

INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno



RED ASISTENCIAL ALMENARA

Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
Essalud

Oficina de Gestión y Desarrollo
Junio 2015





Seguro Social de Salud (ESSALUD)



Presidenta Ejecutiva
Virginia Baffigo Torr  De Pinillos

Gerente de la Red Asistencial Ancash
Jorge Campos Echeandía



Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara

Carmen Miyasato Miyasato
Gina Concha Flores
Rosa Re ategui Rengifo
Ana Pareja Fernandez
Marienela Barco Rondan
Antenor Milla Meza



Equipo de trabajo de la Oficina de gestión y Desarrollo

Av. Arenales N  1402 – Lima 11.
Teléfonos: +51 (1) 265-6000 / 265-7000.
Página Web: <http://www.essalud.gob.pe/>
Impreso en Lima – Perú.
Junio de 2015.

RED ASISTENCIAL ALMENARA

Dra. ROSA EMPEKATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



INDICE

Pág.

1. Origen
2. Objetivos
3. Alcance
4. Base legal e instrumental
5. Metodología y Análisis
6. Diagnóstico
7. Fortalezas y debilidades
8. Resumen de los aspectos a implementar
9. Conclusiones
10. Recomendaciones



RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. ROSA EMPESATRIP SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



I. ORIGEN

La Ley N°28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, se dio con el propósito de cautelar y fortalecer su sistema de control interno, administrativo y operativo, con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior.

Teniendo en consideración lo establecido en las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República, por Resolución de Controlaría N° 320-2006-CG, y la "Guía de implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Controlaría N° 458-2009-CG, que orienta la efectiva implantación, funcionamiento y evaluación del Control Interno en las entidades del Estado, con el objetivo de propiciar el fortalecimiento de los sistemas de control interno y la mejora de la Gestión Pública, en relación con el patrimonio público y el logro de los objetivos y metas de las entidades comprendidas en el ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control.

La Gerencia de la Red Asistencial Almenara, con Resolución de Gerencia N° 1146-G-RAA-ESSALUD-2014, re conforma y aprueba la designación del Subcomité de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, quien da inicio a poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su mejora continua.

Los integrantes del Subcomité suscribieron el "Acta de Compromiso" para la implementación del Sistema de Control Interno y en su tercera sesión que se llevó a cabo el día 26 de marzo de 2015, a propuesta de su Secretaria Técnica se aprobó el "Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico situacional del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara".

El proyecto de Informe fue presentado ante los miembros del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, en su sexta sesión, llevada a cabo el 25 de marzo de 2015, en dicha reunión se procedió a aprobar "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara", por unanimidad, según consta en acta suscrita en señal de conformidad.



RED ASISTENCIAL ALMENARA

Dr. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



II. OBJETIVOS

1. Conocer el grado de implementación y desarrollo del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en relación a los estándares definidos por las Normas de Control Interno vigentes, el cual servirá como base para la elaboración del Plan de Trabajo para continuar con el proceso de Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2. Determinar los lineamientos a considerar por el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, para dirigir el proceso de fortalecimiento de su Sistema de Control Interno, en todos sus componentes; con la finalidad de adecuarlo y mejorarlo, obteniendo como beneficios la mejora de la gestión institucional.

Componentes del Sistema de Control Interno:

- Ambiente de Control
- Evaluación de Riesgos
- Actividades de Control Gerencial
- Información y Comunicación
- Supervisión



RED ASISTENCIAL ALMENARA
ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente - Quirógrafico (a)
E.S.Salud



III. ALCANCE

El diagnóstico del Sistema de Control Interno se ha realizado en la Red Asistencial Almenara, órgano desconcentrado del Seguro Social de Salud (EESALUD), sobre la selección por niveles de una muestra, utilizando el "Método de la Tómbola", así como la aplicación de la "Lista de Verificación" en los establecimientos seleccionados, información recopilada hasta el 31 de diciembre de 2014:

- a) Gerencia de la Red Asistencial Almenara
- b) Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
- c) Hospital III Emergencias Grau
- d) Hospital II Vitarte
- e) Hospital I Díaz Ufano
- f) CAP III Piazza
- g) Centro Médico Ancije



RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



IV. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
3. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
4. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.2002
5. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.2006.
6. Decreto de Urgencia N°067-2009, que modifica el Artículo 10 de la Ley N° 28716.
7. Ley N°29743, Ley que modifica el Artículo 10 de la Ley N° 28716.2011
8. Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
9. Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
10. 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".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°012-PE-ESSALUD-2007, que aprueba Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguros Social de Salud (EESALUD).
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°545-PE-ESSALUD-2011, que aprueba "Estructura Orgánica de la Red Asistencial Almenara, La Micro Estructura del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y el Reglamento de Organización y Funciones".
13. Resolución de Gerencia N°979-G-RAA-ESSALUD-2014, que aprueba el Manual de de Organización y Funciones del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
14. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
15. Resolución de Gerencia N°1146-G-AA-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Sub comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara
16. Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados ESSALUD



RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



V. METODOLOGÍA Y HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN

Según lo señalado por Secretaria General mediante Carta Circular N°038-SG-ESSALUD-2014, se determinó que el Seguro Social de Salud (ESSALUD) podía ceñirse a los lineamientos y pautas contenidas en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General N°458-2008-CG.

En este marco, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), aprobó el Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno de los Órganos Desconcentrados; determinando 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 permitió recabar información a fin de identificar el nivel de madurez del proceso de implementación del Sistema de Control Interno.

Criterios para la escala de calificación del nivel de implementación

Nivel de implementación	Referencia
0 Inexistente	No existe evidencia suficiente de que la entidad haya emprendido esfuerzos para la implementación del Sistema de Control Interno.
1 Inicial	Existe un esfuerzo aislado o inicial con respecto a la implementación del Sistema de Control Interno en la entidad; 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 Sistema de Control Interno se encuentra en proceso de implementación en la entidad. 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 Sistema de Control Interno ha sido implementado en la entidad; los elementos de Control Interno se encuentran documentados y han sido formalizados y difundidos a las instancias apropiadas de la entidad. El Sistema de Control Interno funciona conforme a las necesidades de la entidad y el marco regulador.
4 Avanzado	El Sistema de Control Interno 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 entidad. Asimismo, se han establecido procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del Sistema de Control Interno.
5 Optimizado	El Sistema de Control Interno de la entidad constituye una práctica líder en la industria, y se ha integrado de manera natural con las operaciones de la entidad, formando parte importante de su cultura organizacional.

Fuente: "Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Órganos Centrales".

La Lista de Verificación" permitió 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.

Se identificó los niveles de unidad prestadora que conforman la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y se seleccionó por cada nivel identificado, una unidad prestadora representativa; utilizando el "Método de la Tómbola"; siendo seleccionadas las siguientes unidades prestadoras:

- Gerencia de la Red Asistencial Almenara
- Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
- Hospital III Emergencia Grau
- Hospital II Vitarte
- Hospital I Voto Bernales
- CAP III Piazza
- CMA Ancije

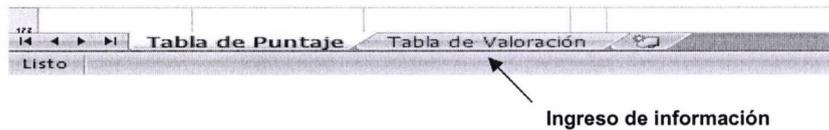


RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 Essalud



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

Luego de remitida la información a Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la RAA, se procedió a ingresar la información a la Hoja de Cálculo denominada "Tabla de Valoración", con la finalidad de organizar la información, para su análisis y consolidar los resultados



Cuando la valoración de una afirmación no se encontró debidamente sustentada, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno y su grupo de trabajo, determinó el valor a otorgarse; del mismo modo, al observarse una afirmación que haya sido dejada de valorar, se asumió el valor 1.

El resultado de la columna denominada "Calificación Promedio" se obtuvo de forma automática, al ingresar la información a la base de datos utilizada; 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 ...
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS					
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.	4,00	5	3	3
			8	La administración ha otorgado la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	3,00	5	2	4
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.	1,00	3	1	1
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los compromisos de credibilidad de la entidad.	1,00	1	2	1
11	Se sanciona a los funcionarios de todas las áreas de acuerdo con las políticas establecidas por la Dirección.	1,00	3	3	3			

} Resultado automático

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

En esta Hoja de Cálculo, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno observó el puntaje obtenido para cada afirmación, componente y subcomponente del sistema, lo que representó el nivel de madurez del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en la RAA.

RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud

VI. DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento "Lista de Verificación" y la revisión de la normativa institucional, según los componentes evaluados y que conforman del Sistema de Control Interno:

- a) Ambiente de Control
- b) Evaluación de Riesgos
- c) Actividades de Control Gerencial
- d) Información y Comunicación
- e) Supervisión

Los resultados se muestran en el **Cuadro N° 01: "Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes de la Red Asistencial Almenara"**.

Como resultado del Análisis de los datos obtenidos se procede a identificar las principales fortalezas y debilidades relativas a los componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno y las medidas a implementar; las mismas que servirán de insumo para elaborar el Plan de Trabajo.



RED ASISTENCIAL ALMENARA

Dr. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud



CUADRO N° 01
TABLA GENERAL DE RESULTADOS POR COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
1. AMBIENTE DE CONTROL	1.1 Filosofía de la Dirección	3.10	Adecuado
	1.2 Integridad y Valores Éticos	3.23	Adecuado
	1.3 Admisión Estratégica	3.00	Adecuado
	1.4 Estructura Organizacional	3.03	Adecuado
	1.5 Administración de Recursos Humanos	2.63	Insuficiente
	1.6 Competencia Profesional	3.17	Adecuado
	1.7 Asignación de autoridad y responsabilidad	3.17	Adecuado
	1.8 Órgano de Control Institucional	2.90	Insuficiente
	TOTAL	3.04	ADECUADO
2. EVALUACIÓN DE RIESGO	2.1 Planeamiento de gestión de riesgos	1.96	Insuficiente
	2.2 Identificación de los riesgos	1.80	Insuficiencia Crítica
	2.3 Valoración del riesgo	1.90	Insuficiencia Crítica
	2.4 Respuesta al riesgo	1.83	insuficiencia Crítica
	TOTAL	1.88	INSUFICIENCIA CRÍTICA
3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	3.1 Procedimiento de autorización y aprobación	3.25	Adecuado
	3.2 Segregación de funciones	2.58	Insuficiente
	3.3 Evaluación de costo - beneficio	2.25	Insuficiente
	3.4 Controles sobre acceso y recursos	3.03	Adecuado
	3.5 Verificaciones y conciliaciones	3.50	Adecuado
	3.6 Evaluación de desempeño	2.83	Insuficiente
	3.7 Rendición de cuentas	2.89	Insuficiente
	3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas.	2.67	Insuficiente
	3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas.	2.42	Insuficiente
	3.10 Controles de las TICC	3.10	Adecuado
TOTAL	2.85	INSUFICIENTE	
4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	4.1 Funcionamiento y características de la información	3.08	Adecuado
	4.2 Información y responsabilidad	2.50	Insuficiente
	4.3 Calidad y suficiencia de la información	3.00	Adecuado
	4.4 Sistema de información	2.08	Insuficiente
	4.5 Flexibilidad al cambio	2.17	Insuficiente
	4.6 Archivo al cambio	2.44	Insuficiente
	4.7 Comunicación interna	3.06	Adecuado
	4.8 Comunicación externa	3.33	Adecuado
	4.9 Canales de comunicación	3.08	Adecuado
TOTAL	2.75	INSUFICIENTE	
5. SUPERVISIÓN	5.1 Actividades de prevención y monitoreo	3.33	Adecuado
	5.2 Seguimiento de resultados	2.94	Insuficiente
	5.3 Compromiso de mejoramiento	3.22	Adecuado
	TOTAL	3.17	ADECUADO






RESULTADOS GENERAL DEL MONITOREO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD

N°	COMPONENTES	H. III ALMENARA	H. III E. GRAU	H. II VITARTE	H. I. DIAZ UFANO	CAP III PIAZZA	C. M. ANCIJE	PROMEDIO
1	AMBIENTE DE CONTROL	3.5	2	3.1	3.0	3.2	3.3	3.04
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS	2.2	1	2.0	2.0	2.1	2.06	1.88
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	3.1	2	3.0	2.7	3.2	3.3	2.85
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2.9	2	3.1	2.5	3.1	3.2	2.75
5	SUPERVISIÓN	4.0	2	3.2	3.2	3.3	3.6	3.17
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN		3.4	1.7	2.9	2.8	3.0	3.2	2.82

PROMEDIO GENERAL	2.82
-------------------------	-------------

SEMAFORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	RANGO
Verde	ATENCIÓN MÁXIMA	0.0 - 1.9
Amarillo	ATENCIÓN MEDIA	2.0 - 3.9
Rojo	ATENCIÓN LEVE	4.0 - 5.0

VII. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

1. AMBIENTE DE CONTROL

1.1. Filosofía de la dirección

FORTALEZAS	
1.	La Gerencia de la Red Asistencial Almenara muestra compromiso y apoyo permanente para la Implementación del Sistema de Control Interno; con la finalidad de alcanzar los objetivos institucionales, promoviendo la eficiencia, eficacia, transparencia de las operaciones y la calidad de los servicios que se presta.
2.	Conformación del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red, optimizando su operatividad para el mejor cumplimiento de sus funciones.
3.	Suscripción y difusión del Acta de Compromiso de los funcionarios de la Red Asistencial Almenara, con el proceso de Implementación del Sistema de Control Interno.
DEBILIDADES	
1.	Desconocimiento y falta de motivación del personal de la institución para el establecimiento de una cultura de Control Interno.
2.	Los Jefes de Oficinas, Divisiones, Unidades, Departamentos y Servicios aún no han tomado la debida importancia, ni interiorizado los aspectos que involucra el Control Interno en la RAA.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Reforzar las acciones de sensibilización y capacitación en materia de Control Interno a los colaboradores de toda la Red Asistencial Almenara; con el propósito de interiorizar sobre la importancia de su implementación en sus respectivos ámbitos de aplicación.
2.	Incluir en el Plan de Capacitación, cursos relacionados al Sistema de Control Interno, a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación a los nuevos funcionarios que conforman la Red Asistencial Almenara.
3.	Promover y reconocer los aportes del personal para mejorar el desarrollo de las actividades laborales.

1.2. Integridad y valores éticos

FORTALEZAS	
1.	La Gestión mantiene una actividad de compromiso y apoyo permanente al establecimiento de una cultura organizacional basada en valores éticos, lucha contra la corrupción e implementación del Sistema de Control Interno en la Red.
2.	Difusión de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N°296-PE-ESSALUD-2012, que aprueba el "Código de Ética del personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD), donde se establece los principios, deberes y prohibiciones, a las cuales deben sujetar su accionar los servidores públicos.
DEBILIDADES	
1.	Desconocimiento de las normas contenidas en la ley del Código de ética de la Función Pública y de las nuevas disposiciones y transición de la Ley N°30057, "Ley del Servicio Civil", en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador.
2.	Desconocimiento de los mecanismos de "Protección, Incentivos y estímulos para los Funcionarios y Servidores de ESSALUD, a favor de quienes denuncien infracciones a las normas contenidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Elaborar nuevas estrategias para difundir y sensibilizar sobre la importancia y aplicación de la Ley del Código de Ética de la Función Pública y del Código de Ética del personal del Seguro Social de Salud -ESSALUD
2.	Difusión de la nueva Ley N°30057 "Ley del Servicio Civil" en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador, así como el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) de ESSALUD.

1.3. Administración estratégica

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con el Plan Estratégico Institucional de ESSALUD, para el periodo 2012-2016, el cual define misión, visión, objetivos estratégicos, sustentados en valores y principios de la Seguridad Social.
2.	La Red Asistencial Almenara cuenta con un Plan Operativo Institucional (POI), formulado de acuerdo con a los lineamientos, documentado y autorizado; el cual se encuentra alineado con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
DEBILIDADES	
1.	No se han implementado estrategias de difusión al personal de los documentos de gestión institucional, teniendo un limitado conocimiento de los alcances de estos, lo que se refleja en falta de compromiso al cumplimiento eficiente de los objetivos estratégicos y actividades programadas (Plan Estratégico, Plan Operativo).
2.	Existencia de algunos colaboradores que desconocen o no tienen definiciones claras los conceptos de misión, visión y los objetivos institucionales y en algunos casos de su propia unidad orgánica.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Establecer flujos de comunicación y sensibilización que permitan difundir y hacer de conocimiento al personal, los objetivos y metas de la organización, con la finalidad de generar compromiso para contribuir al cumplimiento de las mismas.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



1.4. Estructura organizacional

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con Estructura organizacional formalmente definida y aprobada por el nivel Central: Reglamento de Organización y Funciones. (ROF)
2.	Se cuenta con Manual de Organización y Funciones vigente en la Red Asistencial Almenara aprobado con Resolución N°979-G-RAA-ESSALUD- 2014.
3.	Difusión e Implementación de la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud-ESSALUD" en la RAA; como instrumento metodológico para su aplicación en las diferentes áreas de la RAA.
4.	Se cuenta con un Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobado por Resolución de Presidencia N°737-PE-ESSALUD-2014.
DEBILIDADES	
1.	La Reorganización Institucional se encuentra en proceso, lo que originará cambios en las unidades orgánicas, creación y/o desaparición de otras; por consiguiente modificación y/o actualización de los Manuales de Organización y Funciones, entre otros.
2.	El Cuadro de Asignación de Personal (CAP), no refleja las necesidades actuales de la Red Asistencial Almenara
3.	Aún no se ha implementado una Gestión por Procesos en la Red Asistencial Almenara; necesaria para realizar un adecuado control y seguimiento del accionar de las distintas unidades orgánicas.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Adoptar e Implementar la nueva estructura organizacional de la institucional y elaborar los documentos de Gestión necesarios para su funcionamiento (CAP, MOF)
2.	Implementar la Gestión por Procesos en todos los establecimientos de la RAA, a fin de generar mejoras en la gestión, orientadas a la satisfacción de los asegurados.

1.5. Administración de recursos humanos

FORTALEZAS	
1.	La Entidad cuenta con procedimientos establecidos, aprobados y difundidos respecto a la contratación de personal, promoción, desplazamiento interno, entre otros.
2.	La Red Asistencial Almenara, aplica el marco normativo institucional establecido para la inducción del personal, el cual involucra el componente ético, Reglamento Interno de trabajo, principios de la Seguridad Social y actividades a desempeñar.
3.	La RAA cuenta con un Plan de Capacitación aprobado y difundido; el cual se ajusta a los procedimientos establecidos en el marco normativo institucional.
4.	Se cuenta con Plan de Bienestar de personal, el cual se viene ejecutando de acuerdo con las políticas de gestión de del área de recursos humanos.
DEBILIDADES	
1.	La Normativa relacionada con la Calificación de los Cargos, Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, Cuadro de Asignación de Personal (CAP); se encuentran desactualizados.
2.	El Plan de Capacitación de la RAA, no se ajusta a las necesidades y competencias que requiere el personal de la Red Asistencial Almenara.
3.	No se cuenta con evaluación del clima laboral en la Red Asistencial Almenara.
4.	No se ha determinado la real necesidad de personal asistencial para el desarrollo de los procesos misionales.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con de la Calificación de Cargos, Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, Cuadro de Asignación de Personal (CAP).
2.	Implementar y desarrollar la evaluación del Clima laboral y establecer un plan de acción, para cubrir las brechas identificadas.
3.	Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.
4.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, los resultados del estudio de brecha realizado por la UPCH.

1.6. Competencia profesional

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, que define los niveles de competencia, las habilidades y conocimientos para cada puesto de trabajo.
2.	El ingreso de nuevo personal a la Red Asistencial Almenara, se realiza previo proceso de selección, que garantice que el recurso humano reúna los conocimientos y habilidades para el puesto.
DEBILIDADES	
1.	La normativa relacionada al Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, se encuentra desactualizada.
2.	Falta de lineamientos para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas; con enfoque en el fortalecimiento de las competencias profesionales.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANJA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos.
2.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, establezca lineamientos para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas; con enfoque en el fortalecimiento de las competencias profesionales.

1.7. Asignación de autoridad y responsabilidad

FORTALEZAS	
1.	La RAA cuenta con documentos normativos como el ROF y MOF; donde se establecen los cargos, funciones, relaciones de autoridad y responsabilidad el personal.
DEBILIDADES	
1.	La Reorganización Institucional se encuentra en proceso, lo que originará cambios en las unidades orgánicas, creación y/o desaparición de otras; por consiguiente modificación y/o actualización de los Manuales de Organización y Funciones, entre otros.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, perfiles y funciones, alineados a la nueva estructura de ESSALUD.

1.8. Órgano de control institucional

FORTALEZAS	
1.	El Gerente de la RAA brinda facilidades para la implementación del Órgano de Control Institucional (OCI).
2.	El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente el grado de implementación del Sistema de Control Interno, los controles vigentes e identifica oportunidades de mejora.
DEBILIDADES	
1.	Limitada coordinación del Órgano de Control Institucional con el Titular de la Entidad, que contribuya a la implementación del Control interno, o informe situaciones de riesgo para la entidad.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Establecer puentes de comunicación efectivas entre el órgano de Control Institucional y el titular de la entidad.



2. EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1. Planeamiento de gestión de riesgos

FORTALEZAS	
1.	La Unidad de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo de la RAA, vienen desarrollando la identificación y valoración de los riesgos relacionados a su competencia.
2.	La Oficina de Gestión de la Calidad de la RAA, viene desarrollando la identificación, valoración y gestión de los riesgos relacionados con la Seguridad del Paciente.
3.	La Oficina de Aseguramiento cuenta con una metodología aprobada para la gestión de riesgos, en base a la Resolución de Gerencia Central N°16-GCAS-ESSALUD-2014.
DEBILIDADES	
1.	Ausencia de un marco normativo institucional que señale la metodología a emplear, estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la Red Asistencial Almenara.
2.	La Planificación de las aéreas no incorporan formalmente y documentariamente los aspectos de prevención y gestión de riesgos.
3.	La Red Asistencial Almenara no cuenta con un Plan de Gestión de Riesgo de toda la organización.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2.	Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que involucre a todas las unidades orgánicas y que implementen actividades a desarrollar para la identificación, valoración y gestión de los riesgos que afectan a la RAA.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



2.2. Identificación de los riesgos

FORTALEZAS	
1.	Existe áreas donde se tienen identificados algunos riesgos, como riesgos ocupacionales, riesgos para los pacientes, entre otros; y se vienen realizando acciones para mitigar sus efectos.
DEBILIDADES	
1.	Si bien existen áreas de la entidad donde se identifican los riesgos; esto no se aplican a todas las unidades orgánicas que conforman la organización, como las áreas operativas, financieras, entre otras
2.	Ausencia de un marco normativo Institucional que señale la metodología a emplear y que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA.
3.	No se cuenta con recurso humano especializado en Gestión de Riesgos en la Red Asistencial.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre Cultura de Gestión del riesgo a todo el personal de la entidad.
2.	Designar a los Jefes de cada unidad orgánica a fin de determinar por áreas los riesgos de cada proceso, siguiendo una técnica y esquema para la identificación de Riesgos.
3.	Conformar un equipo implementador que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.

2.3. Valoración del riesgo

FORTALEZAS	
1.	Existe áreas donde se valoran algunos riesgos, como riesgos ocupacionales, para el paciente, entre otros y realizan acciones para mitigar sus efectos.
DEBILIDADES	
1.	Ausencia de un marco normativo que señale la metodología a emplear que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA; dificultan estandarizar los criterios cualitativos y cuantitativos que permita valorar los riesgos.
2.	No se ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia) ni el efecto que pueda causar (impacto) en todas las unidades orgánicas que conforman la RAA.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2.	Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que comprenda la identificación de los riesgos que afectan a la RAA.
3.	Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal de la entidad.

2.4. Respuesta al riesgo

FORTALEZAS	
1.	Existe áreas donde se aplican acciones para mitigar los riesgos; pero no se aplica a todas las unidades orgánicas que conforman la Red.
DEBILIDADES	
1.	Ausencia de un marco normativo que señale la metodología a emplear y que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA; ausencia de criterios cualitativos y cuantitativos estandarizados que permita valorar los riesgos.
2.	No se establecen acciones necesarias (controles) en todas las unidades orgánicas para afrontar los riesgos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2.	Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que comprenda la identificación de los riesgos que afectan a la RAA.
3.	Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal de la entidad.
4.	Implementar controles para afrontar los riesgos evaluados, previa evaluación costo-beneficio de los mismos.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1. Procedimiento de autorización y aprobación

FORTALEZAS	
1.	La Red Asistencial Almenara cuenta con Reglamento de Organización y Funciones y Manual de Organización y Funciones donde determina funciones de autorización y aprobación.
2.	El Marco normativo Institucional (Directivas y procedimientos) regulan las actividades de autorización y aprobación.
DEBILIDADES	
1.	Si bien se tienen procedimientos de autorización y aprobación documentados, existen actividades o tareas pendientes de definir y actualizar.
2.	Limitación en la comunicación a los trabajadores de la RAA, con relación a los procedimientos de autorización y aprobación documentados.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Implementar la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014, que establece la Gestión por Procesos de ESSALUD; en todas las áreas de la Red Asistencial y Difundir los documentos que detallen funciones, actividades y tareas a través de su jefatura solicitando el cargo de recepción.

3.2. Segregación de funciones

FORTALEZAS	
1.	En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Organización y Funciones (MOF) se delimitan las atribuciones, funciones, tareas y labores que realizan los trabajadores de acuerdo a su unidad orgánica.
DEBILIDADES	
1.	No se contempla dentro de la gestión la política de rotación periódica del personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos y que realizan tareas o funciones afines.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Identificar actividades o tareas donde existan funciones incompatibles, o que no garanticen una adecuada segregación de funciones.
2.	Establecer procedimientos para implementar la rotación periódica del personal que se encuentra asignado a puestos susceptibles a riesgos (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros).

3.3. Evaluación de costo-beneficio

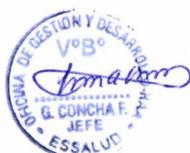
FORTALEZAS	
1.	La Entidad cuenta con la Directiva N°001-GG-ESSALUD-2007 "Directiva de Austeridad y Racionalidad en el Gasto de ESSALUD; la cual establece las disposiciones necesarias a fin de ejecutar y controlar los egresos institucionales, bajo los criterios de racionalidad, eficiencia, transparencia y calidad del gasto, en un marco de austeridad.
DEBILIDADES	
1.	No se cuenta con procedimientos definidos de revisión o actualización de los controles existentes.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Establecer procedimientos documentados para la realización del análisis Costo-Beneficio de los controles existentes y de los nuevos a implementar.

3.4. Controles sobre accesos a recursos o Archivo

FORTALEZAS	
1.	La Red Asistencial Almenara cuenta con Normas y Directivas Institucionales para el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Directivas de Gestión de la Historia Clínica, entre otras.
DEBILIDADES	
1.	Desconocimiento del personal de la institución del marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Directivas de Gestión de la Historia Clínica, entre otras.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



ASPECTOS A IMPLEMENTAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Directivas de Gestión de la Historia Clínica, entre otras 2. Revisar e implementar periódicamente controles para resguardar el acceso y conservación de la información en la Red Asistencial Almenara.

3.5. Verificaciones y conciliaciones

FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. La Red Asistencial Almenara cuenta con normativa interna que establece la aplicación de controles de verificación y conciliación en los procesos, actividades y tareas.
DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. No todas las unidades orgánicas que conforman la Red Asistencial Almenara, verifican sus actividades y tareas; al carecer de una gestión por procesos a nivel institucional, quedando como una acción individual más no sistémica e integrada.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar los procedimientos de "Verificación y Conciliación" en todas las áreas de la RAA, por el Jefe inmediato superior de manera periódica; con énfasis en los procedimientos críticos de la entidad.

3.6. Evaluación de desempeño

FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. La Red Asistencial Almenara cuenta con lineamientos para evaluar los indicadores de desempeño del Plan Estratégico, Plan Operativo y Acuerdos de Gestión; los mismos que son evaluados periódicamente. 2. Se cuenta con un reglamento para la evaluación de desempeño laboral de los trabajadores de ESSALUD, en la cual se detalla la metodología de evaluación.
DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. La ausencia de una Gestión por procesos dificulta la evaluación de la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas de toda la Red Asistencial Almenara. 2. El Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud, se encuentra desactualizado. (2004)
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; para establecer indicadores en los procesos, el flujo de los procesos a evaluar, las actividades críticas y establecer los responsables de las distintas etapas del proceso y medir la eficacia y eficiencia de las operaciones de la RAA. 2. Solicitar al nivel central actualizar el Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud.

3.7. Rendición de cuentas

FORTALEZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. La RAA elaborar y difunde su Memoria institucional anualmente en la que se brinda información de la gestión y los logros de los objetivos institucionales. 2. Se cuenta con lineamientos de rendición de cuentas establecidos, como Entrega y Rendición de Viáticos por comisión de servicio, entre otros. Directiva de Viáticos N°001-PE.ESSALUD-2014, Resolución PE-ESSALUD-2013.
DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento del personal de los mecanismos de rendición de cuentas a nivel Institucional. 2. Incumplimiento de las Unidades, Servicios para la presentación oportuna de información requerida para la rendición de cuentas.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión, seguimiento y cumplimiento oportuno del personal del marco legal relacionado con los mecanismos de rendición de cuenta en los servidores de la RAA. 2. La Administración deberá continuar con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



3.8. Documentación de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; donde se establece los aspectos del diseño, documentación y mejora de los procesos en la entidad.
DEBILIDADES	
1.	Aun no se ha implementado en la Red Asistencial Almenara la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; donde se establece los aspectos del diseño, documentación y mejora de los procesos en la entidad.
2.	No se cuenta con un Mapa de Procesos, Inventario de Procesos y Manual de Procedimientos de toda la RAA.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Iniciar el proceso de Implementación de la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD" en la Red Asistencial Almenara.
2.	Elaborar el Mapa de Procesos, el Inventario de Procesos y los Manuales de Procedimientos de toda la áreas de la RAA.

3.9. Revisión de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS	
1.	Algunas unidades de la Red Asistencial Almenara revisan las actividades que desarrollan, para verificar que se ejecuten de acuerdo con lo establecido en los Planes, Reglamentos, Guías, directivas, entre otros.
DEBILIDADES	
1.	Desconocimiento del personal de la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD" en la Red Asistencial Almenara y de metodología para aplicarla a nivel de la entidad.
2.	Si bien las unidades revisan el desarrollo de las actividades, no cuentan con procedimientos documentados, que orienten dicha revisión, no realizándola de manera sistemática.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Sensibilizar y capacitar al personal de la Red Asistencial Almenara sobre los lineamientos de la Gestión por Procesos e iniciar su implementación en todas las unidades orgánicas de la entidad.
2.	Diseñar los procedimientos que orienten la revisión de procesos, actividades y tareas (Mejora Continua)

3.10. Controles de tecnologías de la información y comunicaciones

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con lineamientos generales sobre políticas de seguridad informática, para cautelar el acceso a los sistemas y fuentes de datos a nivel institucional e individual.
2.	Se cuenta con un adecuado servicio técnico de soporte informático.
DEBILIDADES	
1.	Existe desconocimiento de los funcionarios sobre la implementación de controles para las tecnologías de la información y comunicación.
2.	No existe actividades de capacitación en tecnologías de la información al personal de la institución o en algunos casos es restringida y limitada.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información y comunicación.
2.	Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, talleres de para el manejo eficaz de las herramientas de información que se utilizan en la RAA.

[Handwritten signature]
 VºBº
 Dra. A. Pareja F.
 GERENTE
 ESSALUD

VºBº
 MIYASATO
 GERENTE
 ESSALUD

VºBº
 M. BARCO R.
 JEFA
 ESSALUD

VºBº
 Dr. A. Millán M.
 JEFE (e)
 ESSALUD

RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERARIBIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud

VºBº
 G. CONCHA F.
 JEFE
 ESSALUD

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1. Funcionamiento y características de la información

FORTALEZAS	
1.	Las Unidades responsables seleccionan, analizan, evalúan y sintetizan la información que producen las áreas y se remiten para la toma de decisiones a nivel gerencial: Indicadores, Metas del Plan Operativo Institucional y Acuerdos de Gestión, etc.
2.	Existen lineamientos institucionales establecidos para el acceso del personal al sistema de información; controles de claves de acceso, políticas de acceso a Internet, cuentas de usuario en la red informática, Publicación en el Portal Intranet, Sistema de administración documentaria, Manual de Prensa y comunicación entre otras.
DEBILIDADES	
1.	Si bien existe un buen manejo de la información, no se encuentra definidos los procesos y procedimientos para la selección, análisis, evaluación y síntesis de la información gerencial para la toma de decisiones.
2.	El marco normativo del Sistema de administración documentario de ESSALUD (2003), no se encuentra actualizado.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel central actualizar el marco normativo para la organización de Archivos digitales, mediante herramientas de contenido, clasificación, entre otros.
2.	Diseñar e implementar el proceso y procedimiento para la obtención de información gerencial oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

4.2. Información y responsabilidad

FORTALEZAS	
1.	Todas las áreas de la Red Asistencial Almenara produce información sobre las actividades que realizan e informan a sus jefes inmediatos superiores.
DEBILIDADES	
1.	No se tiene una política definida y procedimientos establecidos para la obtención de la información de todos los procesos de la entidad; que permitan implementar controles. (características, tipo de información, reportes, responsables y frecuencia y oportunidad de la información).
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Diseñar e implementar los procesos y los flujos de información en todas las áreas de la Red Asistencial Almenara, con la finalidad optimizar la gestión.
2.	Solicitar al nivel central una política para el uso adecuado de la información según las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características, frecuencia y oportunidad.

4.3. Calidad y suficiencia de la información

FORTALEZAS	
1.	Se cuentan con lineamientos institucionales para el control de la información; Publicación en el Portal Intranet, Manual de prensa y comunicación, entre otros.
2.	Se cuenta con un sistema informático de trámite que permite organizar la documentación referida a un tema en particular asignándole un número digital (NIT), lo que facilita la revisión de los antecedentes desde su origen de manera oportuna y pertinente.
DEBILIDADES	
1.	Los procedimientos no se encuentran definidos formalmente, para asegurar la calidad y suficiencia de información.
2.	Los lineamientos institucionales para el control y calidad de la información, no se encuentran actualizados.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel central lineamientos que garanticen la calidad y suficiencia de la información; señalando las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características y frecuencia.
2.	Elaborar el inventario de procesos relacionado a flujo de la información de la entidad y definir claramente su proceso, con la finalidad de generar controles.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPEÑATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



4.4. Sistema de información

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con información sobre los avances en el cumplimiento del Plan Estratégico y Plan Operativo, así como de los avances y resultados de mayor significación en la web del Intranet de ESSALUD.
2.	Se cuenta con normativa para regular los controles de claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.
DEBILIDADES	
1.	Si bien se cuenta con información, esta no se encuentra integrada a un solo sistema, lo cual limita su uso y aplicabilidad.
2.	El personal de la Red Asistencial percibe que no existe una práctica de recoger reclamos de sugerencias de mejora.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar a nivel central la integración de la información y actualización de la normativa relacionada con el acceso a la información, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, Unificación de los sistemas de información.

4.5. Flexibilidad al cambio

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con lineamientos sobre sistemas de información, publicación de información en el Portal Intranet, Manual de prensa y comunicación, Administración y baja de software, entre otras.
DEBILIDADES	
1.	No se evidencia la revisión periódica de los sistemas de información y su rediseño para responder a las necesidades de los usuarios o reclamos para asegurar un óptimo funcionamiento.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar a nivel central la actualización y revisión de la normativa sobre los requisitos de los sistemas de información, niveles de acceso, niveles de autorización y rediseño periódico cuando se detectan deficiencias.

4.6. Archivo institucional

FORTALEZAS	
1.	La Red Asistencial Almenara cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación, que ciñe a las normas que regulan el funcionamiento del Sistema de Archivos en ESSALUD. (2013)
2.	La administración de los documentos e información se realizan de acuerdo a las políticas y procedimientos establecidos por ESSALUD.
DEBILIDADES	
1.	Los ambientes utilizados para el archivo no cuentan con ubicación y acondicionamiento apropiado.
2.	El personal de la entidad desconoce la normativa referida a la transferencia de documentos al Archivo Central.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Capacitar periódica al personal en materia de transferencia de documentos al archivo central, a los responsables de cada unidad orgánica.
2.	Asignar al Archivo de la RAA un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y material necesarios para su organización

4.7. Comunicación interna

FORTALEZAS	
1.	Se cuenta con una política que estandariza las comunicación interna, considerando los diversos tipos de comunicación; Cartas, Oficios, memorandos, etc.
DEBILIDADES	
1.	Falta de conocimiento del personal de los procedimientos y formatos de comunicación interna; dentro de ellos la denuncias de Actos indebidos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Solicitar al nivel central la actualización y revisión de la normativa del sistema de administración documentaria.
2.	Elaborar el Mapa de Procesos e identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos.



4.8. Comunicación externa

FORTALEZAS	
1.	La RAA cuenta con una la División de Imagen Institucional, la cual sigue procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.
2.	La entidad cuenta con lineamientos que garantizan el acceso y requerimiento de la información pública. (ley de transparencia y Acceso a la información pública)
DEBILIDADES	
1.	Falta de estandarización de los procesos de información o comunicación externa.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Establecer procedimientos y difundir las disposiciones que regulan la comunicación externa.

4.9. Canales de comunicación

FORTALEZAS	
1.	La entidad cuenta con una Política que establece medios de Comunicación que faciliten y estandaricen una comunicación interna y externa efectiva.
DEBILIDADES	
1.	Los lineamientos que regulan los canales de comunicación interna y externa se encuentran desactualizadas
2.	La comunicación y coordinación existente entre las unidades de la entidad no fluye de manera clara, ordenada dificultando una atención oportuna de los requerimientos.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Identificar e implementar nuevos canales de comunicación efectivos que agilicen el flujo de información en todos los niveles de la RAA.


5. SUPERVISIÓN
5.1. Actividades de prevención y monitoreo

FORTALEZAS	
1.	Se realizan evaluaciones del Plan Operativo Institucional y de los Acuerdos de Gestión de manera periódica; según los lineamientos de monitoreo y seguimiento; para su posterior información a los órganos centrales.
2.	Las unidades orgánicas realizan acciones de monitoreo, con la finalidad de medir la eficacia de sus actividades.
DEBILIDADES	
1.	Si bien las unidades orgánicas realizan acciones de monitoreo, estas actividades no han sido establecidas considerando un análisis de riesgos y los procesos críticos de la entidad.
3.	La ausencia de una Gestión por procesos dificulta la evaluación de la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas de toda la institución.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Implementar la Gestión por Procesos en las unidades orgánicas de la entidad que permita identificar los procesos críticos e implementar controles correspondientes.
2.	Establecer un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas, el seguimiento continuo y su posterior subsanación.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



5.2. Seguimiento de resultados

FORTALEZAS	
1.	Las deficiencias y problemas detectados en el monitoreo se comunican a los responsables, con el fin de que se tomen las acciones necesarias para su corrección.
2.	Se realiza el seguimiento a las recomendaciones e implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control.
DEBILIDADES	
1.	Existe en algunas áreas que muestran falta de interés por realizar el seguimiento a la implementación de mejoras y recomendaciones propuestas, persistiendo las observaciones.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Establecer el procedimiento para la información documentada y oportuna de las deficiencias y problemas detectados en el monitoreo de las actividades; con la finalidad de tomar las acciones necesarias para su corrección.
2.	Establecer el procedimiento para el seguimiento a las recomendaciones e implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control.

5.3. Compromisos de mejoramiento

FORTALEZAS	
1.	La entidad realiza autoevaluaciones que le permiten implementar las recomendaciones de las autoevaluaciones realizadas.
2.	La entidad implementa las recomendaciones que formula el Órgano de Control institucional, las mismas que constituyen en compromisos de mejora.
DEBILIDADES	
1.	Las limitaciones de los recursos no permite que la entidad realice las autoevaluaciones de manera periódicamente, lo cual contribuya al proceso de mejoramiento.
2.	Limitado conocimientos de aspectos relacionados con la Gestión por Procesos, Gestión de Riesgos y Mejora de la calidad en las áreas de la entidad.
ASPECTOS A IMPLEMENTAR	
1.	Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de informes de Autoevaluaciones en forma periódica.
2.	Elaborar el proceso y procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control.



VIII. RESUMEN DE LOS ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. Ambiente de control

FILOSOFÍA DE DIRECCIÓN	
1.	Reforzar las acciones de sensibilización y capacitación en materia de Control Interno a los colaboradores de toda la Red Asistencial Almenara; con el propósito entre otros aspectos de lograr el entendimiento sobre la importancia de su implementación en sus respectivos ámbitos de aplicación.
2.	Incluir en el Plan de Capacitación, cursos relacionados al Sistema de Control Interno, a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación a los nuevos funcionarios que conforman la Red Asistencial Almenara.
INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS	
1.	Elaborar nuevas estrategias para difundir, sensibilizar sobre la importancia y aplicación de la Ley del Código de Ética de la Función Pública y del Código de Ética del personal del Seguro Social de Salud -ESSALUD
2.	Difusión de la nueva Ley N°30057 "Ley del Servicio Civil" en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador, así como el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) de ESSALUD.
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA	
1.	Establecer flujos de comunicación y sensibilización que permitan difundir y hacer de conocimiento al personal sobre los objetivos y metas de la organización y su contribución en el cumplimiento de los mismos.
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	
1.	Adoptar e Implementar la nueva estructura organizacional de la institucional y elaborar los documentos de Gestión necesarios para su funcionamiento (CAP, MOF)
2.	Implementar la Gestión por Procesos en todos los establecimientos de la RAA, a fin de generar resultados positivos en la mejora de los procesos y servicios orientados al usuario.
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
1.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con de la Calificación de Cargos, Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, Cuadro de Asignación de Personal (CAP).
2.	Desarrollar una evaluación del Clima laboral y establecer un plan de acción, para cubrir las brechas identificadas.
3.	Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.
4.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, los resultados del estudio de brecha realizado por la UPCH.
COMPETENCIA PROFESIONAL	
1.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos.
2.	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, establezca lineamientos para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas; con enfoque en el fortalecimiento de las competencias profesionales.
ASIGNACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD	
1.	Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, perfiles y funciones, alineado a la nueva estructura.
ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	
1.	Establecer puentes de comunicación efectiva entre el órgano de Control Institucional y el titular de la entidad..

2. Evaluación de riesgo

PLANEAMIENTO DE GESTIÓN DE RIESGO	
1.	Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2.	Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que comprenda todas las actividades a desarrollar para la identificación, valoración y gestión de los riesgos que afectan a la RAA.
3.	Ejecutar cursos o capacitación en gestión de riesgos al personal y sensibilización sobre cultura de riesgos.



IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Designar a los Jefes de cada unidad orgánica a fin de determinar por áreas los riesgos de cada proceso, siguiendo una técnica y esquema para la identificación de Riesgos. 2. Conformar un equipo implementador que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.
VALORACIÓN DE RIESGO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal de la entidad.
RESPUESTA AL RIESGO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer e implementar controles para afrontar los riesgos evaluados, previa evaluación costo-beneficio de los mismos.

3. Actividades de control gerencial

PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014, que establece la Gestión por Procesos de ESSALUD; en todas las áreas de la Red Asistencial y Difundir los documentos que detallen funciones, actividades y tareas a través de su jefatura solicitando el cargo de recepción.
SEGREGACIÓN DE FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar actividades o tareas donde existan funciones incompatibles, o que no garanticen una adecuada segregación de funciones. 2. Establecer procedimientos para implementar la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros).
EVALUACIÓN DE COSTO BENEFICIO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer procedimientos documentados para la realización del análisis Costo-Beneficio de los controles existentes y de los nuevos a implementar.
CONTROLES SOBRE LOS ACCESOS A LOS RECURSOS O ARCHIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Directivas de Gestión de la Historia Clínica, entre otras 2. Revisar e implementar periódicamente controles para resguardar el acceso y conservación de la información en la Red Asistencial Almenara.
VERIFICACIONES Y CONCILIACIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisar los procedimientos de "Verificación y Conciliación" en todas las áreas de la RAA, por el Jefe inmediato superior de manera periódica; con énfasis en los procedimientos críticos de la entidad.
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; para establecer indicadores en los procesos, el flujo de los procesos a evaluar, las actividades críticas y establecer los responsables de las distintas etapas del proceso y medir la eficacia y eficiencia de las operaciones de la RAA. 2. Solicitar al nivel central actualizar el Reglamento de Evaluación del Desempeño.
RENDICIÓN DE CUENTAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión, seguimiento y cumplimiento oportuno del personal del marco legal relacionado con los mecanismos de rendición de cuenta en los servidores de la RAA. 2. La Administración deberá seguir con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.
DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar inicio a la Implementación de la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD" en la Red Asistencial Almenara. 2. Elaborar el Mapa de Procesos, el Inventario de Procesos y los Manual es de Procedimientos de toda la áreas de la RAA



RED ASISTENCIAL ALMENARA

 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



REVISIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS

1. Sensibilizar y capacitar al personal de la Red Asistencial Almenara sobre los lineamientos de la Gestión por Procesos e iniciar su implementación en las unidades orgánicas de la entidad.
2. Diseñar los procedimientos que orienten la revisión de procesos, actividades y tareas (Mejora Continua)

CONTROLES PARA LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3. Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información y comunicación.
4. Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, talleres de para el manejo eficaz de las herramientas de información que se utilizan en la RAA.

4. Información y comunicación
FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN

1. Solicitar al nivel central actualizar el marco normativo para la organización de Archivos digitales, mediante herramientas de contenido, clasificación, entre otros.
2. Diseñar e implementar el proceso y procedimiento para la obtención de información gerencial oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD

1. Diseñar e implementar el proceso y los flujos de información en todas las áreas de la entidad; para lograr resultados como Sistema.
2. Solicitar al nivel central una política para el uso adecuado de la información según las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características, frecuencia y oportunidad.

CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN

1. Solicitar al nivel central lineamientos que garanticen la calidad y suficiencia de la información; señalando las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características y frecuencia.
2. Elaborar el inventario de procesos relacionado a flujo de la información de la entidad y definir claramente su proceso, con la finalidad de generar controles.
3. Capacitar al personal sobre el manejo de los sistemas de información de la RAA.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. Solicitar a nivel central la actualización y revisión de la normativa en relación a las claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.

FLEXIBILIDAD AL CAMBIO

1. Solicitar a nivel central la actualización y revisión de la normativa sobre los requisitos de los sistemas de información, niveles de acceso, niveles de autorización y rediseño periódico cuando se detectan deficiencias.

ARCHIVO INSTITUCIONAL

1. Capacitar periódica al personal en materia de transferencia de documentos al archivo central, a los responsables de cada unidad orgánica.
2. Asignar al Archivo de la RAA un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y material necesarios para su organización.

COMUNICACIÓN INTERNA

1. Solicitar al nivel central la actualización y revisión de la normativa del sistema de administración documentaria.
2. Elaborar el Mapa de Procesos e identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos.

COMUNICACIÓN EXTERNA

1. Difundir los lineamientos y procedimientos disponibles que regulan la comunicación externa.
2. Dinamizar la página WEB de la RAA.

CANALES DE COMUNICACIÓN

1. Identificar e implementar nuevos canales de comunicación, considerando la cantidad de personal que tiene la RAA.
2. frecuencia en su presentación, indicando plazos fechas, N° de copias, a quien van dirigidas, respetando los niveles de coordinación y supervisión.



5. Supervisión

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar la Gestión por Procesos en las unidades orgánicas de la entidad que permita identificar los procesos críticos e implementar controles correspondientes. 2. Establecer un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas, el seguimiento continuo y su posterior subsanación.
SEGUIMIENTO DE RESULTADOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer el procedimiento para la información documentada y oportuna de las deficiencias y problemas detectados en el monitoreo de las actividades; con la finalidad de tomar las acciones necesarias para su corrección. 2. Establecer el procedimiento para el seguimiento a las recomendaciones e implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control.
COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de informes de Autoevaluaciones en forma periódica. 2. Elaborar el proceso y procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control..



RED ASISTENCIAL ALMENARA
 Dra. ROSA EMERANZ SANTIA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgico (e)
 EsSalud



IX. CONCLUSIONES

1. El **Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara** alcanza un nivel de desarrollo **INSUFICIENTE** con un valor alcanzado de **(2.82)** con diferencias entre los componentes que lo conforman.
2. Los cinco componentes que conforman el Sistema de Control Interno alcanzan el grado de implementación y/o desarrollo que se muestra en la siguiente tabla:

COMPONENTE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
AMBIENTE DE CONTROL	3.04	ADECUADO
EVALUACIÓN DE RIESGOS	1.88	INSUFICIENCIA CRITICA
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	2.85	INSUFICIENTE
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2.75	INSUFICIENTE
SUPERVISIÓN	3.17	ADECUADO
RED ASISTENCIAL ALMENARA	2.82	INSUFICIENTE

3. Los hallazgos relevantes encontrados en los cinco componentes son los siguientes:

- 3.1. El componente **Ambiente de Control (3.04)** presenta un nivel **ADECUADO**, debido a los subcomponentes de administración estratégica, administración de recursos humanos, asignación de funciones y responsabilidad, y Órgano de Control Institucional; sin embargo, en filosofía de la dirección, integridad y valores éticos, estructura organizacional y competencia profesional, presenta un nivel **ADECUADO**.
- 3.2. El componente **Evaluación de Riesgos (1.88)** presenta un nivel **INSUFICIENCIA CRÍTICA**, debido a que no maneja una Política de Administración de Riesgo que le permita identificar oportunidades para un mejor control de sus objetivos y procesos.
- 3.3. El componente **Actividades de Control Gerencial (2.85)** presenta un Nivel de **INSUFICIENTE**, debido principalmente a que existe una incapacidad de poder gestionar adecuadamente por no contar con información objetiva y oportuna sobre el comportamiento de sus procesos y a la imposibilidad de mantenerlos bajo Control al no tener implementado una "Gestión por Procesos".
- 3.4. El componente **Información y Comunicación (2.75)** presenta un nivel **INSUFICIENTE**, debido principalmente a la falta de normativa institucional actualizada y de la implementación de la Gestión por Procesos con enfoque sistémico que permitan regular y aseguren un flujo de información adecuada para la toma de decisiones.
- 3.5. El componente **Supervisión (3.17)** presenta un nivel de **ADECUADO**, debido principalmente a que la Gestión ha aplicado herramientas y realiza en forma planificada y sistémica, la supervisión de los procesos de la entidad.

En términos generales, el promedio de todos los componentes se encuentra en Proceso de implementación del Sistema de Control Interno a nivel de la Red Asistencial Almenara.



RED ASISTENCIAL ALMENARA

 Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
 Gerente Quirúrgica (e)
 EsSalud



X. RECOMENDACIONES

1. Sobre la base del resultado del diagnóstico realizado, se elaborará un "Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara de ESSALUD", el cual será remitido a nivel Central para su evaluación, aprobación y ejecución, recomendando iniciar por aquellos aspectos con alta prioridad (insuficiencia crítica).
2. Programar charlas de sensibilización y capacitación dirigido a los trabajadores de la Red Asistencial Almenara sobre Control Interno, Gestión por Riesgos, Gestión por Procesos y Herramientas de Mejora.
3. Fortalecer el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, con la finalidad que la gestión de recursos, bienes y operaciones se efectúen correctamente y eficientemente.
4. Implementar en la Red Asistencial Almenara la Gestión por Procesos, con la finalidad de proporcionar servicios de calidad, que satisfagan las necesidades y expectativas de los asegurados, propiciando la eficiencia en la gestión.
5. Implementar en la Red Asistencial Almenara la Gestión de Riesgos en todos los niveles de la organización; que abarque el proceso de identificación, análisis y elaboración de una respuesta apropiada al riesgo; que permita identificar eventos potenciales que puedan afectar la ejecución de sus procesos y el logro de sus objetivos.



RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. ROSA EMPERATRIZ SANTA CRUZ BENAVENTE
Gerente Quirúrgico (e)
EsSalud

