a los nuevos funcionarios el Plan Estratégico digital	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia actualización periódica de instructivos	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia que se comunica de forma eficaz los indicadores,	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,3	No se evidencia que se revisan periódicamente las variables ni se realiza una actualización de las estrategias institucionales	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
2,3	No se evidencia la socialización del Plan Estratégico a todas las direcciones de la institución	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación

2,3	No se evidencia actualización periódica de instructivos	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia que se comunica de forma eficaz los indicadores.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,3	No se evidencia que se revisan periódicamente las variables ni se realiza una actualización de las tendencias y planes de mejora generados a partir de los resultados del Índice de Capacidad Institucional	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
6,2	No se evidencia un análisis de tendencias y planes de mejora generados a partir de los resultados del Índice de Capacidad Institucional	Regulación	5	5	25	Implementación Plan Regulatorio ANT 2016	Regulación	6 meses	01/06/2016	31/12/2016	Analistas de Dirección de Regulación, Estudios y Proyectos, Transferencia de Competencias, Títulos
9,2	No se evidencia un proceso establecido para determinar y ejecutar planes de acción cuando los indicadores no alcanzan los valores esperados.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
9,2	No se evidencia un proceso establecido para determinar y ejecutar planes de acción cuando los indicadores no alcanzan los	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,4	No se evidencia una mejora en todos los servicios que entregue la Institución	Talento Humano	5	4	20	Plan Estratégico de Talento Humano	Calidad y Servicio	4 meses	01/09/2016	30/12/2016	Internet, Axis 4.0, SITCOM, personal de Títulos habilitantes, Dirección de Tecnología y Calidad y Servicio
4,2	No se ha identificado los requerimientos de los usuarios de los servicios de transporte público.	Evaluación	5	4	20	Realizar encuesta de requisitos de los usuarios de transporte intra e interprovincial.	Evaluación de prestación del servicio	semestral	Junio	01/12/2016	En coordinación con la Dp
6,2	No se evidencia un análisis de tendencias y planes de mejora generados a partir de los resultados del desempeño de la Gestión de Transporte Inter e Intra provincial.	Coordinación de Gestión y Control de TTTSV	5	4	20	Elaboración y ejecución del Plan de homologación de los procesos de títulos habilitantes que manejan las direcciones provinciales.	Evaluación de prestación del servicio	año 3 mese	18/04/2016	31/03/2017	Se trabaja en conjunto con la Dirección de Títulos Habilitantes y Control Técnico Sectorial
1,3	No se evidencia la implementación del procedimiento de inducción en todos los niveles de la ANT.	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	1 mes	01/06/2016	30/06/2016	Internet, correo institucional, Analista de Desarrollo Institucional y aplicativo de diseño
3,1	No se evidencia una política de promoción y reconocimiento en la ANT.	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	2 meses	01/08/2016	30/09/2016	Resolución , Analista de Desarrollo Institucional
3,1	La institución no evidencia el análisis de los resultados obtenidos por los servidores con el fin de tomar acciones de mejora.	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Talento Humano y Remuneraciones	2 meses	01/08/2016	30/09/2016	Matriz consolidada de Resultados, acciones a seguir, Analista de Talento Humano y Remuneraciones

3,1	La institución no evidencia la validación de los productos y servicios en cada Dirección a nivel nacional	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	5 meses	01/06/2016	30/10/2016	Quipux, Resolución y Analista de Desarrollo Institucional, Directores de Área y Directorio ANT
5,1	La institución no evidencia una documentación y descripción de todos los procesos de la institución	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Calidad y Servicio / Desarrollo Institucional	8 meses	02/01/2017	30/08/2017	Analista de Calidad y Servicio, Analista de Desarrollo Institucional,
5,1	La institución no evidencia un Estatuto Orgánico por Procesos Actualizado	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	5 meses	01/06/2016	30/10/2016	Quipux, Resolución y Analista de Desarrollo Institucional, Directores de Área y Directorio ANT
5,1	La institución no cuenta con la información actualizada en el Sistema Informático de Administración del Talento Humano.	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Talento Humano y Remuneraciones	6 meses	30/10/2016	30/04/2017	Analista de Talento Humano y Remuneraciones
9,1	Las inspecciones se deben realizar a nivel global y se debe tener un análisis consolidado.	Control Técnico	4	4	16	Presentación de informe ejecutivo de inspecciones de control a escuelas de conducción	Control Técnico Sectorial	1 año	01/09/2016	01/09/2017	4 personas que manejan las 24 provincias a nivel nacional
9,1	La institución registra el porcentaje de operadoras de transporte a nivel nacional, sin embargo, no cuenta con un análisis consolidado.	Control Técnico	4	4	16	Presentación de informe ejecutivo de inspecciones de control al contrato de operación de la operadoras de transporte interprovincial	Control Técnico Sectorial	1 año	01/09/2016	01/09/2017	4 personas que manejan las 24 provincias a nivel nacional

ANEXO V – Plan de Mejora ANT

PLAN DE MEJORA AUTOEVALUACIÓN 2DO NIVEL DEL MODELO ECUATORIANO DE EXCELENCIA												
Subcriterio	Área de mejora	Dirección	Parámetros de priorización			Priorización	Plan de mejoramiento	Responsable	Tiempo de ejecución del Plan de Mejoramiento			Recursos
			Relevancia	Impacto	Relevancia				Plazo	Fecha inicio	Fecha de finalización	
1,1	No se evidencia la identificación de riesgos de fraude interno en todas las áreas y en las que se ha identificado no se evidencia la implementación de un plan de mitigación de los mismos.	Talento Humano	4	3	12							
1,1	No se evidencia reuniones del Comité de Ética en el último año.	Subdirección Ejecutiva	3	4	12							
1,1	No se evidencia que las acciones de sensibilización sobre transparencia y honestidad respondan a una planificación.	Subdirección Ejecutiva	4	3	12							
1,1	No se evidencia un constante de recopilación de información de manera sistemática, que permita identificar la necesidad de revisión del Plan Estratégico Institucional.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación/ GA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación	
1,1	No se evidencia la generación de un plan de acción a partir de los informes de evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Institucional presentados.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento	
1,1	No se evidencia la existencia de directrices asociadas al comportamiento esperado en los líderes de la institución.	Talento Humano	4	2	8							
1,1	No se evidencia un plan de acción a partir de las encuestas de liderazgo realizadas.	Talento Humano	2	2	4							
1,1	No se evidencia la toma de acciones a partir de los resultados de la encuesta para determinar si la práctica de reuniones informativas y de retroalimentación se despliega a todos los niveles de la institución.	Talento Humano	2	2	4							
1,2	No se evidencia la identificación de los dueños de los procesos.	Talento Humano	3	4	12							

1,2	No se evidencia la recopilación sistémica de datos e información que permitan identificar necesidades de revisión del estatuto orgánico.	Talento Humano	4	3	12												
1,2	No se evidencia la implementación de un plan de comunicación externa.	Comunicación Social	4	3	12												
1,2	No se evidencia un manual o guía de políticas para la gestión de la comunicación interna y externa.	Comunicación Social	3	4	12												
1,2	No se evidencia la recopilación,	Dirección Ejecutiva	3	4	12												
1,2	No se evidencia que las revisiones anuales de planes, programas, proyectos y objetivos respondan a un análisis del comportamiento de años anteriores y a la determinación de las necesidades de todos los grupos de interés.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017				Analista Unidades de Planeamiento y Programación			
1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de la herramienta de monitoreo y control denominada Ranking Interno.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017				Directora de Planificación			
1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de las herramientas de monitoreo y control a partir de las encuestas de satisfacción del cliente interno.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017				Analistas Unidad de Seguimiento			
1,2	No se evidencia la recopilación de acciones a partir de los resultados del monitoreo de los planes de mejora que están ejecutando las distintas direcciones.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017				Analistas Unidad de Seguimiento			
1,2	No se evidencia la recopilación de planes o acciones que se generan a partir de los resultados de las encuestas electrónicas para validar el entendimiento de la información publicada por los distintos canales de comunicación interna.	Comunicación Social	3	2	6												

1,2	No se evidencia la determinación , implementación y recopilación sistemática de los resultados del monitoreo y control de temas de innovación tales como: Plan regulatorio generadores de acción, ISO9001, modelo ecuatoriano de excelencia, programa ANT se refleja en tu puesto de trabajo, programa de gestión de cambio, implementación de dinero electrónico, diagnóstico de capacidad institucional regulatoria, Ventanilla Única Virtual.	Planificación	3	3	9														
1,2	No se evidencia la recopilación sistemática de datos estadísticos que faciliten la identificación de nuevos objetivos , metas e indicadores.	Estudios y Proyectos	2	3	6														
1,2	No se evidencia la recopilación de planes y acciones que se generan a partir de las herramientas de monitoreo y control denominada índice de capacidad institucional regulatoria.	Regulación	5	5	25		Implementación Plan Regulatorio ANT 2016	Regulación	6 meses	01/06/2016	31/12/2016								Analistas de: Dirección de Regulación, Estudios y Proyectos, Transferencia de Competencias, Títulos Habilitantes, Control Técnico Sectorial y Evaluación.
2,1	No se evidencia que la institución cuenta con actualizaciones del plan estratégico de acuerdo a los cambios en el entorno.	Planificación	5	5	25		Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación/ GA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017								Analista Unidades de Planeamiento y Programación
1,3	No se evidencia una retroalimentación de los líderes hacia sus colaboradores respecto a su desempeño.	Talento Humano	2	3	6														
1,3	No se evidencia la existencia de una base de conocimiento tanto de procedimientos como de material de capacitación.	Talento Humano	3	2	6														
1,3	El plan de capacitación no esta alineado al cierre de brechas resultantes de la evaluación de desempeño.	Talento Humano	2	2	4														
1,3	No se evidencia un plan de acción a partir de los resultados de las encuestas realizadas.	Planificación	5	2	10														

2,1	No se aplican herramientas para determinar los requerimientos de los usuarios en todos los servicios brindados por la institución.	Talento Humano	3	2	6														
2,1	La institución no evidencia planes de acción que se reflejen en una mejora en los resultados de gestión.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	5	15				Disponer la elaboración de planes de acción a fin de mejorar los resultados reportados en el informe de evaluación de la gestión institucional generado	DIRECCIÓN EJECUTIVA	6 meses	31/08/2016	28/02/2017						Analistas Unidad de Seguimiento
2,2	No se evidencian planes acción para cerrar el ciclo de los resultados obtenidos en la herramienta GPR	Planificación	5	5	25				Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación									
2,2	No se evidencia el monitoreo de todos los talleres y reuniones con los grupos de interés	Planificación	3	3	9				Los indicadores operativos cambian anualmente de acuerdo a las necesidades de cada dirección las que son revisadas en las reuniones ejecutivas con los directores de área y un analista. En cuanto a los indicadores estratégicos han mostrado tendencias positivas por lo tanto										
2,2	No se evidencian planes acción para cerrar el ciclo de los resultados obtenidos en la herramienta GPR	Planificación			0														
2,2	La institución no cuenta con una planificación ni una política de responsabilidad social integrada a la estrategia.	Planificación	5	2	10					Planificación									
2,2	No se evidencia el monitoreo de todos los talleres y reuniones con los grupos de interés	Planificación			0				Se realiza actualmente y se reporta de forma	Planificación									
2,2	La institución no cuenta con una planificación ni una política de responsabilidad social integrada a la estrategia.	Planificación	5	2	10				Incluir dentro del instructivo acciones y estrategias de responsabilidad social para que sean	Planificación									
2,3	No se evidencia la socialización del Plan Estratégico a todas las direcciones de la institución	Planificación	5	5	25				Solicitar a la Dirección de Talento Humano que se entregue a los nuevos funcionarios el Plan Estratégico digital	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017						Directora de Planificación

2,3	No se evidencia actualización periódica de instructivos	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia que se comunica de forma eficaz los indicadores, metas, ni tampoco se demuestra que se hace con las mediciones plasmadas en los Planes.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,3	No se evidencia que se revisan periódicamente las variables ni se realiza una actualización de las estrategias institucionales	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
2,3	No se evidencia a todas las direcciones de la institución	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia actualización periódica de instructivos	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Directora de Planificación
2,3	No se evidencia que se comunica de forma eficaz los indicadores, metas, ni tampoco se demuestra que se hace con las mediciones plasmadas en los Planes.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,3	No se evidencia que se revisan periódicamente las variables ni se realiza una actualización de las	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analista Unidades de Planeamiento y Programación
6,2	No se evidencia un análisis de tendencias y planes de mejora generados a partir de los resultados del índice de capacidad institucional regulatoria.	Regulación	5	5	25	Implementación Plan Regulatorio ANT 2016	Regulación	6 meses	01/06/2016	31/12/2016	Analistas de Dirección de Regulación, Estudios y Proyectos, Transferencia de Competencias, Títulos Habilitantes, Control Técnico Sectorial y Evaluación.
9,2	No se evidencia un proceso establecido para determinar y ejecutar planes de acción cuando los indicadores no alcanzan los valores esperados.	Planificación	5	5	25	Proyecto de fortalecimiento de la Planificación Institucional	Planificación	6 meses	31/08/2016	28/02/2017	Analistas Unidad de Seguimiento
2,4	La institución no evidencia una cultura de innovación	Dirección Ejecutiva	3	2	6						
2,4	La institución no cuenta con una estrategia de innovación definida.	Dirección Ejecutiva	3	2	6						
2,4	No se evidencia que está institucionalizada la cultura de cambio en la ANT	Talento Humano / GA	3	3	9						

4,4	No se evidencia que la información sea recogida, procesada, usada eficazmente y almacenada.	Comunicación Social	4	3	12									
4,4	No se evidencia un mecanismo sistémico que garantice que se retiene dentro la institución la información y conocimiento clave.	Dirección de Tecnologías	3	4	12									
4,4	No se evidencia la toma de acciones correctivas en las áreas que no cumplen con la colocación de información clave de cada área en una carpeta compartida.	Dirección de Tecnologías	3	3	9									
4,4	No se evidencia que la página web de ANT sea accesible a grupos vulnerables.	Dirección de Tecnologías	2	3	6									
4,4	No se evidencia que exista un repositorio con todos los procedimientos institucionales vigentes.	Dirección de Tecnologías	3	3	9									
4,4	No existe evidencia del cumplimiento de todas las etapas del Plan Operativo Anual.	Planificación	2	3	6									
4,4	No existe evidencia del cumplimiento de todas las etapas del Plan Operativo Anual.	Planificación			0				Planificación	Se envía un informe de cumplimiento de Plan Operativo a la Máxima Autoridad				
4,5	No se cuenta con planes de acción a partir de las encuestas realizadas con los usuarios internos.	Comunicación Social	3	4	12									
4,5	No se cuenta con una herramienta e apoyo para el seguimiento de las tareas asignadas.	Dirección de Tecnologías	4	3	12									
4,5	No se evidencia la ejecución del Plan Estratégico de Tecnología.	Dirección de Tecnologías	3	3	9									
4,5	No se evidencia que se aplique las herramientas con las que cuenta la institución para las actividades de formación.	Dirección de Tecnologías	4	3	12									
4,5	No se evidencia un mecanismo de control o evaluaciones con la finalidad de mejorarlo en función de los resultados.	Dirección de Tecnologías	3	3	9									
4,5	No se evidencia una evaluación de su implementación para una posterior optimización en función de los resultados.	Dirección de Tecnologías	2	3	6									
4,5	No se evidencia las mejoras en base los resultados de los controles realizados.	Dirección de Tecnologías	3	2	6									
4,5	La institución no evidencia impacto socioeconómico y medioambientales de las TICs.	Dirección de Tecnologías	2	3	6									
1,3	No se evidencia la implementación del procedimiento de inducción en todos los niveles de la ANT.	Talento Humano	4	4	16				Desarrollo Institucional	Plan Estratégico de Talento Humano	01/06/2016	30/06/2016	1 mes	Internet, correo Institucional, Analista de Desarrollo Institucional y aplicativo de diseño

		Talento Humano		4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	2 meses	01/08/2016	30/09/2016	Resolución , Analista de Desarrollo Institucional
3,1	No se evidencia una política de promoción y reconocimiento en la ANT.	Talento Humano		4	4	16						
5,1	No se evidencia el involucramiento en todos los servicios del diseño y mejora	Talento Humano	3	2	6							
5,1	La Institución no evidencia asignación de recursos en algunos de los procesos en mejora sin embargo no evidencia esta asignación en todos los procesos	Talento Humano	3	2	6							
5,1	No se evidencia procesos innovadores al respecto a benchmarking	Estudios y Proyectos	3	2	6							
5,2	La Institución no evidencia la gestión integral de los servicios de la ANT	Talento Humano	3	2	6							
5,2	La Institución no evidencia una metodología que involucre al usuario y/o ciudadano en el mejoramiento de los productos y servicios de la ANT.	Talento Humano	2	2	4							
5,3	La institución no evidencia compromisos establecidos con socios claves del sector privado y no lucrativo	Dirección Ejecutiva	3	3	9							
5,3	La Institución no evidencia la gestión integral de los servicios de la ANT	Talento Humano	3	3	9							
5,3	La institución no evidencia poseer una cultura para trabajar de forma transversal en la Gestión por procesos	Talento Humano	3	2	6							
5,3	No se evidencia el análisis de interoperabilidad en todos los servicios	Dirección de Tecnologías	3	3	9							
6,1	No se dispone de encuestas de percepción de la imagen global de la institución y su reputación en los últimos 3 años y tampoco se evidencia una comparación con otras instituciones similares. No se evidencia la ejecución del plan de posicionamiento de la ANT.	Comunicación Social	4	3	12							

6,1	No se evidencia encuestas de percepción de todos los servicios de ANT y de los que se cuenta no se evidencia que exista socialización de los resultados y los planes de acción respectivos.	Talento Humano	3	2	6								
6,1	Las encuestas realizadas corresponden a los 2 últimos años por tanto no se evidencia tendencias, ni comparativos con años anteriores así como comparaciones con otras instituciones similares.	Comunicación Social	3	3	9								
3,1	La institución no evidencia el análisis de los resultados obtenidos por los servidores con el fin de tomar acciones de mejora.	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Talento Humano y Remuneraciones	2 meses	01/08/2016	30/09/2016		Matriz consolidada de Resultados, acciones a seguir, Analista de Talento Humano y Remuneraciones	
6,2	No se evidencia un registro sistémico, estadístico e integrado de los diálogos nacionales o conversatorios realizados por las máximas autoridades y por las Direcciones Provinciales ni tampoco un registro de las mejoras generadas a partir de esos diálogos.	Dirección Ejecutiva	3	3	9								
6,2	3 de las 10 mediciones realizadas corresponden a 1 o 2 años por tanto no se evidencia tendencias, ni comparativos con años anteriores así como comparaciones con otras instituciones similares.	Talento Humano	2	3	6								
6,2	No se evidencia una evaluación comparativa del cumplimiento de LOTAP en los 3 últimos años.	Talento Humano	2	1	2								
3,1	La institución no evidencia la validación de los productos y servicios en cada Dirección a nivel nacional	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano	Desarrollo Institucional	5 meses	01/06/2016	30/10/2016		Quipux, Resolución y Analista de Desarrollo Institucional, Directores de Área y Directorio ANT	
7,1	No se evidencia resultados en relación a la imagen y rendimiento global de la ANT por parte de los servidores	Talento Humano	3	4	12								
7,1	La institución no cuenta con mediciones de los mecanismos de consulta y diálogo interno	Talento Humano	3	3	9								
7,1	No hay evidencia de la medición del involucramiento en la toma de decisiones.	Talento Humano	2	3	6								

7,1	La institución no tiene evidencia de la medición de resultados en la participación de actividades de mejora	Talento Humano	2	3	6								
7,1	La institución no cuenta con indicadores de responsabilidad social.	Dir Administrativa / Talento Humano	3	2	6								
7,1	La institución no evidencia mediciones respecto a la capacidad de los altos y medios directivos para dirigir la institución, sin embargo cuenta con mediciones del índice de rotación del nivel directivo de la institución.	Talento Humano	3	2	6								
7,1	La institución no evidencia mediciones respecto a igualdad de oportunidades, disposiciones del lugar de trabajo y condiciones ambientales, motivación y empoderamiento.	Talento Humano	2	3	6								
7,1	No se evidencia un plan de carrera sistemático.	Talento Humano	2	3	6								
7,2	La institución no evidencia indicadores en relación con el desarrollo de la capacidades	Talento Humano	3	2	6								
7,2	La institución no evidencia indicadores relacionados con las capacidades de los servidores públicos para tratar con los ciudadanos	Talento Humano	3	2	6								
7,2	La institución no evidencia la socialización de los resultados obtenidos de la evaluación del desempeño.	Talento Humano	2	2	4								
7,2	La institución no evidencia mediciones sobre dilemas éticos reportados	Subdirección Ejecutiva	3	3	9								
8,1	No se evidencia encuestas de percepción actualizadas, ni tendencias de percepción de la comunidad en relación a la eficacia de las estrategias sociales y medioambientales aplicadas por la institución como aporte a la calidad de vida del País.	Comunicación Social	4	3	12								
8,2	No se evidencia que las mediciones realizadas por ANT permitan medir, entender, predecir y mejorar la eficacia de los enfoques de la institución en temas sociales y además no se evidencia documentación soporte de algunas acciones de responsabilidad social indicadas.	Dirección Ejecutiva / Planificación	3	3	9								

8,2	No se evidencia que la institución realiza actividades de salud preventiva en las provincias.	Talento Humano	3	3	9								
8,2	No se evidencia el registro estadístico y comparativo de cumplimiento de LOTAIP	Talento Humano	2	2	4								
8,2	No se evidencia que las mediciones realizadas por ANT permitan medir, entender, predecir y mejorar la eficacia de los enfoques de la institución en temas sociales y además no se evidencia documentación soporte de algunas acciones de responsabilidad social indicadas.	Planificación	1	1	1								
8,2	No se cuenta con mediciones de efectividad de los convenios firmados por la institución.	Planificación	1	1	1								
8,2	No se evidencia que las mediciones realizadas por ANT permitan medir, entender, predecir y mejorar la eficacia de los enfoques de la institución en temas sociales y además no se evidencia documentación soporte de algunas acciones de responsabilidad social indicadas.	Dirección Ejecutiva / Planificación	1	1	1	2018							
8,2	No se cuenta con mediciones de efectividad de los convenios firmados por la institución.	Planificación	1	1	1								
5,1	La institución no evidencia una documentación y descripción de todos los procesos de la institución o con un catálogo de procedimientos	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano					02/01/2017	30/08/2017	Analista de Calidad y Servicio, Analista de Desarrollo Institucional, material de capacitaciones, herramienta de diagramación
5,1	La institución no evidencia un Estatuto Orgánico por Procesos Actualizado	Talento Humano	4	4	16	Plan Estratégico de Talento Humano					01/06/2016	30/10/2016	Quijux, Resolución y Analista de Desarrollo Institucional, Directores de Área y Directorio ANT
9,1	No se evidencia resultados de innovación en servicios, benchmarking, análisis comparativos.	Planificación	1	1	1								

9,1	La institución evidencia a nivel nacional mediciones de resultados en términos calidad de prestación de sus servicios y productos mediante la herramienta GPR para los años 2014 y 2015, teniendo un aumento de 56% a 61%. En cuanto a cantidad de servicio la medición se ha realizado para los años 2014 y 2015 mediante los formularios de informe de rendición de cuentas con cobertura nacional, los que demuestran que se han atendido a 425.271 usuarios más en el año 2014 con respecto al 2013.No se evidencia que se toman en cuenta los resultados de mediciones de gestión para mejorar.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	5	15														
9,1	No se evidencia resultados de innovación en servicios, benchmarking, análisis comparativos.	Planificación	1	1	1														
9,2	La institución no evidencia indicadores respecto a eficiencia de costos	Financiero	3	3	9														
9,2	La institución no evidencia mediciones en el uso de la información de las tecnologías de la comunicación para prestación de servicios	Dirección de Tecnologías	3	3	9														
9,2	La institución no se evidencia actividades relevantes respecto a innovación en productos y servicios.	Planificación	1	1	1														
9,2	La institución no evidencia mediciones respecto a temas de benchmarking.	Planificación	1	1	1														
5,1	La institución no cuenta con la información actualizada en el Sistema Informático de Administración del Talento Humano.	Talento Humano	4	4	16														
9,2	La institución no se evidencia actividades relevantes respecto a innovación en productos y servicios.	Planificación	1	1	1														
9,2	La institución no evidencia mediciones respecto a temas de benchmarking.	Planificación	1	1	1														

		DIRECCIÓN EJECUTIVA				Disponer/la recopilación de información y generación de resultados y estadísticas referentes	DIRECCIÓN EJECUTIVA					
9.2	La institución no evidencia resultados de medición por inspecciones o auditorías internas		4	3	12	Presentación de informe ejecutivo de inspecciones de control a escuelas de conducción	Control Técnico Sectorial	1 año	01/09/2016	01/09/2017		4 personas que manejan las 24 provincias a nivel nacional
9.1	Las inspecciones se deben realizar a nivel global y se debe tener un análisis consolidado.	Control Técnico	4	4	16							
4.1	No se evidencia que se ha realizado un proceso de identificación de socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones.	Administrativo	4	3	12							
4.6	No todas las instalaciones de la ANT cuentan con las facilidades de accesibilidad para los ciudadanos.	Administrativo	3	2	6							
4.6	No se ha realizado el proceso de identificación de necesidades de remodelaciones.	Administrativo	3	2	6							
4.6	No se evidencia el establecimiento de estándares de infraestructura desde el enfoque operativo.	Administrativo	3	2	6							
4.6	No se evidencia la ejecución del proyecto "Construcción y Equipamiento de los DP y OAU" en razón que no se cuenta con financiamiento.	Administrativo	3	2	6							
8.2	No se evidencia que este ejecutando actividades planificadas para obtener la certificación de punto verde.	Administrativo	4	3	12							
8.2	No se evidencia que este ejecutando actividades planificadas para obtener la certificación de punto verde.	Administrativo	3	2	6							
9.2	No existen mediciones respecto a la eficiencia de las instalaciones y gestión del conocimiento a nivel nacional.	Administrativo	4	3	12							
9.2	No existen mediciones respecto a la eficiencia de las instalaciones y gestión del conocimiento a nivel nacional.	Administrativo	3	2	6							

MIR	La institución no cuenta con la Planificación del Talento Humano documentado conforme lo estipula la LOSEP.	Talento Humano	3	4	12														
MIR	No se evidenció tener un sistema informático (software y hardware) para la Gestión Documental y Archivo y la documentación de la institución posee respaldos digitales.	Secretaría General	3	3	9														
MIR	La institución no ha ejecutado un plan de mitigación social previo a la desvinculación del personal.	Talento Humano	3	3	9														
MIR	La institución no ha evaluado el proceso de inducción individualizado.	Talento Humano	3	3	9														
MIR	No se evidencia el envío de comunicación final de los resultados de las evaluaciones de desempeño al MT.	Talento Humano	3	2	6														
MIR	No se presentó evidencias de que la institución ha puesto en práctica lo establecido en el Decreto 1014 sobre Software Libre.	Dirección de Tecnologías	3	3	9														
MIR	No se presentó evidencias de que todos los proyectos con componentes TIC son asesorados y aprobados por la SNAP.	Dirección de Tecnologías	2	3	6														
MIR	No se ha realizado estudios para identificar que servicios deben estar en la nube pública, privada o propia.	Dirección de Tecnologías	3	2	6														
9,1	La institución registra el porcentaje de operadores de transporte a nivel nacional, sin embargo, no cuenta con un análisis consolidado.	Control Técnico	4	4	16	Presentación de informe ejecutivo de inspecciones de control al contrato de operación de la operadoras de	Control Técnico Sectorial	1 año	01/09/2016	01/09/2017	4 personas que manejan las 24 provincias a nivel nacional								

ANEXO Y – Tabla de asignación de criterio/subcriterio por evaluador

Criterio	Tabla de asignación de criterio/ subcriterio por evaluador						
	Subcriterio	Gioconda Altamirano	Fredy Yanez Jhadira Proaño	Mario Estrella	Gonzalo Vásquez	Juan Carlos Alvarez	Juan Gómez
1 Liderazgo							
1.1 Dirigir a la Institución desarrollando su misión, visión y valores	Apoyo GV						
1.2 Gestionar la Institución, su rendimiento y su mejora continua	Apoyo GV						
1.3 Motivar y apoyar a las personas de la Institución y actuar como modelo de referencia	Apoyo GV						
1.4 Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés	Apoyo GV						
2 Estrategia y Planificación							
2.1 Reunir información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés así como información relevante para la gestión			Apoyo ME				
2.2 Desarrollar la estrategia y la planificación con la información recopilada			Apoyo ME				
2.3 Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en toda la Institución y revisarla de forma periódica			Apoyo ME				
2.4 Planificar, implementar y revisar la innovación y el cambio			Apoyo ME				
3 Talento Humano							
3.1 Planificar, gestionar y mejorar el talento humano, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente							Apoyo FY
3.2 Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la Institución							Apoyo FY
3.3 Involucrar a los servidores públicos por medio del diálogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar							Apoyo FY
4 Alianzas y Recursos							
4.1 Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes					Apoyo GA		
4.2 Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos					Apoyo GA		
4.3 Gestionar las finanzas					Apoyo GA		
4.4 Gestionar la información y el conocimiento					Apoyo GA		
4.5 Gestionar las tecnologías					Apoyo GA		
4.6 Gestionar las instalaciones					Apoyo GA		
5 Procesos							
5.1 Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés			Apoyo JG				
5.2 Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos			Apoyo JG				
5.3 Coordinar los procesos en toda la Institución y con otras organizaciones relevantes			Apoyo JG				
6 Resultados orientados a los Ciudadanos/ Usuarios							
6.1 Mediciones de percepción						Apoyo GA	
6.2 Mediciones de resultado						Apoyo GA	
7 Resultados de Talento Humano							
7.1 Mediciones de percepción				Apoyo FY			
7.2 Mediciones de desempeño				Apoyo FY			
8 Resultados de Responsabilidad Social							
8.1 Mediciones de percepción						Apoyo GA	
8.2 Mediciones del rendimiento institucional						Apoyo GA	
9 Resultados Clave de Rendimiento Institucional							
9.1 Resultados externos: Resultados e impacto a conseguir						Apoyo AE	
9.2 Resultados internos: nivel de eficiencia						Apoyo AE	