

**DÉCIMO PRIMERA SESIÓN**

**COMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
(Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013)**

**Lima, 28 de agosto de 2014**

En la ciudad de Lima, siendo las cuatro horas y veinte y cuatro minutos del día 28 de agosto de 2014, en las instalaciones de la Secretaría General del Seguro Social de Salud (ESSALUD), sito en Jr. Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, se reunieron los miembros del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno:

- Heidi Cárdenas Arce, como miembro titular de la Secretaría General, en calidad de Presidenta.
- Violeta Reyna López, como miembro titular de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, en calidad de Secretaria Técnica.
- Gilberto Romero Carcelén, como miembro suplente de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.
- Rafael Franco Moreno, como miembro titular de la Oficina Central de Asesoría Jurídica.
- Ángela María del Rosario Herrera Sara, como miembro suplente de la Gerencia Central de Aseguramiento.
- Einstein Murrieta Luján, como miembro titular de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- Javier Tovar Brandan, como miembro alterno de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Asimismo, se contó con la participación de Marco Chávez Alvarado, como veedor del Órgano de Control Institucional; de Hugo Castañeda Torres, Janeth Álvarez Vargas, Marco Anticona Inga y Milady Henostroza Castillo, como miembros del equipo de trabajo de la Secretaría General; de Walter Piñas Tolentino y Ricardo Rivera Bustamante, como miembros del equipo de trabajo de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; y de Eliana Quiroz Basauri, como miembro del equipo de Trabajo de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

De otro lado, se deja constancia de la inasistencia de Flor de María Pérez Bravo, miembro titular de la oficina de Coordinación Técnica.

En primer lugar, la Presidencia del Comité hizo uso de la palabra, saludando a los asistentes y dando la bienvenida a los miembros de los diferentes equipos de trabajo, asimismo informó acerca de los ajustes al Programa de Trabajo de los Órganos Centrales de ESSALUD, cediendo el uso de la palabra a Gilberto Romero Carcelén a efectos de explicar con mayor detalle sobre el referido documento.

**I. APROBACIÓN DE PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN ESSALUD EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD.**

La Secretaría Técnica del Comité informó sobre los reajustes realizados al Programa de Trabajo y cronograma de actividades correspondiente a los Órganos Centrales, explicando detalladamente la metodología a utilizar la elaboración del diagnóstico.

En ese sentido, los miembros del Comité, previo intercambio de opiniones, acordó por unanimidad aprobar dicho Programa de Trabajo.

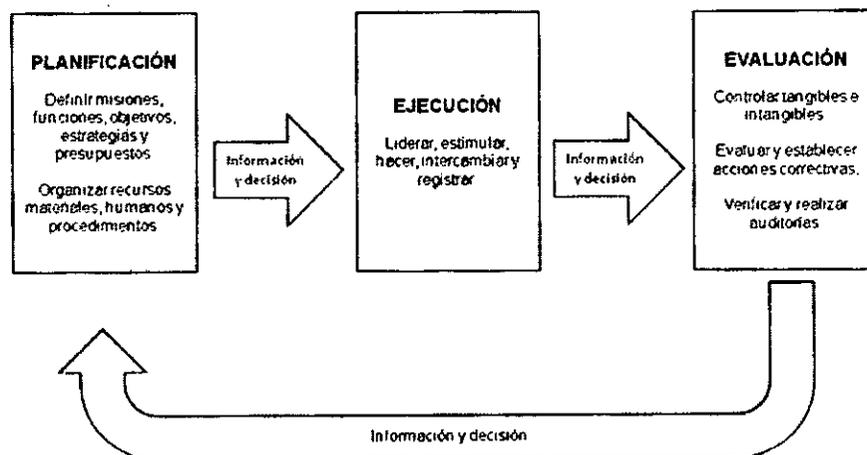
## II. APROBACIÓN DEL INSTRUCTIVO PARA LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS.

La Presidencia del Comité señaló que mediante Acuerdo 2) de la Octava Sesión se acordó "(...) *encargar al equipo de trabajo de la Secretaría General presentar un proyecto de instructivo que detalle el procedimiento de elaboración de Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno en ESSALUD en los Órganos Desconcentrados (...)*".

Dicho acuerdo fue adoptado en virtud a las Recomendaciones de la Actividad de Control N° 2-0251-2013-06, "Revisión de Control Interno - Red Asistencial Almenara", que entre otras, señala que el Comité de Implementación de Control Interno deberá:

- Implementar mecanismos que permitan efectuar el seguimiento y monitoreo eficaz sobre la operatividad real del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Almenara.
- Orientar en las actividades que coadyuven a la elaboración del Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Almenara.

En ese sentido, con la finalidad de ilustrar a los Subcomités de Control Interno en relación a la aplicación de la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado" que detalla el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, que comprende 3 fases; se ha considerado conveniente elaborar un Instructivo para la ejecución de la *fase de planificación* del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD):



Acto seguido, Einstein Murrieta Luján, representante de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, realizó las siguientes sugerencias "en relación a la determinación de la muestra" para la elaboración del diagnóstico en los Órganos Desconcentrados:

- Se debe precisar que la Gerencia y Dirección del Órgano Desconcentrado completará obligatoriamente la lista de verificación, además del Hospital Nacional, Hospital IV, Hospital III, Hospital II, Hospital I, Policlínico y Posta Médica, según corresponda.
- Se debe precisar que las unidades prestadoras vinculadas a un contrato de asociación público privada no serán consideradas dentro del muestreo.
- Se debe solicitar que las unidades orgánicas que comprenden las Oficinas de Administración de los Órganos Desconcentrados (Oficina de Recursos Humanos,

Oficina de Logística, Oficina de Soporte Informático, y Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios) realicen el llenado de las Listas de Verificación, debido a que esas áreas tienen procesos críticos y será de gran utilidad conocer su estado actual frente a los estándares definidos por las normas de Control Interno.

Luego de un breve debate, el Comité acordó aprobar dicho documento, previa inclusión de las sugerencias vertidas por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

### III. OTROS ASPECTOS VINCULADOS

La Presidencia del Comité hizo mención al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Contraloría General de la República y el Seguro Social de Salud – Essalud suscrito con fecha 27 de setiembre de 2013, invitando a los miembros a realizar sugerencias para una mejor implementación del propósito de este Convenio. En ese orden de ideas, los miembros sugirieron lo siguiente:

- 
1. Capacitación en la Escuela Nacional de Control sobre "implementación de control interno" y "gestión por procesos" a los miembros del Comité y a los coordinadores de apoyo y control de las diversos Órganos Centrales.
  2. Capacitación en la Escuela Nacional de Control sobre "implementación de control interno" y "gestión por procesos" a nivel nacional a todos los Subcomités a través de la Contraloría descentralizada.
  3. Apoyo de la Contraloría General de la República en la realización de veedurías para determinados procesos críticos.
  4. Apoyo de la Contraloría General de la República en la realización de control preventivo.



### IV. PEDIDOS

El Veedor del Órgano de Control Institucional reiteró el cumplimiento del Acuerdo 8) de la Quinta Sesión mediante la cual se encargó a la Oficina Central de Asesoría Jurídica la elaboración de un proyecto de Resolución de Presidencia Ejecutiva que apruebe la incorporación de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística y Gerencia Central de Finanzas como miembros al Comité de Implementación del Sistema de Control Interno. Al respecto, Rafael Franco Moreno manifestó que dicho Proyecto de Resolución ha sido remitido a la Secretaría General mediante Carta N° 2450-OCAJ-ESSALUD-2014, para su tramitación correspondiente.



De otro lado, el Veedor del Órgano de Control Institucional solicitó coordinar con las Oficinas competentes la actualización del enlace sobre "control interno" que se encuentra disponible en el portal web institucional con la finalidad de dar a conocer los avances realizados por el Comité en esta materia.



### V. ACUERDOS

1. **APROBAR** el Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno en ESSALUD – Órganos Centrales, que se encuentra adjunto a la presente como Anexo I.
  2. **APROBAR** el Instructivo para la ejecución de la Fase de Planificación del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que se encuentra adjunto a la presente como Anexo II.
- 
- 

3. **ENCARGAR** a la Oficina Central de Planificación y Desarrollo la elaboración de las comunicaciones dirigidas a los Órganos Centrales para iniciar la etapa de recopilación de información para la elaboración del diagnóstico que refleje el estado actual de implementación del Sistema de Control Interno en la Sede Central de ESSALUD.

Siendo las seis y treinta minutos del día 28 de agosto de 2014 se da por concluida la sesión del Comité.

En señal de conformidad suscriben la presente acta en original y copia, los miembros del Comité que asistieron.



HEIDI CÁRDENAS ARCE  
Representante  
Secretaría General  
Presidencia



VIOLETA REYNA LÓPEZ  
Representante  
Oficina Central de Planificación y Desarrollo  
Secretaría Técnica



RAFAEL FRANCO MORENO  
Representante  
Oficina Central de Asesoría Jurídica



ANGELA MARÍA HERRERA SARA  
Representante  
Gerencia Central de Aseguramiento



EINSTEIN MURRIETA LUJAN  
Representante  
Gerencia Central de Prestaciones de Salud



MARCO CHAVEZ ALVARADO  
Veedor  
Órgano de Control Institucional



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

## PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD) – ÓRGANOS CENTRALES

### I) PRESENTACIÓN

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), en cumplimiento de lo establecido por la Ley N° 28716 (Ley de Control Interno de las Entidades del Estado), las Normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República a través de la Resolución N° 320-2006-CG, así como de la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno (SCI) de las Entidades del Estado", aprobada por la Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, ha iniciado el proceso de implementación del Sistema de Control Interno (SCI).

De acuerdo a la indicada Guía dicho proceso comprende tres (03) fases: (i) Planificación<sup>1</sup>, (ii) Ejecución<sup>2</sup> y (iii) Evaluación del Proceso de Implementación<sup>3</sup>.

La primera de ellas, la Fase de Planificación, comprende a su vez, las siguientes acciones:

- El compromiso de la Alta Dirección con la Implementación del Sistema de Control Interno, que incluye la firma de un acta de compromiso y la constitución de un Comité encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del SCI, y su eficaz funcionamiento a través de la mejora continua.
- La formulación del Diagnóstico, acción que comprende la elaboración de un Programa de Trabajo, la recopilación de información, la revisión y estudio de la misma, el análisis normativo, la identificación de debilidades y fortalezas y, finalmente, la elaboración de un informe final de diagnóstico<sup>4</sup>.
- La Elaboración de un Plan de Trabajo, instrumento a través del cual se definirá el curso de la acción a seguir para la implementación del Sistema de Control Interno.

<sup>1</sup> La cual tiene como objetivo la formulación de un Plan de Trabajo que incluya los procedimientos orientados a implementar adecuadamente el SCI, en base a un diagnóstico previamente elaborado. Son aspectos inherentes a esta fase asegurar el compromiso de la Alta Dirección y la conformación de un Comité de Control Interno

<sup>2</sup> Fase en la que se implantará el SCI en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, para lo cual la entidad procede al desarrollo del Plan de Trabajo para la implantación del SCI.

<sup>3</sup> En la que se evalúan los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación como parte de la autoevaluación mencionada en el componente de Supervisión.

<sup>4</sup> Los resultados del Diagnóstico deben permitir a la entidad conocer las acciones necesarias a seguir para dar inicio a la etapa de implementación del SCI. Para ello como parte del diagnóstico, se deberá evaluar, entre otros aspectos: (i) el nivel de desarrollo y organización del SCI; (ii) los elementos de control que conforman el sistema existente; (iii) las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora que presenta el sistema; (iv) los ajustes o modificaciones que deben desarrollarse; (v) los componentes y normas de control que deben ser implementados; (vi) las prioridades en la implementación (identificación de los principales procesos críticos); (vii) una estimación de los recursos económicos, materiales y de personal requeridos para la implementación, (viii) los lineamientos a considerar por el equipo institucional para su plan de trabajo.



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

En este marco, la Presidencia Ejecutiva del Seguro Social de Salud (ESSALUD), mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, se aprobó el Acta de Compromiso de Implementación del Sistema de Control Interno, la cual fue suscrita por los principales funcionarios de esta Sede Central; y, a la vez, reconfirmó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD); cumpliéndose con ello la primera acción de la Fase de Planificación.

En tal virtud, corresponde seguidamente proceder a la formulación del diagnóstico, documento que servirá de insumo principal para la posterior elaboración del Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).

En este punto corresponde precisar que el diagnóstico a elaborar comprenderá a los diferentes Órganos Centrales de Essalud, dado que cada uno de los diferentes Órganos Desconcentrados, conforme a lo dispuesto por la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD a través de Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, han constituido sus respectivos Subcomités de Implementación del Sistema de Control Interno, asumiendo la responsabilidad de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

## II) OBJETIVOS

### General

- El presente Programa de Trabajo tiene por objetivo establecer los lineamientos, pautas y procedimientos para llevar a cabo la formulación del diagnóstico del estado situacional actual del Sistema de Control Interno en los Órganos Centrales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)<sup>5</sup>, con fecha de corte al primer semestre del 2014.

### Específicos

- Inducir y sensibilizar al personal de la Sede Central sobre las Normas de Control Interno y la implantación del Sistema de Control Interno en ESSALUD.
- Identificar los controles internos que pudiesen existir en la organización central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), tomando en consideración los componentes de la Estructura de Control Interno establecidos en la Ley y la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, esto es (i) Ambiente de Control, (ii)

<sup>5</sup> De acuerdo al Numeral 1.2.1. de la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno (SCI) de las Entidades del Estado, para dar inicio al proceso de diagnóstico será necesario que el Comité elabore y apruebe un **programa de trabajo**, el cual contendrá las actividades a desarrollar y su cronograma. El programa contemplará, entre otros, lo siguiente: (i) Objetivos del diagnóstico; (ii) Alcance del diagnóstico: Controles a nivel entidad o general bajo el marco de las NCI; (iii) Descripción de las actividades a desarrollar; (iv) Cronograma de trabajo (con fechas programadas de inicio y término); y, finalmente, (v) responsable de cada actividad.



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

Evaluación de Riesgos, (iii) Actividades de Control Gerencial, (iv) Información y Comunicación y, (v) Supervisión.

- Evaluar los controles establecidos a nivel de procesos, actividades y tareas, priorizadas o críticas de la organización.
- Determinar las debilidades, fortalezas, riesgos de los procesos y procedimientos de control interno vigentes en los Órganos Centrales de Seguro Social de Salud (ESSALUD), emitiendo las recomendaciones correspondientes.

### III) ALCANCE

El diagnóstico a elaborar comprenderá a todos los Órganos Centrales del Seguro Social de Salud - Essalud, incluidos aquellos no estructurados<sup>6</sup>, en los siguientes aspectos:

- Las deficiencias y oportunidades de mejora que conforman el Sistema de Control Interno.
- Establecer prioridades en la implementación, análisis e identificación de los principales procesos críticos.

### IV) ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico, es un medio de análisis que permitirá contrastar la situación en la que se encuentra el Sistema de Control Interno en los Órganos Centrales del Seguro Social de Salud (ESSALUD), con respecto a lo que establecen las normas aprobadas por la Contraloría General de la República.

Conforme a lo determinado por la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno (SCI) de las Entidades del Estado", la elaboración del diagnóstico comprende la recopilación, estudio y análisis de la información sobre el Sistema de Control Interno existente en la entidad y su actual grado de desarrollo o madurez.

El diagnóstico constituye una etapa previa al proceso de implementación del SCI en todos los niveles de la organización, y debe ser realizado con un enfoque de gestión que va de lo general hacia lo particular. Esto significa que se empieza con un diagnóstico de los controles establecidos a un nivel general de la entidad, para luego pasar a los controles que están a nivel de procesos o actividades.

Los resultados del diagnóstico permitirán a la entidad conocer las acciones necesarias a seguir para dar inicio a la etapa de implementación del Sistema de Control Interno. Para ello, como parte del diagnóstico se evaluarán, entre otros, los siguientes aspectos:

- El nivel de desarrollo y organización del SCI.
- Los elementos de control que conforman el sistema existente.

<sup>6</sup> Tales como las Comisiones de Procesos Disciplinarios (tanto la Permanente, Especial como la Ad Hoc).



- Las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora que presenta el sistema.
- Los ajustes y modificaciones que deben desarrollarse.
- Los componentes y normas de control que deben ser implementados.
- Las prioridades en la implementación (identificación de los principales procesos críticos).
- Las normas internas pendientes a implementar o actualizar.
- Una estimación de los recursos económicos, materiales y de personal requeridos para la implementación.
- Los lineamientos a considerar por el equipo institucional para su Plan de Trabajo.

El diagnóstico será elaborado evaluándose los diferentes Componentes y Subcomponentes de las Normas de Control Interno de acuerdo al siguiente esquema:

Componente	Sub Componentes
Ambiente de Control	Filosofía de la Dirección; Integridad y Valores Éticos; Administración Estratégica; Estructura Organizativa; Administración de los Recursos Humanos; Competencia Profesional; Competencia Profesional; Asignación de Autoridad y Responsabilidad; Órgano de Control Institucional
Evaluación de Riesgos	Planeamiento de la Administración de Riesgos; Identificación de los Riesgos; Valoración de los Riesgos; Respuesta al Riesgo.
Actividades de Control Gerencial	Procedimientos de autorización y aprobación; Segregación de funciones; Evaluación costo-beneficio; Controles sobre el acceso a los recursos o archivos; Verificaciones y conciliaciones; Evaluación del desempeño; Rendición de cuentas; Documentación de procesos, actividades y tareas; Revisión de procesos, actividades y tareas; Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones
Información y Comunicación	Funciones y características de la información; Información y responsabilidad; Calidad y suficiencia de la información; Los sistemas de información; Flexibilidad al cambio; Archivo institucional; Comunicación interna; Comunicación externa; Canales de comunicación
Supervisión	Normas básicas para las Actividades de prevención y monitoreo; para el seguimiento de resultados; y los compromisos de mejoramiento

**V) DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

**5.1. Actividades Previas**

Las actividades previas son las siguientes:

**a) La designación de Coordinadores de los Órganos Centrales de ESSALUD.**

El llenado de los criterios de cumplimiento consignados en la parte superior de cada una de las Listas de Verificación, estará a cargo de un Evaluador; asumiendo tal responsabilidad el Jefe de la Oficina de Apoyo y Control de la



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

Gerencia u Oficina Central, o quien haga sus veces. En caso que el Órgano Central no cuente con dicha unidad orgánica, encargará tal responsabilidad a un determinado funcionario, quien deberá ser acreditado ante la Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD).

Una vez completado el llenado de las Listas de Verificación, éstas deberán ser remitidas a través de la respectiva comunicación a la Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD), en su condición de Secretaría Técnica del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Las indicadas listas serán refrendadas por el titular del Órgano Central, en señal de conformidad. Igualmente, en cada caso, se adjuntará el documento de sustento correspondiente.

## 5.2. RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

En esta actividad se efectúa la identificación, clasificación y selección de la información documental, tanto de gestión como de normativa interna, que regula o explica los procesos o procedimientos en la entidad, así como los mecanismos de control establecidos, en cuanto a cada uno de los componentes del control interno.

### a) Recopilación de información documental de gestión institucional<sup>7</sup>

- Organigrama.
- Reglamentos de Organización y Funciones (ROF).
- Cuadro para Asignación de Personal (CAP).
- Manuales de Organización y Funciones (MOF).
- Mapa de Macro Procesos (MMP).
- Mapa de Procesos (MP).
- Manuales de Procesos y Procedimientos (MPP).
- Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA).
- Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
- Plan Operativo Institucional 2014.
- Plan Operativo Informático 2013 - 2014.
- Informes Anuales de Evaluación del Plan Estratégico Institucional.
- Plan Anual de Contratación 2013 - 2014.
- Plan Anual de Capacitación 2013 - 2014
- Observaciones y Recomendaciones de Auditoría Externa.

### b) Recopilación de normas institucionales relacionadas con el Control Interno

Conforme lo dispone la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno (SCI) de las Entidades del Estado"<sup>8</sup>, como parte del diagnóstico se

<sup>7</sup> De acuerdo a lo dispuesto por el Numeral 1.2.2. (Recopilación de información) de la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno (SCI) de las Entidades del Estado"; se deberá identificar, clasificar y seleccionar la información interna de tipo documental que regule o contenga información relacionada con los controles establecidos en la entidad, así como sobre sus procesos, citando los documentos más comunes a consultar.

<sup>8</sup> Numeral 1.2.4. Análisis Normativo.- Como parte del diagnóstico se realizará un análisis de la normativa interna que existe con respecto de las NCI. Éste consistirá en elaborar una concordancia del marco normativo interno de la entidad



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

efectuará una recopilación de la normativa interna (principalmente Reglamentos Internos, Directivas, Manuales y otros), en las que se haya hecho referencia, se hayan establecido mecanismos de control, y/o estén en el ámbito de los componentes de las Normas de Control Interno.

El análisis de la normativa interna se realizará considerando los objetivos de cada uno de los componentes de las Normas de Control Interno.

### c) Listas de Verificación

La aplicación de listas de verificación será con base de los Componentes, Subcomponentes de las Normas de Control Interno, buenas prácticas y otros aspectos adicionales que se consideren que la Entidad deba cumplir. El llenado de las mismas será efectuada por Oficina o Gerencia Central, según las indicaciones contenidas en ellas.

La información que se obtenga como resultado de la aplicación de estas herramientas, se sustentará en evidencias de cumplimiento, y según se determine en el proceso, podrá ser validada a través de pruebas de verificación y/o analizada a través de técnicas cualitativas y cuantitativas.

La citada herramienta será aplicada fundamentalmente en base a la competencia funcional de cada Gerencia u Oficina Central, a excepción de aquellos Subcomponentes que se encuentren referidos a las prácticas que las unidades orgánicas de una organización moderna deben desarrollar, como es el caso de asignación de responsabilidad y autoridad, planificación y evaluación de riesgos, rendición de cuentas, entre otros.

### 5.3. Análisis de la información documental de gestión institucional, normas internas y Listas de Verificación

Se analizarán los documentos identificados y seleccionados en la actividad de recopilación de información, así como los resultados de las listas de verificación.

Se identificará, en la documentación, toda referencia o mención sobre las acciones de control interno que se vienen ejecutando en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y sobre las que deberían implementarse a futuro.

Asimismo, se analizarán las referencias a las debilidades y fortalezas que pudieran tener el Sistema de Control Interno de la entidad, en sus distintos componentes (Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, y Supervisión).

### 5.4. Análisis Normativo del Sistema de Control Interno

Como parte del diagnóstico se realizará el análisis de la normativa interna que existe con respecto de las Normas de Control Interno consistirá en elaborar una

(resoluciones, directivas, reglamentos entre otros) con las NCI. La normativa interna viene dada por aquellos procedimientos, actividades, tareas y controles que regulan las operaciones de la entidad para el logro de los objetivos institucionales.



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

concordancia del marco normativo interno de la entidad (resoluciones, directivas, reglamentos entre otros) con las NCI. La normativa interna viene dada por aquellos procedimientos, actividades, tareas y controles que regulan las operaciones de la entidad para el logro de los objetivos institucionales. El análisis de la normativa interna deberá ser realizado considerando los objetivos de cada uno de los componentes de las NCI. Como resultado del análisis normativo, se elaborará un cuadro de concordancia entre éstas (sean resoluciones, directivas, reglamentos u otros) con las Normas de Control Interno, utilizando para el efecto como modelo el **Cuadro N° 01** de la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", en el que se considerarán los objetivos de cada uno de los componentes de las Normas de Control Interno.

### 5.5. Evaluación de la Información referida a las Listas de Verificación

La evaluación final de la información referida a las Listas de Verificación será efectuada por la Secretaría Técnica. Para la calificación de los aspectos que son objeto de evaluación según detalle contenido en las Listas de Verificación, se utilizarán los criterios que se detallan a continuación, marcando con un aspa ("X") según sea el caso.

Nivel	CARACTERÍSTICAS DE LAS EVIDENCIAS
0	No se ha podido comprobar la existencia de las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas <sup>1</sup> , sin embargo, no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran documentadas, aprobadas <sup>1</sup> y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas y externas, de la efectividad del Sub Componente del SCI. Asimismo, funciona a manera de referente de otras instituciones del sector público.

<sup>1</sup> La aprobación debe ser realizada por el ente o autoridad correspondiente, de acuerdo con las facultades fijadas en los documentos de gestión o resolución autoritativa.

Seguidamente, se resumirá y detallará el puntaje obtenido por cada componente del SCI, basado en un promedio ponderado de los subcomponentes que los integran. El peso específico que tiene cada uno de los componentes, se ha determinado de acuerdo a la siguiente tabla:

Componente del SCI	Peso Ponderado
Ambiente de Control	15%
Evaluación de Riesgos	30%
Actividades de Control Gerencial	30%
Información y Comunicación	15%
Supervisión	10%



Finalmente, se identifica el nivel de implementación en que se encuentra cada sub componente, componente y el SCI en general. Para tal efecto se considerarán cinco (05) niveles de madurez de la implementación y son los siguientes:

Nivel de Madurez		Referencia
0	Inexistente	No existe evidencia suficiente de que la Organización haya emprendido esfuerzos para la implementación del SCI.
1	Inicial	Existe un esfuerzo aislado o inicial con respecto a la implementación del SCI en la Organización; se ha podido evidenciar documentación de algunas evidencias de control, sin embargo, aún no han sido debidamente aprobadas por la autoridad respectiva.
2	En proceso de implementación	El SCI se encuentra en proceso de implementación en la Organización. Algunos elementos de control interno han sido formalizados; sin embargo, falta la difusión de los esfuerzos de control interno realizados a las instancias apropiadas.
3	Establecido / Implementado	El SCI ha sido implementado en la Organización; los elementos de control interno se encuentran documentados y han sido formalizados y difundidos a las instancias apropiadas de la Empresa. El SCI funciona conforme a las necesidades de la Empresa y el marco regulador.
4	Avanzado	El SCI cuenta con un proceso de mejora continua; los elementos de control interno se encuentran documentados, formalizados y difundidos en todos los procesos y áreas de la Organización. Asimismo, se han establecido procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del SCI.
5	Optimizado	El SCI de la Organización constituye una práctica líder en la industria, y se ha integrado de manera natural con las operaciones de la Empresa, formando parte importante de su cultura organizacional.

5.6. Identificación de debilidades y fortalezas

Tomando en consideración el análisis efectuado, se identificarán las fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno en ESSALUD, así como las causas de éstas. Dicha información será presentada en forma agrupada por cada componente de las Normas de Control Interno, según el "Formato de Análisis de Componentes de Control Interno" fijado en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado".

Componentes	Debilidades	Fortalezas	Causas
Ambiente de Control			
Evaluación de Riesgos			
Actividades de Control			
Información y Comunicación			
Supervisión			

Se efectuará una identificación de los riesgos, amenazas y oportunidades existentes, complementando la información del cuadro anterior.

5.7. Elaboración del Informe de Diagnóstico

El "Informe Final de Diagnóstico" cumplirá con los aspectos metodológicos indicados en la Guía aprobada por la Contraloría General de la República. Su estructura será

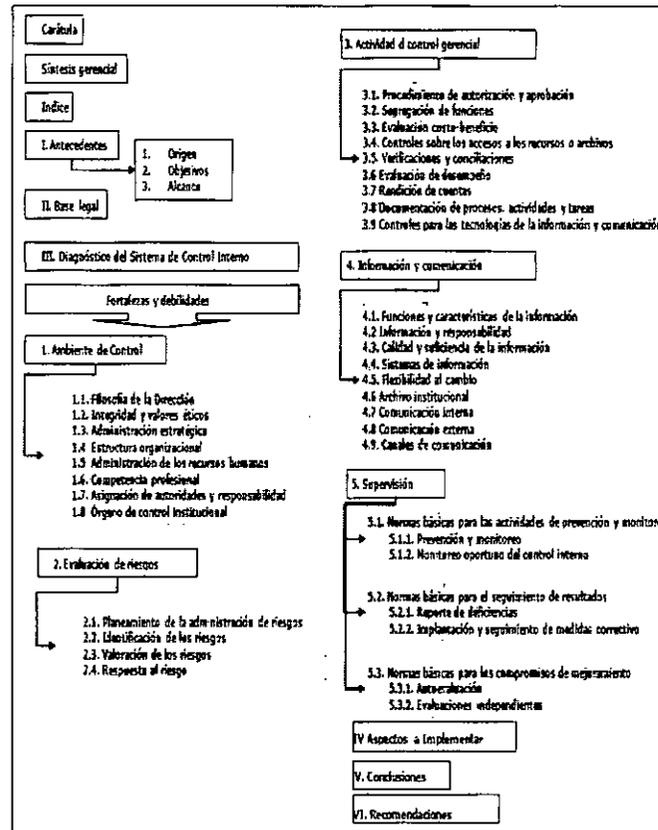


PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

la que se sugiere en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", y que se muestra a continuación:



Los diferentes aspectos que serán considerados en el Diagnóstico son los siguientes:

- El nivel de desarrollo, organización y vigencia del SCI actual.
- Los elementos de control que conforman el SCI existente.
- Las Fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno.
- Los componentes y normas de control que deben ser implementados, y su priorización.
- La identificación de los principales procesos y áreas críticas.
- Las normas internas pendientes a implementar o actualizar.
- Una estimación de los recursos económicos, materiales y de personal requeridos para la implementación
- Los lineamientos a considerar por el Comité de Control Interno para su Plan de Trabajo.



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
ESSALUD

#### 5.8. Aprobación y presentación del Informe Final del Diagnóstico

Una vez concluido el *Programa de Trabajo*, el Informe resultante será presentado y sustentado por la Secretaría Técnica ante el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), para su aprobación.

#### VI) CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se adjunta en Anexo.

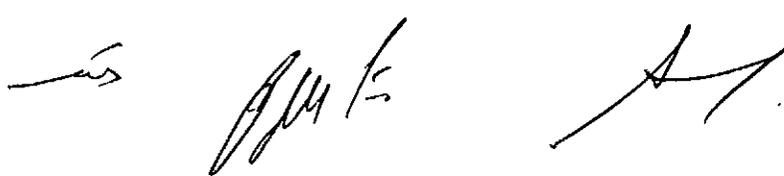
## CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL SCI EN ESSALUD

N°	OBJETIVOS	ACTIVIDADES		RESPONSABLES	CALENDARIO DE ACTIVIDADES					
					2014					
					JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
I	Plan de Trabajo	1.1.	Elaboración	Secretaría Técnica						
		1.2.	Presentación y sustentación	Secretaría Técnica						
		1.3.	Aprobación	Comité						
II	Acciones Previas	2.1.	Planeamiento, preparación y ejecución	Asignado por Comité						
III	Levantamiento de Información - Sistematización y Análisis	3.1.	Envío de comunicaciones	Secretaría Técnica						
		3.2.	Recopilación de información	Secretaría Técnica						
		3.3.	Sistematización y análisis de la información	Secretaría Técnica						
IV	Elaboración del Informe	4.1.	Elaboración - Redacción	Secretaría Técnica						
		4.2.	Coordinaciones previas al cierre	Secretaría Técnica						
V	Aprobación del Informe de Diagnóstico de la situación actual del SCI en ESSALUD	5.1.	Presentación de Informe de Diagnóstico	Secretaría Técnica						
		5.2.	Análisis y revisión	Comité						
		5.3.	Aprobación	Comité						
		5.4.	Elevación del Informe de Diagnóstico a la Alta Dirección	Presidencia del Comité						

PI

U

X



**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1: Ambiente de Control		Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Filosofía de la Dirección	1	SG	Apoyo permanente hacia el Control Interno y el logro de sus objetivos por parte de la Alta Dirección (Acciones, Lineamientos, Disposiciones impartidas, etc.)						
	2	SG	Hacer conocer al personal la importancia de implantar y ejecutar acciones de control interno (Acciones desarrolladas).						
	3	SG	Controles implementados para integrar el control interno (Directivas, Resoluciones, Cartas).						
	4	SG	Constitución del Comité de Implementación del SCI y suscripción de Acta de Compromiso.						
	5	SG	Acciones dispuestas/ejecutadas por el Comité del Implementación del SCI (Acta de Sesiones).						
	6	SG	Elaboración del Diagnóstico, Plan Implementación del SCI (Programa de Trabajo - Plan de Trabajo).						
	7	SG	Canal de denuncias de actos contrarios al Código de Ética y de actos de corrupción (documento en el que conste disposiciones impartidas, difusión del canal, registros de las denuncias presentadas etc.).						
	8	SG	Buzón de Sugerencias (documento en el que consten las disposiciones impartidas, registros de las sugerencias presentadas, mejoras implantadas en base a sugerencias formuladas etc.)						
	9	SG	Código de Buen Gobierno Corporativo (Documento aprobado).						
	10	SG (*)	Actitud positiva para implementar las Recomendaciones del OCI (Reportes de Evaluación del progreso de la implementación de Recomendaciones Implementadas y en Proceso).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos  
 (\*) Deberá coordinar con la Oficina de Coordinación Técnica

RI  
S  
A

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1: Ambiente de Control		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Integridad y Valores Éticos	1	GCGP	Código de Ética de la Función Pública (Registros de Difusión. Charlas, Talleres, Actas etc.)						
	2	GCGP	Referenciación de las normas del Código de Ética con Reglamentos tales como RIT, de Procedimientos Disciplinarios Sancionadores (Normas emitidas, concordadas y difundidas).						
	3	GCGP	Seguimiento de procesos disciplinarios (Informes presentados).						
	4	GCGP	Medidas de Control Interno impartidas/adoptadas en prevención de la prescripción (principio de inmediatez) (Comunicaciones preventivas, sanciones impuestas, entre otras).						
	5	GCGP	Mecanismos de protección a aquellos servidores que denuncien infracciones éticas o actos de corrupción. Ley Nº 29542, Ley de protección al denunciante en el ámbito administrativo y de colaboración eficaz en el ámbito penal (Resoluciones, Cartas, Comunicados, etc.).						
	6	GCGP	Verificaciones de cumplimiento de consulta al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido, en forma previa a la contratación de un servidor (Cartas, Directivas,)						
	7	GCGP	Registro de responsables a nivel nacional de anotar las sanciones en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido, en forma previa a la contratación de un servidor.						
	8	OCAJ	Seguimiento a procesos judiciales (Informes, reportes etc. presentados).						
	9	OCAJ	Medidas de control interno impartidas en relación a los procesos judiciales (Cartas, Memorándums etc.)						
	10	GCGP	Acciones de difusión/sensibilización en temas relacionados a la integridad y valores éticos al personal que integra los Comités Permanentes o Especiales de compras/Integrantes. Comisiones de Procesos/Profesionales de apoyo de estas Comisiones (Charlas, Talleres, Capacitaciones etc.).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

R  
S  
M

→ B. M. S. J

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1° Ambiente de Control		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Administración Estratégica	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los funcionarios y servidores conocen las competencias y funciones asignadas por la ley a la Institución (Carta, Memos etc con los que se haya dado a conocer o puesto a disposición información).						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los funcionarios y servidores conocen las competencias y funciones asignadas al Órgano Central y Unidad Orgánica en donde laboran (Documento de asignación de funciones, evaluaciones de cumplimiento de responsabilidades conferidas etc.).						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Difusión entre el personal (funcionarios y servidores) la misión y visión de la entidad. (Constancia de entrega del Plan Estratégico, Comunicados sobre su publicación en INTRANET etc.)						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se efectúa seguimiento del cumplimiento de las actividades del Plan Operativo Institucional (Documentos de control y seguimiento).						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se ajustan los Planes Operativos con base a los resultados del seguimiento que se efectúa. (Documento en el que consten los ajustes efectuados).						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	El personal tiene conocimiento de las metas fijadas para su área en el Plan Operativo (Documento con el que se comunican las metas para su cumplimiento, constancia de entrega del Plan Operativo etc.).						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Evaluaciones periódicas por las áreas del cumplimiento de su Plan Operativo (cartas, memos, actas de reuniones de coordinación etc.).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

*[Handwritten signatures and marks]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1: Ambiente de Control		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Estructura Organizacional	1	OCPD	La estructura organizacional responde a las competencias y funciones asignadas a la Institución de acuerdo a las normas legales correspondientes (Informe técnico de sustento del área competente).						
	2	OCPD	Estructura organizacional alineada a la misión, visión objetivos de la entidad (informe técnico de sustento del área competente).						
	3	OCPD	Mejoramiento de la estructura organizacional (Sede Central y Órganos Desconcentrados), por implementación de las recomendaciones contenidas en el Informe Final de Diagnóstico Comisión Mixta MTPE/MINSA.						
	4	OCPD	Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) aprobados y actualizados.						
	5	OCPD	Inventario de procesos (actualizado), con identificación de procesos críticos.						
	6	OCPD	Mapa de procesos (Aprobados - Actualizados).						
	7	OCPD	Manuales de procedimientos (Aprobados - Actualizados).						
	8	OCPD	Los procesos de la entidad están concebidos en función de los objetivos institucionales (informe técnico del área competente).						
	9	OCPD	Los procesos cuentan con controles que aseguren su eficiencia y eficacia (informe técnico del área competente).						
	10	OCPD	Los procesos responden a criterios o políticas de calidad (informe técnico del área competente).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*[Handwritten marks on the left margin]*

*[Handwritten signatures and initials at the bottom]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1° Ambiente de Control		Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Administración de Recursos Humanos	1	GCGP	Reglamento Interno de Trabajo (actualizado).						
	2	GCGP	Normas y Procedimientos actualizados para el otorgamiento de capacitaciones al personal de la Institución (Directivas, Reglamentos etc.).						
	3	GCGP	Plan de Bienestar de Personal (documento aprobado).						
	4	GCGP	Procedimientos documentados de inducción al personal que ingresa a laborar a la Institución (Directiva y/o documentos que sustenten cumplimiento - realización de la inducción).						
	5	GCGP	Registro del personal sancionado por faltas disciplinarias (actualizado).						
	6	GCGP	Mecanismos establecidos para educar y comunicar regularmente a la plana gerencial y a los trabajadores en general, sobre la importancia de la existencia de controles internos y valores éticos (Cartas, Comunicados, Circulares, Eventos de Capacitación etc.).						
	7	GCGP	Políticas y/o procedimientos que aseguren una apropiada planificación y administración de los recursos humanos (Directivas, Lineamientos de Políticas aprobados, etc.).						
	8	GCGP	Procedimientos documentados de evaluación de desempeño de personal y/o cumplimiento de metas.						
	9	GCGP	Políticas e instrumentos de reconocimiento no monetario a favor del personal.						
	10	GCGP	Mediciones o evaluaciones de clima laboral.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*U*

*S*

*M*

*us*

*Prof. J*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1* Ambiente de Control		Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Competencia Profesional	1	GCGP	Manual de Perfiles de Puestos (actualizado).						
	2	GCGP	Políticas y procedimientos que garanticen la adecuada selección de personal (directivas, reglamentos actualizados).						
	3	GCGP	Políticas y procedimientos que permitan al personal aumentar y perfeccionar sus capacidades y habilidades (directivas, Reglamentos actualizados).						
	4	GCGP	Cargos del personal están en relación con las funciones y responsabilidades asignadas (informes documentados).						
	5	GCGP	Procedimientos o lineamientos para instruir al personal qué procesos de la entidad corresponden a las labores que desarrolla (Directiva, Cartas Circulares, etc.).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*[Handwritten signatures and initials]*

*[Handwritten marks on the left margin]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1: Ambiente de Control		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Asignación de autoridad y responsabilidad	1	GCGP	Identificación de las competencias necesarias para cada cargo prevista en el CAP, plasmados en un documento de gestión (Directiva, Manual, etc.).						
	2	GCGP	Personal que ocupa puesto de trabajo cuenta con las capacidades fijadas en el Manual de Perfiles (Directiva, Reglamento, etc.).						
	3	GCGP	Cuadro para Asignación de Personal (CAP) actualizado.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registro de comunicaciones de funciones al personal.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Manual de Organización y Funciones (MOF) actualizado.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de delegación de facultades hacia los niveles operativos.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Medidas de Control Interno implantadas por el delegante respecto a facultades delegadas a niveles operativos (cartas, memoranda, etc.).						
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Políticas y procedimientos que garanticen acciones de fiscalización posterior en los procesos administrativos a su cargo (Art. 32° - Ley N° 27444).						
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de acciones de verificación posterior ejecutados por la unidad orgánica.						
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Procedimientos que garanticen continuidad de la gestión, con ocasión del término de un mandato, designación o cese del funcionario o servidor.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

*[Handwritten signatures and marks]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 1* Ambiente de Control		Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Órgano de Control Institucional	1	OCI	Los Órganos de Control evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su Plan de Acciones de Control PAC (informe del área competente).						
	2	OCI	Integración de representante del OCI en calidad de veedor en el Comité de Implementación SCI (Actas del Comité SCI).						
	3	OCI	El OCI evalúa periódicamente el sistema de control interno (documentos de sustento).						
	4	OCI	Registro de mejoras sugeridas por el OCI.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Políticas y procedimientos que garanticen la implantación de las recomendaciones derivadas de Informes de los órganos conformantes del SNC.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Reportes de seguimiento de implementación de recomendaciones derivadas de informes de los órganos conformantes del SNC, por parte del área competente de la Gerencia u Oficina Central.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

21

S

A

*[Handwritten signatures]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS  
ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 2: Evaluación de Riesgos		Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente			0	1	2	3	4	5
Planeamiento de la Administración de Riesgos	1	Se dio a conocer al personal los elementos claves del Plan Estratégico Institucional, de manera que tengan un entendimiento básico de la estrategia de la organización.						
	2	Mecanismos establecidos para anticipar, identificar y reaccionar a los cambios que pudiesen tener un efecto negativo en el cumplimiento de las actividades de desarrollo del Plan Estratégico.						
	3	La Gerencia u Oficina Central ha recibido lineamientos y/o políticas para la implementación de acciones referidas a la administración de riesgos.						
	4	La Gerencia u Oficina Central ha establecido e impartido lineamientos y políticas para la administración de riesgos.						
	5	La Gerencia u Oficina cuenta con un equipo de trabajo, (Comité de Riesgos o equivalente), que anticipe situaciones que pudiesen tener un efecto significativo sobre la gestión.						
	6	Cuenta con un Plan de Actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.						
	7	Capacitaciones efectuadas a los funcionarios y servidores responsables de procesos en aspectos relacionados a la administración de riesgos.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*[Handwritten signatures and initials]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 2ª Evaluación de Riesgos		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Identificación de Riesgos, Valoración y Respuesta al Riesgo	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se tienen identificados y priorizados los eventos de riesgo tanto internos como externos que puedan afectar negativamente el logro de cada objetivo.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los responsables de los procesos tienen identificados y priorizados los eventos de riesgo que afectan el desarrollo de los mismos.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se tienen identificadas las causas que generan los riesgos han sido identificados.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se tienen identificados los efectos que pueden presentarse si se materializan los riesgos previstos.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	En el desarrollo de actividades se determinan y cuantifican las posibilidades de que ocurran de los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	En el desarrollo de las actividades se cuantifican los efectos que pueden ocasionar los riesgos identificados (impacto).						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los riesgos, sus posibilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación se encuentran debidamente registrados.						
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se cuenta con mecanismos para informar a los niveles apropiados acerca de cambios o situaciones con posibles efectos significativos en la gestión.						
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.						
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se cuentan con lineamientos y procedimientos para efectuar el seguimiento periódico de los controles desarrollados con respecto a los riesgos.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

RA  
S  
A

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 3: Actividades de Control Gerencial		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponente				0	1	2	3	4	5
Procedimientos de autorización y aprobación	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Cuenta con lineamientos o disposiciones para hacer eficiente la operación de los procesos bajo su responsabilidad.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Cuenta con políticas que permitan o faciliten la medición del desempeño de los procesos y de los servidores que los desarrollan.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los procesos en los que participa la Gerencia u Oficina Central se encuentran diseñados, documentados e implementados.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los procedimientos diseñados en la Gerencia u Oficina Central son efectivos para desarrollar las funciones propias y alcanzar los objetivos y metas.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los procesos tienen definidos controles en las actividades críticas para prevenir situaciones de riesgo.						
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los controles definidos han contribuido a reducir los riesgos.						
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Existen indicadores definidos, aprobados y documentados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas.						
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se realizan mediciones periódicas para tomar los correctivos necesarios.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

R  
B  
A

*[Handwritten signatures]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 3: Actividades de Control Gerencial		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Segregación de Funciones, Evaluación Costo Beneficio	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Tablas de niveles de autorización incluidas en Manuales de Procedimientos.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Matrices de segregación de funciones de procesos claves: Realización de la operación, actividades de control, custodia, registro de la operación.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Las actividades expuestas a riesgos de errores o fraudes se encuentran asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Las actividades expuestas a riesgos de errores o fraudes cuentan con controles aprobados, implementados y documentados.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Los controles definidos han contribuido a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Indicadores aprobados, implementados y documentados para medir la efectividad de los procesos de la Gerencia u Oficina Central.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Mediciones periódicas para adoptar los correctivos necesarios.						
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Política de rotaciones periódicas del personal en puestos susceptibles a riesgos de fraudes.						
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).						
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

*[Handwritten signatures and initials]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 3: Actividades de Control Gerencial		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Controles sobre el acceso a los recursos o archivos, verificaciones y conciliaciones, evaluación de desempeño	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se sigan para la utilización y protección de los recursos o archivos.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Tablas de niveles de acceso a los recursos o archivos.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Reportes de arqueos, inventarlos u otros efectuados periódicamente.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Procedimientos aprobados de mecanismos de conciliaciones y verificaciones.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se llevan a cabo periódicamente verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Flujogramas de los procesos donde se identifiquen las actividades críticas a ser medidas y los responsables de las mismas.						
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de indicadores de desempeño para procesos, actividades o tareas.						
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registro de la medición de desempeño de los procesos.						
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes, disposiciones y normativa vigente.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

R  
S  
M

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 3, Actividades de Control Gerencial		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Rendición de cuenta, documentación y revisión de procesos, actividades y tareas	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Cuenta con procedimientos y lineamientos internos para la rendición de cuentas.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de rendiciones de cuentas realizadas por el personal.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se les exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas al personal obligado.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Revisiones periódicas de los procesos, procedimientos, actividades o tareas, con el fin de determinar si estos se desarrollan conforme a lo establecido en las normas vigentes.						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de propuestas de mejoras de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Registros de identificación de deficiencias o debilidades en los procesos, procedimientos, actividades o tareas.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias, se efectúan las correcciones.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

R  
S  
A

*[Handwritten signatures]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 3: Actividades de Control Gerencial		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Controles para la tecnología de información y comunicaciones	1	OCTIC	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información.						
	2	OCTIC	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.						
	3	OCTIC	Informes periódicos de generación de claves de acceso y archivos de respaldo.						
	4	OCTIC	Plan operativo informático aprobado.						
	5	OCTIC	Plan de contingencias aprobado.						
	6	OCTIC	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores, reacción de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.						
	7	OCTIC	Se cuenta con adecuado servicio de soporte técnico para las TICs						
	8	OCTIC	Informes periódicos sobre la sensibilización y conciencia del personal de la organización en cuanto al buen uso de las TICs y seguridad de la información.						
	9	OCTIC	Reportes de verificaciones de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos.						
	10	OCTIC	Reportes e Informes periódicos relacionados a la gestión de los usuarios y claves de acceso.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*[Handwritten marks on the left margin]*

*[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 4: Información y Comunicación		RESPONSABLE DEL LLENADO	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Funciones y características de la Información, Información y responsabilidad, Calidad y Suficiencia de la Información	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	La información es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones gerenciales.						
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.						
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	La información que se requiere para realizar las funciones de los puestos de la Oficina o Gerencia Central es fácilmente accesible.						
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se tiene acceso a las fuentes internas que proveen información a la entidad (informes, Comunicaciones diversas, entre otros.)						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se tiene identificado la información que produce la entidad para su operación (actos resolutiveos, directivas, manuales, reglamentos etc.).						
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Cada servidor registra y divulga la información actualizada requerida para el desempeño de su cargo.						
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de las actividades del personal.						
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*)	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

*[Handwritten marks on the left margin]*

*[Handwritten signatures]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Sub Componente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4*, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Sub Componente del SCI.

Componente 4* Información y Comunicación		Responsable del llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Archivo Institucional y Comunicación Interna	1	SG	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad.						
	2	SG	La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación.						
	3	SG	Los ambientes utilizados por el Archivo Institucional cuentan con una ubicación, infraestructura y acondicionamiento adecuados.						
	4	SG	La entidad ha implementado un Sistema de Archivos a nivel institucional						
	5	SG	La entidad cuenta anualmente con un Plan Anual de Trabajo archivístico						
	6	SG	La entidad cuenta con un Programa de Control de Documentos						
	7	SG	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna.						
	8	SG	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otros eventos resultantes.						
	9	SG	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.						
	10	SG	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: cartas, oficios, memoranda, etc.						
	11	SG	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.						
	12	SG	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

*[Handwritten signatures and initials]*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

Componente 4* Información y Comunicación		Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez					
Subcomponentes				0	1	2	3	4	5
Comunicación Externa, Sistema de Información y Flexibilidad al Cambio	1	ORI	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.						
	2	ORI	Las políticas de información han contribuido al fortalecimiento de los resultados de los procesos de la entidad.						
	3	ORI	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo.						
	4	ORI	Los funcionarios y servidores han recibido capacitación sobre los mecanismos de participación ciudadana y estrategias para informar a la ciudadanía sobre la gestión de la entidad.						
	5	ORI	Los procesos de rendición de cuentas se han constituido en un mecanismo de comunicación e intercambio de información entre la entidad y la ciudadanía.						
	6	ORI	La información de la entidad relacionada con los programas, servicios, obras, servicios. Contratos o administración de recursos se encuentran permanentemente a disposición de la ciudadanía.						
	7	ORI	Los medios de comunicación utilizados por la entidad influyen sobre el Clima Organizacional.						
	8	ORI	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.						
	9	ORI	El portal de transparencia de la entidad se encuentra adecuadamente actualizado.						
	10	Todos los Órganos (**)	La información de competencia de la Gerencia/Oficina Central que debe ser publicada en el Portal de Transparencia es remitida periódicamente y en forma oportuna.						
	11	Todos los Órganos (**)	Los Sistemas de Información (*) son revisados periódicamente con el fin de detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios en el entorno o ambiente interno de la organización.						
	12	Todos los Órganos (**)	Como consecuencia de tales revisiones se han propuesto las acciones de adecuación y/o mejora correspondiente.						
	13	Todos los Órganos (**)	Los cambios en la normativa externa y/o los reclamos y/o pedidos de los usuarios, son considerados para la implementación de acciones de mejora.						

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Sistemas de Información son aquellos que proveen a las Jefaturas los reportes e información necesarios sobre el desempeño de la organización en relación a los objetivos establecidos, incluyendo información interna y externa relevante, y proporcionan la información a la gente apropiada con el detalle necesario y a tiempo, para permitirles cumplir con sus responsabilidades eficaz y eficientemente.

(\*\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

*Handwritten signatures and initials on the left margin.*

*Handwritten signatures at the bottom of the page.*

**ASPECTOS SUJETOS A MEDICIÓN PARA DETERMINAR GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LOS ÓRGANOS CENTRALES DE ESSALUD**

0	No se ha podido comprobar la existencia de cumplimiento del Subcomponente del SCI.
1	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas pero no aprobadas.
2	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran documentadas y aprobadas, sin embargo no se ha podido comprobar su adecuada difusión.
3	Las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI se encuentran aprobadas y adecuadamente difundidas. Se ha podido comprobar el conocimiento de los empleados en relación de esta evidencia; sin embargo, no se cuenta con procesos de mejora continua para esta evidencia.
4	En adición a las características del Nivel 3, se ha podido comprobar la aplicación efectiva de las evidencias de cumplimiento del Subcomponente del SCI, las mismas que han pasado por un proceso de mejora continua.
5	En adición a las características del Nivel 4, se cuentan con evidencias documentarias de instancias evaluadoras, internas o externas, de la efectividad del Subcomponente del SCI.

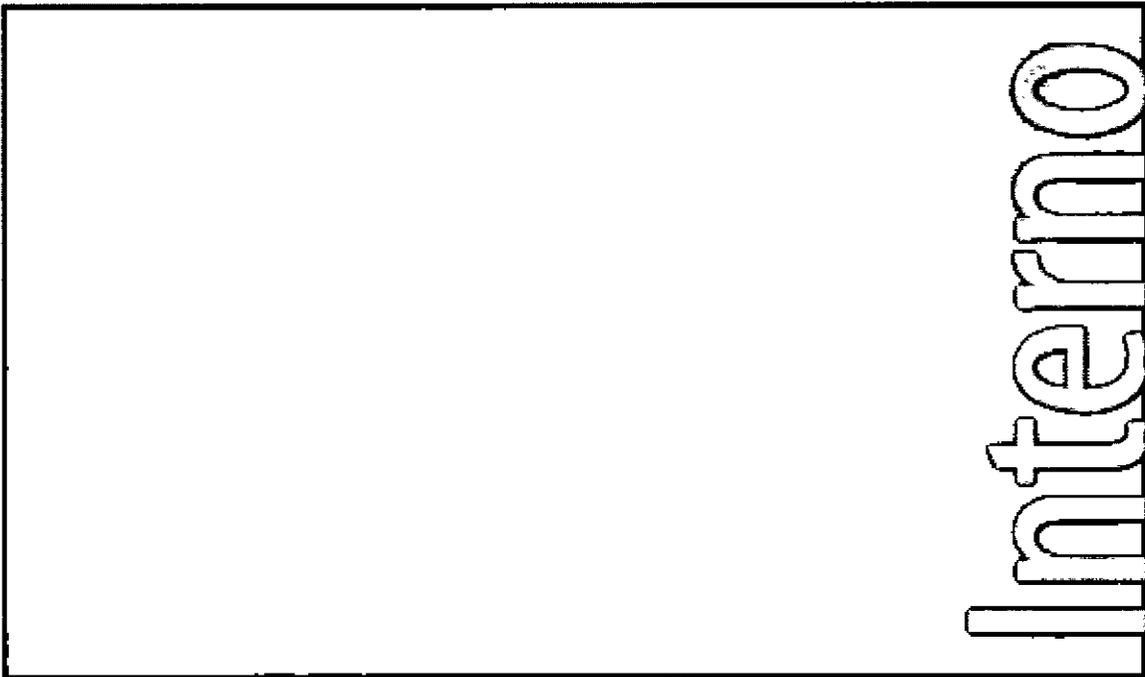
Componente 5° Normas Generales de Supervisión	Responsable del Llenado	Evidencias de Cumplimiento	Medición del Nivel de Madurez						
			0	1	2	3	4	5	
<b>Subcomponentes</b>									
Actividades de prevención y monitoreo, Seguimiento de resultados y Compromiso de mejoramiento	1	Todos los Órganos de la Sede Central (*) En el desarrollo de las labores de las Unidades Orgánicas de la Oficina o Gerencia Central, se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si tales Unidades las efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencia de ello.							
	2	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que intervienen se desarrollan logran los resultados esperados (monitoreo).							
	3	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (Actas, actualización de documentos de gestión etc.)							
	4	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección.							
	5	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Cuando se descubre oportunidades de mejora, se disponen medidas para desarrollarlas.							
	6	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Registro de evaluación de la eficacia de las acciones correctivas dispuestas.							
	7	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el OCI.							
	8	Todos los Órganos de la Sede Central (*) La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente.							
	9	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas							
	10	Todos los Órganos de la Sede Central (*) Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento - registro de reguimiento							

Marcar con una X de acuerdo a los criterios establecidos

(\*) Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina de Coordinación Técnica, Gerencia Central de Finanzas, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Logística, Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, Gerencia Central de Infraestructura, Gerencia Central de Aseguramiento, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica y, finalmente, Gerencia General.

Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large 'A' at the bottom.

Handwritten signature or initials at the bottom center.



# Control Interno

Instructivo

## Fase de Planificación

Órganos Desconcentrados

ESSALUD



*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

## PRESENTACIÓN

La Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, incorporó el concepto de Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de las entidades del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública.

El Sistema de Control Interno es un instrumento que busca facilitar que la gestión administrativa de las entidades del Estado, orientado al logro en el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos de acuerdo con la normativa y políticas del Estado.

Con la finalidad de orientar la efectiva y adecuada implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, la Contraloría General de la República aprobó la Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", que reúne lineamientos, herramientas y métodos, y expone con mayor amplitud los conceptos utilizados en las normas de Control Interno.

Esta Guía se elaboró considerando como fundamento el marco conceptual desarrollado en armonía con los conceptos y enfoques modernos esbozados por las principales organizaciones mundiales especializadas sobre Control Interno, con aportes de instituciones y de personas vinculadas al tema, y con una estructura basada en los componentes de control reconocidos internacionalmente.

Dicho marco conceptual propone, para el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, la fase de planificación, la fase de ejecución y la fase de evaluación, respetando las características propias de cada entidad del Estado.

En ese sentido, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), conformado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, pone a disposición de los Subcomités de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), constituidos por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, el presente instructivo para la ejecución de la primera fase, la fase de planificación del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), con la finalidad de brindar a los referidos Subcomités una herramienta de gestión y, de esta manera, coadyuvar en el cumplimiento del mandato legal.

Este Comité está seguro que el presente trabajo conjunto contribuirá al proceso de fortalecimiento del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en la búsqueda de la eficacia, eficiencia, transparencia y publicidad de la función pública; a través del ejercicio del Control Interno como una herramienta que contribuye al cumplimiento de la función administrativa y los fines esenciales del Estado.

**El Comité.**

## INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

### I. OBJETIVO

El presente instructivo tiene como objetivo de brindar orientación a los Subcomités de Implementación del Sistema de Control Interno respecto a la ejecución de la fase de planificación del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

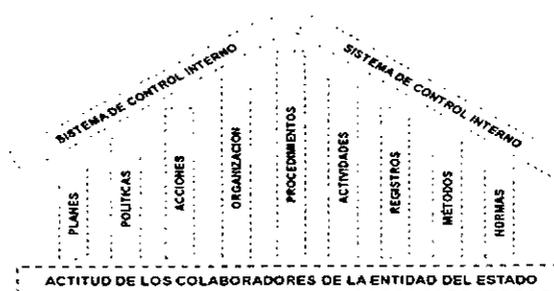
### II. BASE LEGAL

1. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, y modificatorias.
2. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
3. Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
4. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
5. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, que dispone la constitución de Subcomités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), los cuales serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno dentro de su ámbito funcional.

### III. MARCO CONCEPTUAL

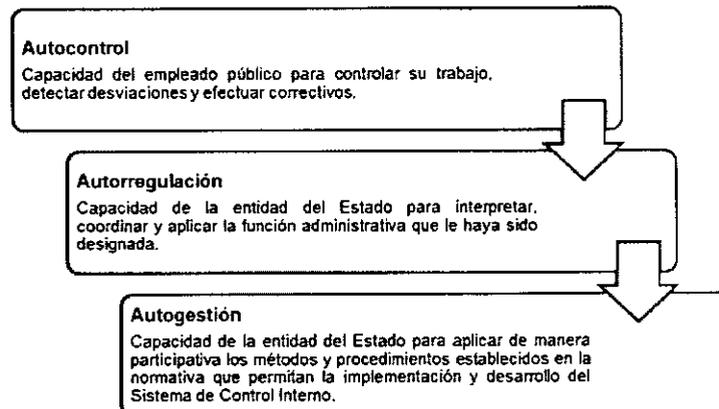
La Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, define como Sistema de Control Interno al conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos estratégicos que procura cada entidad del Estado.

Sistema de Control Interno



La adecuada implantación y el funcionamiento sistémico del Control Interno en las entidades del Estado exigen que la administración de cada una de ellas prevea y diseñe apropiadamente una debida organización para el efecto, y promueva niveles de ordenamiento, racionalidad y aplicación de criterios uniformes que contribuyan a una mejor implementación y evaluación integral, considerando los principios de autocontrol, de autorregulación y de autogestión.

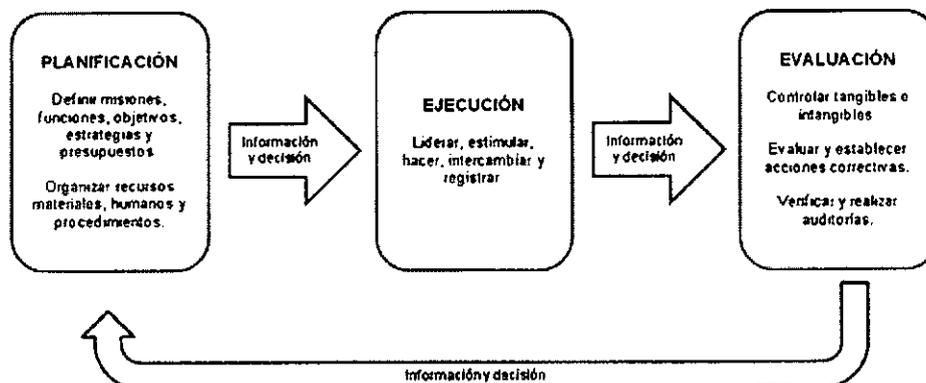
### Principios del Sistema de Control Interno



Sumado a ello, el titular, los funcionarios y los empleados públicos de cada entidad del Estado, según su competencia, son responsables de establecer, mantener, revisar y actualizar la estructura de Control Interno en función a la naturaleza de sus actividades y volumen de operaciones.

En ese sentido, la Contraloría General de la República aprobó la Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", que detalla el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, contemplando la fase de planificación (formulación de un Plan de Trabajo que incluya los procedimientos orientados a implementar adecuadamente el Sistema de Control Interno, en base a un diagnóstico previamente elaborado), la fase de ejecución (desarrollo del Plan de Trabajo para la implantación del Sistema de Control Interno en los procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales) y la fase de evaluación (valoración de los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación del Sistema de Control Interno).

### Fases del Sistema de Control Interno



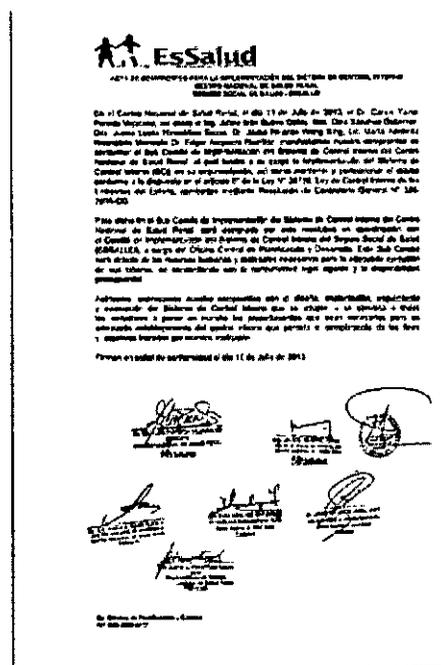
#### IV. DESARROLLO DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN

##### 1. PRIMERA ETAPA: COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

El compromiso del Seguro Social de Salud (ESSALUD) con el Control Interno se enfoca en la capacidad de la plana ejecutiva de visualizar esta herramienta gerencial como un mecanismo de autoprotección, con la finalidad de coadyuvar a la mejora de la gestión pública y al logro de los objetivos y metas de la entidad.

En ese sentido y considerando que la decisión de implementar el Sistema de Control Interno debe ser consecuencia del pleno convencimiento del titular y los funcionarios de la entidad, la plana ejecutiva del Órgano Desconcentrado suscribe y difunde el compromiso formal (Acta de Compromiso) para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el ámbito de su competencia, según la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013 (ver Anexo 1).

##### Acta de Compromiso de la plana ejecutiva del Centro Nacional de Salud Renal para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno



*[Handwritten signatures and initials on the left margin]*

En el caso de la incorporación de nuevos miembros a la plana ejecutiva del Órgano Desconcentrado, posterior a la suscripción del compromiso formal (Acta de Compromiso) para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el ámbito de su competencia, estos deben suscribir individualmente dicho compromiso formal (Acta de Compromiso) a más tardar al quinto día hábil posterior al encargo o designación del cargo.

En virtud a la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013, el Órgano Desconcentrado debe constituir un Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno conformado por el Gerente o Director del Órgano Desconcentrado, el Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo, el Jefe de



previstas para el referido proceso e informando a la Alta Dirección sobre la planificación y avances de la implementación del Sistema de Control Interno.

La sensibilización para todos los empleados públicos debe ser una actividad previa al proceso de implementación, así como la capacitación de los miembros que conforman el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el Control Interno en el desarrollo de las actividades. Este conocimiento facilita el ejercicio de todas las acciones requeridas para su implementación, empezando con el diagnóstico que debe realizarse de manera que se sincronicen las instancias y se defina la ruta crítica de implementación.

En ese sentido, la Oficina de Imagen, o quien haga sus veces, y la Oficina de Recursos Humanos, o quien haga sus veces, elaboran un Plan de Sensibilización y Capacitación que contemplen estrategias de comunicación interna, en forma directa, horizontal y vertical, que permitan organizar talleres, charlas u otras actividades, las cuales se realizan principalmente a través de la comunicación oral con apoyo de elementos impresos o audiovisuales para concientizar a los receptores de los mensajes en materia de Control Interno.

## 2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO

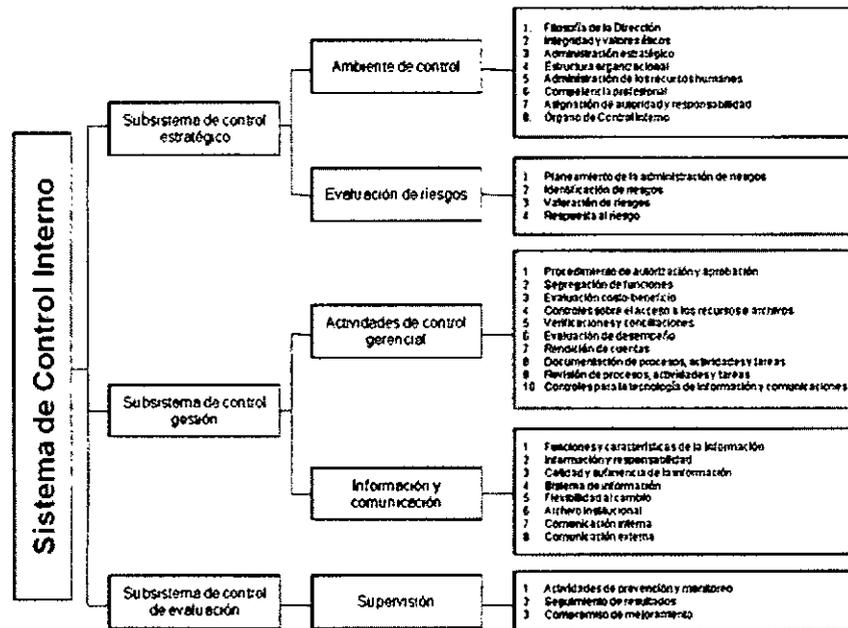
El punto de partida para el proceso de implementación del Sistema de Control Interno es el diagnóstico previsto en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, mediante el cual se determina el estado actual del Órgano Desconcentrado frente a los estándares definidos por las normas de Control Interno.

Componentes del Sistema de Control Interno



Considerando que el diagnóstico permite al Órgano Desconcentrado examinarse y determinar el estado actual de cada uno de los componentes y subcomponentes que conforman el Sistema de Control Interno, el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno conoce la importancia de cada uno de ellos.

### Estructura del Sistema de Control Interno



Para la elaboración del diagnóstico, el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno realiza las siguientes actividades:

#### a. Elaboración de herramientas

El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno ha determinado, para cada componente y subcomponente que conforma el Sistema de Control Interno, la utilización de la "lista de verificación" contemplada en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, la misma que permite recabar información a fin de identificar el nivel de madurez del proceso de implementación del Sistema de Control Interno (ver **Anexo 2**).

La referida "lista de verificación" permite determinar la percepción que tienen los empleados públicos sobre cada componente y subcomponente que conforma el Sistema de Control Interno, evaluando la existencia de un recurso que evidencia la valoración otorgada a cada afirmación contemplada en dicha "lista de verificación".

#### b. Definición de la muestra

Debido al elevado número de personas que laboran en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), es importante determinar el tamaño de la muestra sobre la cual se deben aplicar la "lista de verificación"; por lo que, las siguientes son las acciones a realizar:

1. Identificar los niveles de unidad prestadora que conforman el Órgano Desconcentrado (Gerencia o Dirección, un Hospital Nacional, un Hospital IV, un Hospital III, un Hospital II, un Hospital I, un Policlínico y una Posta Médica, según corresponda); cabe indicar que, para esta acción, no se

considera aquellas unidades prestadores relacionadas a contratos de asociación público privada y a instituciones prestadoras de servicios de salud.

Ejemplo:

La Red Asistencial Sabogal cuenta con los siguientes niveles de unidad prestadora:

- Gerencia de Red
- Hospital Nacional
- Hospital II
- Hospital I

2. Seleccionar por cada nivel identificado (Gerencia o Dirección, un Hospital Nacional, un Hospital IV, un Hospital III, un Hospital II, un Hospital I, un Policlínico y una Posta Médica, según corresponda) una unidad prestadora representativa.

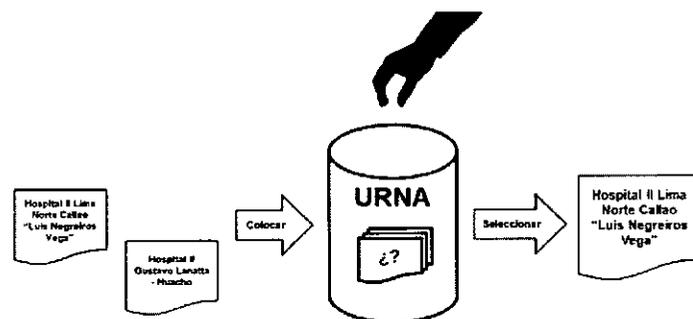
¿De qué forma se realiza la selección?

La selección se realiza utilizando el "Método de la Tómbola", el mismo que consiste en introducir las denominaciones de las unidades prestadoras del Órgano Desconcentrado en una urna, de la cual en forma aleatoria se retira un papel que contiene la denominación de la unidad prestadora a evaluar.

Ejemplo:

El Hospital II de la Red Asistencial Sabogal cuenta con las siguientes unidades prestadoras:

- Hospital II Lima Norte Callao "Luis Negreiros Vega"
- Hospital II Gustavo Lanatta - Huacho



De la aplicación del "Método de la Tómbola", la unidad prestadora seleccionada es el Hospital II Lima Norte Callao "Luis Negreiros Vega", el mismo que realiza la "lista de verificación" en coordinación con todas las unidades orgánicas que lo conforman (nivel administrativo y nivel asistencial).

### c. Elaboración y aprobación del Programa de Trabajo

El Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno elabora y aprueba un "Programa de Trabajo" que contemple el objetivo del diagnóstico, el alcance, y la cartera de actividades a desarrollar,

identificando fecha de inicio, fecha de término y responsable para cada actividad.

**Cronograma del Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno en ESSALUD**

N°	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CALENDARIO DE ACTIVIDADES					
				2014					
				JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
I	Programa de Trabajo	1.1. Elaboración	Secretaría Técnica						
		1.2. Presentación y Sustentación	Secretaría Técnica						
		1.3. Aprobación	Comité						
II	Acciones Previas: Inducción y Sensibilización	2.1. Planeamiento, preparación y ejecución	Asignado por Comité						
		2.2. Acciones de Difusión	Asignado por Comité						
III	Levantamiento de Información - Sistematización y Análisis	3.1. Envío Comunicaciones	Secretaría Técnica						
		3.2. Recopilación de Información	Secretaría Técnica						
		3.3. Sistematización y Análisis de la información	Secretaría Técnica						
IV	Elaboración del Informe	4.1. Elaboración - Redacción	Secretaría Técnica						
		4.2. Coordinaciones previas al cierre	Secretaría Técnica						
V	Aprobación del Informe Diagnóstico de la situación actual del Sistema de Control Interno en ESSALUD	5.1. Presentación de Informe de Diagnóstico	Secretaría Técnica						
		5.2. Aprobación	Comité						
		5.3. Elevación del Informe de Diagnóstico a la Alta Dirección	Presidencia del Comité						

(\*) La modificación del presente cronograma será sustentada por la Secretaría Técnica y aprobado por el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

**d. Desarrollo de listas de verificación**

El número de "listas de verificación" a completar por Órgano Desconcentrado equivale al número de niveles de unidad prestadora que conforman el Órgano Desconcentrado.

La Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno brinda una "lista de verificación" a cada unidad prestadora seleccionada, quien es responsable de resolver la "lista de verificación", en coordinación con todas las unidades orgánicas que lo conforman (nivel administrativo y nivel asistencial), adjuntando las evidencias que sustenten la valoración otorgada a cada afirmación contemplada en dichas "listas de verificación" (resoluciones, normas internas, correspondencia, entre otras).

**Lista de verificación**

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	VALORIZACIÓN					EVIDENCIA
					1	2	3	4	5	
<b>INTEGRIIDAD Y VALORES ÉTICOS</b>										
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.					X	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 296-PE-ESSALUD-2012
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".		X			Carta Circular N° 010-SG-ESSALUD-2012	
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.	X					
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los compromisos de conducta de la entidad.		X				Carta Circular N° 004-SG-ESSALUD-2013
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	X					

Completado por la unidad orgánica

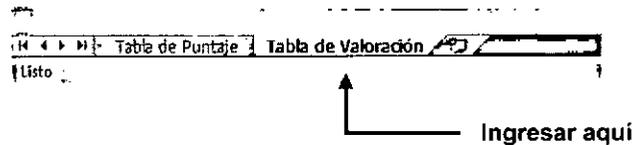
Las opciones de respuesta en la "lista de verificación" tienen asignadas un valor de cuantificación determinado:

**Escala de valoración de respuesta**

VALOR	DESCRIPCIÓN
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

**e. Tabulación de listas de verificación e interpretación de resultados**

Luego de haber desarrollado las "listas de verificación" y recopilada las evidencias que sustenten la valoración otorgada a cada afirmación contemplada en dicha "lista de verificación", la unidad prestadora seleccionada es responsable de remitirla a la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno, quien ingresa a la Hoja de Cálculo denominada "Tabla de Valoración" (incluida en el disco compacto), con la finalidad de organizar la información que cada una arroja, para su posterior análisis y consolidación de resultados (ver **Anexo 3**).



Seguidamente, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno tabula las respuestas en la Hoja de Cálculo denominada "Tabla de Valoración" (incluida en el disco compacto), de la siguiente manera:

**Tabla de valoración**

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	OFICINA 1	OFICINA 2	OFICINA ...
<b>INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS</b>								
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones	4.0	5	5	5
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública"	3.0	5	3	4
			9	Se comienzan debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas	1.0	0	1	1
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.		1	2	1
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	1.0	3	0	0

Datos obtenidos de la lista de verificación

En caso de que la valoración de una afirmación no se encuentre debidamente sustentada, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno determina el valor a

otorgarse; del mismo modo, de observarse una afirmación que haya sido dejada de valorar, se debe asumir el valor 1.

El resultado de columna denominada "Calificación Promedio" se obtiene de forma automática, cuya fórmula se encuentra inserta, arrojando un número contemplado en un rango determinado con un significado específico:

Tabla de valoración

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	OFICINA 1	OFICINA 2	OFICINA ...
<b>INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS</b>								
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones	5	5	5	5
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	3,83	5	3	4
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas.	1,81	0	1	1
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	1	1	2	1
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	1,63	3	0	0

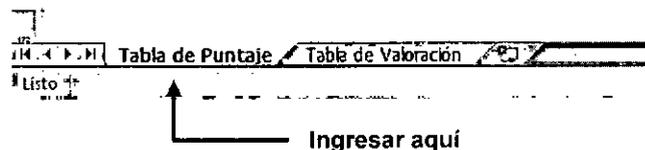
Resultado automático

El color de la columna denominada "Calificación Promedio" se encuentra condicionado al resultado obtenido del total de los valores contemplados en la "lista de verificación", cuyo significado se enfoca en el nivel de madurez que se detalla a continuación:

Escala de nivel de madurez

SEMAFORIZACIÓN	RANGO	DESCRIPCIÓN
	0,0 - 1,9	Insuficiencia Crítica
	2,0 - 2,9	Insuficiente
	3,0 - 3,9	Adecuado
	4,0 - 5,0	Satisfactorio

Luego de finalizada la tabulación de todas las afirmaciones, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno debe ingresar a la Hoja de Cálculo denominada "Tabla de Puntaje" (incluida en el disco compacto), con la finalidad de observar los resultados obtenidos, los cuales serán los insumos principales para identificar las debilidades y fortalezas.



En esta Hoja de Cálculo, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno observa el puntaje obtenido para cada afirmación, componente, subsistema y sistema, el mismo que se

traduce a nivel de madurez del proceso de implementación del Sistema de Control Interno.

Dependiendo del valor en que se encuentre ubicado el nivel de madurez del Sistema de Control Interno, se proponen las acciones para garantizar la existencia del mismo. En ese sentido, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno aplica la tabla expuesta anteriormente para cada componente. De estar ubicado el componente en el nivel de madurez insuficiencia crítica o insuficiencia, se deben proponer acciones para el diseño e implementación de dicho componente, si se ubica en el nivel de madurez de adecuado o satisfactorio, las acciones definidas deben orientarse hacia el mejoramiento o mantenimiento de dicho componente.

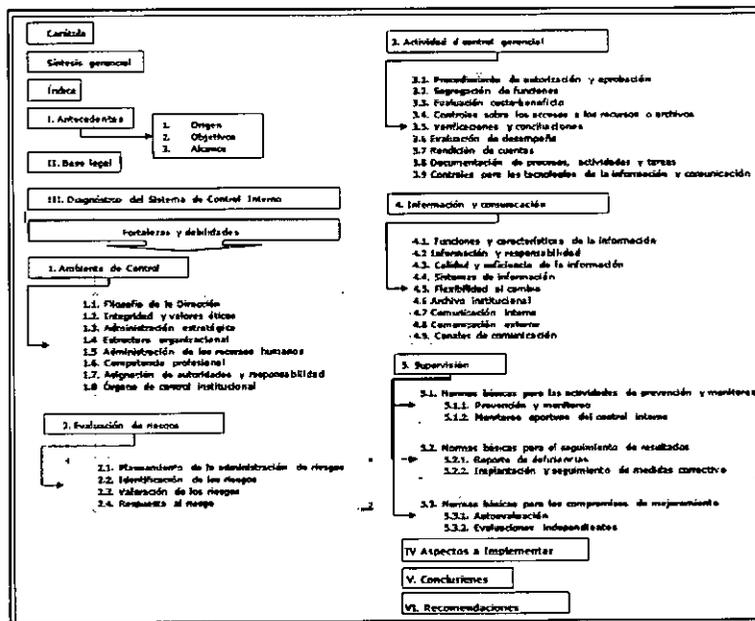
**f. Identificación de debilidades y fortalezas**

Como resultado del desarrollo de las "listas de verificación" y del análisis de las evidencias, así como de la información obtenida como consecuencia de la revisión de documentos normativos y de gestión, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno determina fortalezas y debilidades, así como los aspectos a implementar, por cada componente y subcomponente, con la finalidad de constituirse en una herramienta de retroalimentación para el Sistema de Control Interno, aplicándose el siguiente cuadro:

COMPONENTES	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Ambiente de Control				
Evaluación de Riesgos				
Actividades de Control				
Información y Comunicación				
Supervisión				

**g. Elaboración de diagnóstico**

La Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno elabora el documento que contiene los resultados del diagnóstico al Sistema de Control Interno, cuyo objetivo es proporcionar información a la plana ejecutiva para su toma de decisiones en lo que respecta a la adecuada implementación y mejora del Sistema de Control Interno. En ese sentido, la estructura del informe de diagnóstico es la siguiente:



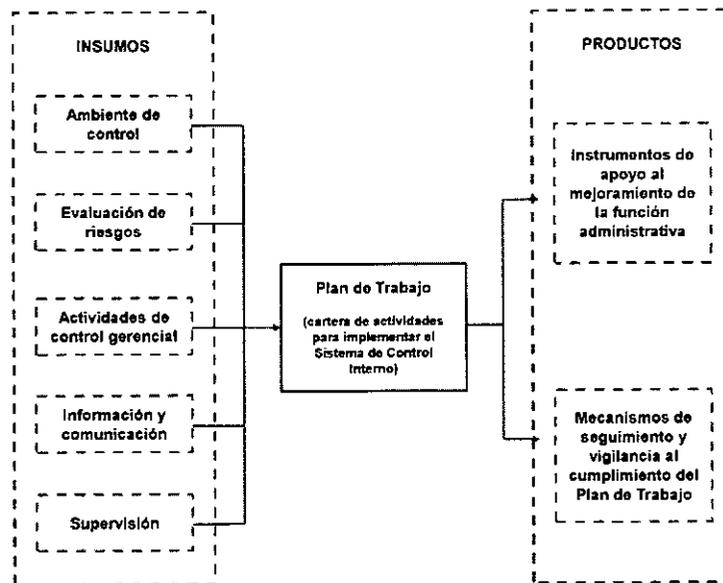
### h. Aprobación del diagnóstico

La Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno somete a consideración del referido Subcomité el diagnóstico para su aprobación.

### 3. TERCERA ETAPA: PLAN DE TRABAJO

El Plan de Trabajo es el documento que define el curso de acción a seguir para la implementación del Sistema de Control Interno, considerando los resultados proporcionados en el Informe de Diagnóstico, los mismos que se constituyen como insumos principales para la elaboración del Plan de Trabajo.

Insumos y productos del Plan de Trabajo



Para la elaboración de dicho documento de trabajo, el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno considera dos actividades:

**a. Descripción de actividades:**

El Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno elabora un Plan de Trabajo que contempla la cartera de acciones, señalando fechas, responsables y entregables que permitirán la ejecución del proceso de implementación del Sistema de Control Interno:

1. Componente
2. Subcomponente
3. Objetivo
4. Descripción de la actividad: Identificar las acciones conducentes a implementar del Sistema de Control Interno respecto a un subcomponente determinado
5. Fecha de inicio de la actividad
6. Fecha de término de la actividad
7. Entregable
8. Responsable de la ejecución de la actividad

**Formulario de Plan de Trabajo**

N°	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	ENTREGABLE	RESPONSABLE
	Componente	Subcomponente					
		Subcomponente					
		Subcomponente					
		Subcomponente					
		Subcomponente					

**b. Desarrollo del Plan de Trabajo:**

El Plan de Trabajo contempla aspectos definidos por la Gerencia o Dirección del Órgano Desconcentrado, según corresponda, y contiene básicamente el reglamento de funciones, la provisión de recursos, el plan de capacitación, y el plan de sensibilización y socialización del Control Interno.

Las actividades consideradas en el Plan de Trabajo guardan correlación con el Plan Operativo Institucional, con la finalidad de asegurar los recursos necesarios y la sostenibilidad del mismo.

Una vez finalizado el Plan de Trabajo, el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno verifica que todos los componentes y subcomponentes se encuentren contemplados conforme a la estructura del mismo, debiendo este monitorear su implementación periódicamente a fin de garantizar que las actividades se ejecuten de acuerdo con la autorregulación y según las normas de Control Interno y las que rigen la entidad.

*R*

*S*

*h*

*Amk*

*A*

*A*

**ANEXO 1**

Av. Domingo Cuello N° 120  
José María - Lima Perú  
T: 2557000 / 2657000  
www.essalud.gob.pe

**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 522 -PE-ESSALUD-2013**

Lima, 14 de junio del 2013

Vista la Carta N° 953 -SG-ESSALUD-2013 relacionada con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los diferentes Organos Desconcentrados del Seguro Social de Salud - ESSALUD; y

**CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 4° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, señala que las entidades del Estado implementan obligatoriamente Sistemas de Control Interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos Institucionales, orientando su ejecución a la promoción y optimización de la eficiencia, eficacia, transparencia y economía de sus operaciones, la calidad de los servicios que presta, así como el fomento e impulso de la práctica de valores Institucionales, entre otros.

Que, la Contraloría General de la República con arreglo a lo establecido en el artículo 14° de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y en el marco de lo establecido en el artículo 10° de la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, dicta la normativa técnica de control que orienta la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, mediante Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG se aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", que tiene como objetivo principal proveer de lineamientos, herramientas y métodos a las entidades del Estado para la implementación de los componentes que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) establecido en las Normas de Control Interno (NCI). Asimismo, se estableció, entre otros lineamientos, la importancia que el Titular, la Alta Dirección y los principales funcionarios de la institución se comprometen formalmente en la implementación del SCI, así como velar por su oportuno funcionamiento;

Que, la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado" establece la necesidad de conformar un Comité de Control Interno, el cual estará encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno, y su eficaz funcionamiento, asimismo se establece que dicho Comité será designado por la Alta Dirección;

Que, ante el cambio de gestión institucional y con la finalidad de agilizar y mejorar su operatividad, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, se modificó la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD);

Que, mediante la Carta de Vista, el Secretario General de ESSALUD, en su calidad de Presidente del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), atendiendo a que la institución brinda servicios a su población asegurada a través de múltiples establecimientos de salud a nivel nacional estructurados en veintinueve (29) Redes Asistenciales y dos (02) Institutos; propone la constitución de Sub Comités en tales



Av. Domingo Cueto N° 120  
 Jesús María - Lima Perú  
 T.: 2656000 / 2657000  
 www.essalud.gob.pe

**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 522 -PE-ESSALUD-2013**

Órganos Desconcentrados, asignándoles a éstos la tarea de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno en el ámbito de sus funciones, como una estrategia para lograr la aplicación y regulación del Sistema de Control Interno en los diferentes centros asistenciales de ESSALUD a nivel nacional, acción que deberán llevar a cabo conforme a las disposiciones contenidas en la Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", y los lineamientos que imparta para el efecto el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), constituido por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 378-PE-ESSALUD-2013;

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **DISPONER** la constitución de Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), los cuales serán responsables de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno dentro de su ámbito funcional.
2. **APROBAR** el modelo de resolución de constitución de los Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el cual incluye el modelo de "Acta de Compromiso para la Implementación del Sistema de Control Interno"; documentos que forman parte integrante de la presente Resolución.
3. Los Sub Comités referidos en los literales precedentes, estarán integrados por los siguientes funcionarios:
  - El Director o Gerente del Órgano Desconcentrado, quien la presidirá;
  - El Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo, o quien haga sus veces, quien actuará como Secretario Técnico;
  - El Jefe de Administración;
  - El Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, o la que haga sus veces;
  - Dos funcionarios que representen a los áreas médicas;
4. Los Gerentes o Directores de los diferentes Órganos Desconcentrados, bajo responsabilidad, deberán constituir sus respectivos Sub Comités en un plazo no mayor de siete (07) días hábiles contados a partir de la notificación de la presente Resolución. Los Sub Comités deberán instalarse en el plazo máximo de tres (03) días contados a partir de la emisión de la resolución de constitución.

**REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE**

*[Firma manuscrita]*

WISMINA BARRERO DE FERRADA  
 PRESIDENTE EJECUTIVO  
 ESSALUD

## ANEXO

**MODELO DE RESOLUCION DE CONSTITUCION DE LOS SUB COMITÉS DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD.(ESSALUD)****RESOLUCION DE GERENCIA DE RED N°**

...(indicar ciudad).....(indicar fecha).

**CONSIDERNADO:**

Que, el artículo 4° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, señala que las entidades del Estado implantan obligatoriamente sistemas de control interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución a la promoción y optimización de la eficiencia, eficacia, transparencia y economía de sus operaciones, la calidad de los servicios que presta, así como el fomento e impulso de la práctica de valores institucionales, entre otros;

Que, la Contraloría General de la República con arreglo a lo establecido en el artículo 14° de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y en el marco de lo establecido en el artículo 10° de la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, dicta la normativa técnica de control que orienta la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, mediante Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG se aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", que tiene como objetivo principal proveer de lineamientos, herramientas y métodos a las entidades del Estado para la implementación de los componentes que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) establecido en las Normas de Control Interno (NCI). Asimismo, se establece, entre otros lineamientos, la importancia que el Titular, la Alta Dirección y los principales funcionarios de la Institución se comprometen formalmente en la implementación del SCI, así como velar por su oportuno funcionamiento;

Que, la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado" establece la necesidad de conformar un Comité de Control Interno, el cual estará encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno, y su eficaz funcionamiento, asimismo se establece que dicho Comité será designado por la Alta Dirección;

Que, ante el cambio de gestión institucional y con la finalidad de agilizar y mejorar su operatividad, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, se modificó la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD);

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° -PE-ESSALUD-2013 se dispone la constitución de Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Organos Desconcentrados del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Asimismo, en dicho acto resolutivo se establece su composición, la disposición de suscripción de un Acta de Compromiso por parte de los principales funcionarios del Organó Desconcentrado;



Que, en atención a lo señalado en los considerandos precedentes, corresponde conformar el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la **(NOMBRE DEL ÓRGANO DESCONCENTRADO)**;

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **CONSTITUIR** el Sub Comité de implementación del Sistema de Control Interno en la **(NOMBRE DEL ÓRGANO DESCONCENTRADO)**, el mismo que estará integrado de la siguiente forma:

FUNCIONARIO	CARGO
	Director o Gerente del Órgano Desconcentrado, quien la presidirá
	El Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo <sup>1</sup> , quien actuará como Secretario Técnico
	El Jefe de Administración
	El Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
	Dos funcionarios que representen al Área Médica <sup>2</sup>

2. **DISPONER** la difusión del Acta de Compromiso para la implementación del SCI en el **(NOMBRE DEL ÓRGANO DESCONCENTRADO)**; la misma que, debidamente suscrita por los principales funcionarios, forma parte integrante de la presente Resolución.
3. **DISPONER** que el Sub Comité de implementación del Sistema de Control Interno en la **(NOMBRE DEL ÓRGANO DESCONCENTRADO)** deberá instalarse en el plazo máximo de tres (03) días contados a partir de la emisión de la presente Resolución y remitir copia de lo actuado a la Secretaría Técnica del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), a cargo de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.
4. **ESTABLECER** que el Sub Comité se encuentra sujeto a las disposiciones establecidas en el Reglamento del Comité de Control Interno del Seguro Social de Salud, aprobado por Acta N° 002 del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud -ESSALUD.



**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

<sup>1</sup> O quien haga sus veces.  
<sup>2</sup> Indicar cargos de cada uno.

*RJ*  
*S*  
*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*

**ACTA DE COMPROMISO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS ORGANOS DESCONCENTRADOS DE ESSALUD**

En la ciudad de ..... a los..... días del mes de ..... del año dos mil trece, el ..... de ..... así como los funcionarios que a continuación se detallan<sup>3</sup> .....; manifestamos nuestro compromiso de constituir el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la ..... el cual tendrá a su cargo la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en su circunscripción, así como mantener y perfeccionar el mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley N°28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, aprobadas mediante Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG del 30 de octubre 2006.

Para dicho fin el Sub Comité, cuyos integrantes serán designados por acto resolutivo de la ..... en coordinación con la Alta Dirección de la Institución, y el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), llevará a cabo y/o continuará con las acciones de implementación correspondientes. Este Sub Comité será dotado de los recursos humanos y materiales necesarios para la adecuada ejecución de sus labores, en concordancia con la normatividad legal vigente y la disponibilidad presupuestal.

Asimismo, expresamos nuestro compromiso con el diseño, implantación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopte para la Entidad, y se convoca a todos los servidores a poner en marcha los procedimientos que sean necesarios para un adecuado establecimiento del control interno que permita el cumplimiento de la misión y los objetivos de la Entidad.

Firman en señal de conformidad, en la ciudad de ..... a los..... días del mes de..... del año 2013.



<sup>3</sup> Se considera a los principales funcionarios de la Red o Centro Especializado a los Jefes de Oficina, Gerentes de Línea, Directores de Hospitales, Policlínicos, CAPs y Postas Médicas, según corresponda.

## ANEXO 2

### LISTA DE VERIFICACIÓN

VALOR	DESCRIPCIÓN
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

IDENTIFICACIÓN	
ÓRGANO DESCONCENTRADO:	
UNIDAD PRESTADORA:	
UNIDAD ORGÁNICA:	

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	VALORIZACIÓN					EVIDENCIA	
					1	2	3	4	5		
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	<b>Filosofía de la Dirección</b>								
			1	La Dirección muestra interés de apoyar el establecimiento y mantenimiento del Control Interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.							
			2	La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.							
			3	La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.							
			4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados contables dejando evidencia mediante actas.							
			5	La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de los labores de control.							
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.							
			<b>Integridad y Valores Éticos</b>								
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y difundido mediante talleres o reuniones.							
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".							
			9	Se comunican debidamente, dentro de la entidad, las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.							
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.							
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.							
			<b>Administración Estratégica</b>								
			12	La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.							
			13	La Dirección asegura que todas las áreas y departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su Plan Operativo Institucional.							
			14	Los Planes Estratégicos, Operativos y de Contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados.							
			15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su Plan Operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.							
			16	La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su desconcentro y desarrollo de los servicios.							
			17	Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados.							
			<b>Estructura Organizacional</b>								
			18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.							
			19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas.							
			20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.							
			21	Todos las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).							
			22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad.							
			23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (diagramas).							
			<b>Administración de los Recursos Humanos</b>								
			24	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal.							
			25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que incluye relacionados con el puesto al que ingresa y los principios éticos que su cargo conlleva.							
			26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.							
27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo.										
28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.										
<b>Competencia Profesional</b>											
29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo).										
30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo.										
31	El titular, funcionarios y demás servidores son conscientes de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del Control Interno.										

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	VALORACIÓN					EVIDENCIA
					4	3	2	1	0	
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL		<b>Asignación de Autoridad y Responsabilidad</b>						
			32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos						
			33	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de actualizarse e mejorarse						
			34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden						
				<b>Órgano de Control Institucional</b>						
		35	Los Órganos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo							
		36	Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del Órgano de Control Institucional							
		37	El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno de la entidad							
			<b>Planeamiento de la Administración de Riesgos</b>							
		38	Se ha desarrollado un plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos							
		39	La Dirección (Dirección, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos							
		40	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunos áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos							
		41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos							
			<b>Identificación de Riesgos</b>							
		42	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo							
	43	Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades								
	44	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos								
	45	En la identificación de riesgos, se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad)								
		<b>Valoración de Riesgos</b>								
	46	En el desarrollo de sus actividades, se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia)								
	47	En el desarrollo de sus actividades, se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados								
	48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito								
		<b>Respuesta al Riesgo</b>								
	49	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados								
	50	Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos								
		<b>Procedimiento de Autorización y Aprobación</b>								
	51	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades								
	52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables								
		<b>Designación de Funciones</b>								
	53	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo								
	54	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude								
		<b>Evaluación Costo-Beneficio</b>								
	55	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios)								
	56	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere al beneficio que se puede obtener								
		<b>Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos</b>								
	57	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos								
	58	El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas, entre otros								
	59	Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (arquivos, inventarios u otros)								
	60	Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado y se han establecido medidas de seguridad para los mismos								
	61	Los documentos internos que generan y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos								
		<b>Verificaciones y Conciliaciones</b>								
	62	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas								
	63	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes								
		<b>Evaluación de Desempeño</b>								
	64	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas								
	65	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales y disposiciones normativas vigentes								

R

S

→

EsSalud

A

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	SUBCOMPONENTE	VALORIZACIÓN					EVIDENCIA	
					1	2	3	4	5		
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	<b>Rendición de Cuentas</b>								
			66	La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas.							
			67	La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal.							
			68	Conoce sus responsabilidades con respecto a las rendiciones de cuenta.							
			<b>Documentación de Procesos, Actividades y Tareas</b>								
			69	El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos.							
			70	Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidas, establecidas y documentadas, al igual que sus modificaciones.							
			<b>Revisión de Procesos, Actividades y Tareas</b>								
			71	Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.							
			72	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias.							
			<b>Controles para la Tecnología de Información y Comunicaciones</b>								
			73	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información.							
			74	Se restringe el acceso a la sala de cómputo, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup).							
			75	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.							
			76	La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático.							
		77	El área de Informática cuenta con un Plan de Contingencias.								
		78	Se han definido los controles de acceso general (seguridad física y lógica de los equipos centrales).								
		79	Se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.								
		80	Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso.								
		81	La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación.								
		82	Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo, así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas.								
		83	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones.								
		84	La entidad ha establecido controles para la adquisición de paquetes de software.								
		INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	<b>Funciones y Características de la Información</b>								
			85	La información gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones.							
			86	Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información.							
			<b>Información y Responsabilidad</b>								
			87	Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas.							
			88	Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.							
			<b>Calidad y Suficiencia de la Información</b>								
89	La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades.										
90	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.										
<b>Sistemas de Información</b>											
91	La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades.										
92	Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información, registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras.										
<b>Flexibilidad al Cambio</b>											
93	Se revisan periódicamente los sistemas de información y, de ser necesario, se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento.										
<b>Archivo Institucional</b>											
94	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad.										
95	La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónico, magnéticos y físicos).										
96	Los ambientes utilizados por el archivo institucional cuentan con una ubicación y acondicionamiento apropiado.										

R  
S  
L

Emilia

M  
A

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	VALORIZACIÓN					EVIDENCIA	
					1	2	3	4	5		
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Comunicación Interna								
			97	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna.							
			98	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otro evento resultante.							
			99	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.							
			Comunicación Externa								
			100	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.							
	101	El Portal de Transparencia de la entidad se encuentra actualizado.									
	102	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley N° 27805, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).									
	Canales de Comunicación										
	103	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerando diversos tipos de comunicación: Memorando, papeles informativos, boletines o revistas.									
	104	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.									
	SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN	SUPERVISIÓN	Actividades de Prevención y Monitoreo								
105			En el desarrollo de sus labores, se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencia de ello.								
106			Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos (monitoreo).								
Seguimiento de Resultados											
107			Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección.								
108			Cuando se detecta oportunidades de mejora se disponen medidas para desarrollarlas.								
109	Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control Institucional.										
Compromiso de Mejoramiento											
110	La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente.										
111	Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas.										
112	Se implementan las recomendaciones que formulan los Organos de Control Institucional, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento.										

R

S

Edm

M

A

## ANEXO 3

### TABLA DE VALORACIÓN

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	VALORACIÓN INICIAL	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
			<b>Franja de la Dirección</b>					
			1	La Dirección muestra interés en apoyar el establecimiento, mantenimiento del Control Interno en la entidad a través de políticas, documentos, manuales, directas y/o indirectas.				
			2	La Dirección respalda y promueve los recursos del personal que haya en el desempeño de las actividades laborales.				
			3	La Dirección impulsa el desarrollo y logro de las actividades de la entidad.				
			4	De tener actividades fuera de las instalaciones de la entidad, las acciones se realizan en los horarios laborales, o en otros horarios acordados.				
			5	La Dirección promueve el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control.				
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Organismo de Control Institucional.				
			<b>Integridad y Valores Éticos</b>					
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y actualizado mediante talleres y reuniones.				
			8	La administración ha desarrollado la Ley del Código de Ética de la Función Pública.				
			9	Se comunican oportunamente desde la entidad los talleres educativos que se realizan sobre integridad ética.				
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, conforme en práctica con los principios de conducta de la entidad.				
			11	Se hace énfasis a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas establecidas por la Dirección.				
			<b>Administración Estratégica</b>					
			12	La Dirección ha elaborado y es de conocimiento general la visión, misión, valores y algunos objetivos de la entidad.				
			13	La Dirección asegura sus planes, los años y departamentos trabajan ordenadamente y realizan actividades acorde con el Plan Operativo Institucional.				
			14	Los Planes Estratégicos, Operativos y de Contingencia se actualizan oportunamente y están en sujeción a las prioridades de la entidad.				
			15	Existen los niveles organizacionales evaluados por el Comité de Planeación de la entidad, los resultados se comunican oportunamente a la entidad.				
			16	La entidad ha formulado el estudio de la situación con participación de todos los niveles para definir la dirección y estrategias de los servicios.				
			17	Los resultados de las evaluaciones realizadas a los planes que están en los niveles de ejecución se comunican a los niveles superiores.				
			<b>Estructura Organizacional</b>					
			18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, visión y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.				
			19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todos los actividades que se realizan en la entidad y están debidamente ordenadas.				
			20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.				
			21	Todas las personas que trabajan en la entidad ocupan una plaza prevista en el Presupuesto Anual de Personal (PAPE) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).				
			22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (PAPE, ROF, CAP) y demás regulados que rigen las actividades de la entidad.				
			23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (flujo gramas).				
			<b>Administración de los Recursos Humanos</b>					
			24	La entidad cuenta con mecanismos oportunos y adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, motivación, bienestar social y desarrollo del personal.				
			25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que incluye reconocimientos con el propósito de que los nuevos colaboradores se integren a la entidad.				
			26	La entidad organiza cursos con el propósito de brindar capacitación para el desarrollo de las actividades de la entidad.				
			27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal con la participación de todos los niveles y se lo cumple en el tiempo.				
			28	La entidad promueve una cultura de trabajo con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.				
			<b>Control de Personal</b>					
			29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido asignados en un documento anexo al CAP.				
			30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cumple con los requisitos establecidos en el CAP.				
			31	El nivel de desempeño y demás requisitos son conocidos de la entidad de manera oportuna y se comunican al personal de la entidad.				
			<b>Asignación de Actividades y Responsabilidades</b>					
			32	La asignación y responsabilidad de personal están debidamente definidas en los manuales, reglamentos y/o documentos de la entidad.				
			33	Existen documentos normativos que regulan periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.				
			34	Existen los documentos que regulan las responsabilidades y actividades de acuerdo con los manuales de la entidad y la Contingencia.				
			<b>Operación del Control Institucional</b>					
			35	Los Departamentos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos internos y elaboran reportes de manera oportuna y se los comunican a la entidad.				
			36	Se han desarrollado los manuales de procedimientos de los procesos de control interno y se los comunican a la entidad.				
			37	El Organismo de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno de la entidad.				
			<b>Planificación de la Administración de la Entidad</b>					
			38	Se ha desarrollado un plan de actividades de administración, análisis y evaluación de la entidad y se lo comunica a la entidad.				
			39	La Dirección (Directiva, Gerencia y Jefaturas) ha establecido y cumplido los manuales y políticas para la administración de la entidad.				
			40	El planeamiento de la administración de la entidad se efectúa en algunos casos como en la asignación de responsabilidades y miembros de los equipos.				
			41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de la Entidad.				
			<b>Identificación de Riesgos</b>					
			42	Existen manuales de los riesgos significativos por cada proceso.				
			43	Se ha identificado los riesgos negativos (eventos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.				
			44	Se ha desarrollado la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades organizacionales de la entidad.				
			45	En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración aspectos inherentes a la entidad y a las actividades de la entidad.				
			<b>Prevención de Riesgos</b>					
			46	En el desarrollo de las actividades se ha determinado y controlado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).				
			47	En el desarrollo de las actividades se ha determinado el nivel de riesgo que puede ocasionar los riesgos identificados.				
			48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y clasificación han sido comunicados al personal.				
			<b>Resolución de Riesgos</b>					
			49	Se han establecido los acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos identificados.				
			50	Se han establecido mecanismos para evaluar regularmente el impacto de los controles implementados con respecto a los riesgos.				
			<b>Procedimientos de Asesoría y Apoyo</b>					
			51	Los procedimientos de asesoría y apoyo para las unidades, actividades y áreas están debidamente definidos en manuales o documentos y son conocidos por todo el personal de la entidad.				
			52	Los procedimientos de asesoría y apoyo para los procesos, actividades y áreas han sido debidamente comunicados a los responsables.				
			<b>Resolución de Problemas</b>					
			53	Las actividades relacionadas con la resolución de problemas se comunican a la entidad y se las comunica a la entidad.				
			54	Se han establecido mecanismos para evaluar regularmente el impacto de los riesgos de la entidad.				
			<b>Comunicación de Riesgos</b>					
			55	El nivel de los riesgos se comunica a la entidad y se lo comunica a la entidad.				
			56	Se ha establecido un mecanismo de comunicación de riesgos a la entidad y se lo comunica a la entidad.				

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	INDICADOR	DEFINICIÓN	CRITERIO	INDICADOR	DEFINICIÓN	CRITERIO	INDICADOR	DEFINICIÓN	CRITERIO			
		ACTIVIDADES DE CONTROL GENERAL	37	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se aplican para la adquisición y gestión de los recursos de personal										
			38	Se ha establecido política y procedimientos documentados que se aplican para el acceso a los recursos o servicios desde el momento en que se emite el documento de solicitud (pedidos, solicitudes, etc.)										
			39	Periodicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (pedidos, solicitudes, etc.)										
			40	Se ha desarrollado los actos de personal a través de un sistema de control que permite la gestión de la información de los recursos de personal										
			41	Los documentos internos que generan y reciben las unidades organizativas están actualizados y disponibles										
			42	Las unidades organizativas periódicamente tienen a cabo actividades sobre la gestión de los recursos de personal										
			43	Periodicamente se comparan los recursos con los registros de los procesos administrativos y se actualizan para ser aplicables										
			44	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos administrativos										
			45	La información de desempeño se tiene con base en los planes organizacionales, directrices, normativas y planes										
			46	La entidad cuenta con procedimientos y herramientas internas que se aplican para la gestión de cuentas										
			47	La administración en el país cuenta con la presentación de declaraciones prestatarias y su personal										
			48	Conoce sus responsabilidades con respecto a los sistemas de cuentas										
			49	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			50	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			51	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			52	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			53	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			54	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			55	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			56	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			57	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			58	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			59	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			60	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			61	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			62	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			63	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			64	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			65	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			66	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			67	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			68	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			69	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			70	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			71	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			72	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			73	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			74	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			75	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			76	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			77	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			78	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			79	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			80	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			81	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			82	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			83	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			84	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			85	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			86	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			87	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			88	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			89	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			90	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			91	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			92	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			93	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			94	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			95	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			96	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			97	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			98	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			99	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										
			100	Las personas que tienen acceso a los sistemas de cuentas										

Handwritten notes and signatures on the left side of the page, including a large 'A' at the bottom.