



Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD



Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD

Lima – Perú



Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Presidenta Ejecutiva
Virginia Baffigo Torrè De Pinillos

Presidenta del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno
Silvia Ruiz Zárate

Secretario Técnico del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno
Alejandro Rojas Sarapura



Equipo de trabajo de la Secretaría General
Heidi Cárdenas Arce
Hugo Castañeda Torres
Milady Henostroza Castillo

Equipo de trabajo de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo
Gilberto Romero Carcelén
Eliana Quiroz Basauri

Av. Arenales N° 1402 – Lima 11.
Teléfonos: +51 (1) 265-6000 / 265-7000.
Página Web: <http://www.essalud.gob.pe/>
Impreso en Lima – Perú. Diciembre de 2014.



SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD).
Informe de diagnóstico de implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD.
Lima – Perú, 2014.
PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO / SISTEMA DE CONTROL INTERNO / ESSALUD / PERÚ.



Índice

1.	ANTECEDENTES	4
1.1.	Origen	4
1.2.	Objetivos	5
1.3.	Alcance	5
2.	BASE LEGAL	6
3.	ANÁLISIS DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	7
4.	ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA NORMATIVA	12
5.	IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS, DEBILIDADES Y ASPECTOS A IMPLEMENTAR	13
5.1.	Ambiente de Control	14
5.2.	Evaluación de Riesgos	26
5.3.	Actividades de Control Gerencial	31
5.4.	Información y Comunicación	41
5.5.	Supervisión	54
6.	MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES	57
7.	CONCLUSIONES	70
7.1.	Conclusiones Generales	70
7.2.	Conclusiones Específicas	70
8.	RECOMENDACIONES	73
8.1.	Recomendaciones Generales	73
8.2.	Recomendaciones Específicas	73
9.	ANEXOS	75
9.1.	Anexo 1: Concordancia Normativa	75
9.2.	Anexo 2: Matriz de Priorización de Recomendaciones	142



1. ANTECEDENTES

1.1. ORIGEN

A iniciativa de la Contraloría General de la República, órgano rector del Sistema Nacional de Control, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, cuyo artículo 3° define al Sistema de Control Interno como "el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de la autoridad y el personal organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos indicados en el artículo 4° de la presente Ley".

Por su parte, el artículo 4° de la citada Ley establece que las entidades del Estado implanten obligatoriamente Sistemas de Control Interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución al cumplimiento de los siguientes objetivos: i) promover y optimizar la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones y en la calidad de sus servicios; ii) cuidar y resguardar los recursos y bienes del estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales; iii) cumplir la normatividad aplicable a la entidad y sus operaciones; iv) garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información; v) fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales; vi) promover en los funcionarios o servidores públicos el cumplimiento de rendir cuenta por los fondos o bienes públicos a su cargo y/o una misión u objetivo encargado y aceptado.

La Alta Dirección del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en cumplimiento de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, y de la Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno, asumió el compromiso de implantar en la organización el Sistema de Control Interno. Para este efecto, desarrolló, en primer término, acciones de sensibilización dirigidas a los colaboradores, para luego pasar a la formulación de un diagnóstico que permita determinar las brechas existentes y que conduzca al establecimiento de los lineamientos, políticas y controles necesarios para la implementación del Sistema de Control Interno.

En este marco, y de acuerdo a los lineamientos y procedimientos contenidos 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, se expidió la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013, que aprobó el Acta de Compromiso para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), que fue suscrita por la plana ejecutiva de los órganos centrales y de los órganos desconcentrados de Lima.

El 12 de diciembre del año 2014, se llevó a cabo la "Jornada de Sensibilización del Sistema de Control Interno", dirigida a la plana ejecutiva de los órganos centrales, con la participación de la plana ejecutiva de los órganos desconcentrados, a través del sistema de videoconferencia. En dicho acto, la plana ejecutiva de los órganos centrales ratificaron su compromiso para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Posteriormente, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, se amplió su conformación, quedando el colegiado integrado por los siguientes funcionarios:

- El Secretario General, o su representante, quien lo preside;
- El Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, o su representante, quien actuará como Secretario Técnico;
- El Gerente Central de Aseguramiento, o su representante;
- El Gerente Central de Prestaciones de Salud, o su representante;
- El Gerente Central de Gestión de las Personas, o su representante;
- El Gerente Central de Logística, o su representante;

- El Gerente Central de Finanzas, o su representante;
- El Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica o su representante;
- El Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica, o su representante;

En calidad de veedor, participa un representante del Órgano de Control Institucional de la entidad.

El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en su Décimo Primera Sesión, llevada a cabo el 28 de agosto de 2014, a propuesta de su Secretaría Técnica, aprobó el "Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Órganos Centrales"¹, el mismo que fue socializado mediante Carta Circular N° 35-SG-ESSALUD-2014.

El procesamiento de la información estuvo a cargo de un equipo de profesionales de la Secretaría General, y de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo; desarrollándose los trabajos conforme al cronograma aprobado.

Finalmente, el proyecto de informe fue presentado y sustentado ante los miembros del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, el mismo que fue aprobado por unanimidad, tal como consta en la respectiva acta suscrita por los integrantes en señal de conformidad.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivos generales

Presentar el estado situacional del Sistema de Control Interno en la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), como parte de la fase de planificación, que permita iniciar el proceso de implementación de su Sistema de Control Interno, con la finalidad de adecuarlo y mejorarlo, obteniendo como beneficios el fortalecimiento y la mejora de la gestión institucional.

1.2.2. Objetivos específicos

- Evaluación de los componentes y subcomponentes que conforman el Sistema de Control Interno.
- Evaluación de los elementos que conforman el Sistema de Control Interno.
- Evaluación de las diferencias, vacíos y oportunidades de mejora que presenta el Sistema de Control Interno.
- Evaluación del nivel de desarrollo y organización del Sistema de Control Interno.

1.3. ALCANCE

El presente informe se ha realizado a nivel de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), sobre la base de la información recopilada sobre el Sistema de Control Interno hasta 31 de julio de 2014.

¹ El diagnóstico elaborado comprende a los diferentes Órganos Centrales de la Institución, dado que cada una de las diferentes Redes Asistenciales a nivel nacional, conforme a lo dispuesto por la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD a través de Resolución N° 522-PE-ESSALUD-2013 del 14.Jun.2013, han constituido sus respectivos Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno, asumiendo éstos la responsabilidad de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

2. BASE LEGAL

El presente informe ha sido elaborado en el marco de la siguiente normativa y documentos internacionales:

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. 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.
4. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
5. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
6. Decreto Supremo N° 016-20012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
7. Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
8. 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".
9. 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).
10. Internal Control – Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
11. Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público, INTOSAI, 1994.
12. Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.



3. ANÁLISIS DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), en mérito a lo comunicado por Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) a través del Oficio N° 053-2013/GO-FONAFE, aplicó, en el ejercicio pasado, la herramienta de autoevaluación denominada "Metodología para el monitoreo de la implementación del Sistema de Control Interno en las empresas de la Corporación FONAFE".

En el presente año, luego de las coordinaciones correspondientes, 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, se aprobó el "Programa de Trabajo para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Órganos Centrales", en el que se consideró la aplicación de "Listas de Verificación" que comprenden a todos los subcomponentes del Sistema de Control Interno; mientras que la medición del nivel de madurez de cumplimiento de cada uno de ellos, se planteó la metodología contenida en el Programa, esto es, sobre la base de una escala del uno (01) al cinco (05), según se muestra a continuación:

Tabla N° 1

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".

En consecuencia, el resumen y detalle del puntaje obtenido respecto de cada componente del Sistema de Control Interno está calculado sobre la base de un promedio ponderado de los subcomponentes que lo integra.

El peso que tiene cada uno de los componentes se ha determinado de acuerdo a la tabla que se muestra a continuación.

Tabla N° 2
Pesos de los componentes para el cálculo del puntaje obtenido

Ambiente de control	Evaluación de riesgos	Actividad de control gerencial	Información y comunicación	Supervisión
15%	30%	30%	15%	10%

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

A continuación, se muestra los resultados consolidados de cada componente del Sistema de Control Interno por cada una de las áreas de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), es decir, la puntuación alcanzada en cada componente:



Tabla N° 3

Resultado General del Monitoreo del Sistema de Control Interno – ESSALUD

Nivel de Implementación SCI	Gerencia General	Órgano de Control Institucional	Secretaría General	Oficina de Defensa Nacional	Oficina de Relaciones Institucionales	Defensoría del Asegurado	Gerencia Central de Finanzas	Gerencia Central de Gestión de las Personas	Oficina Central de Planificación y Desarrollo	Oficina Central de Asesoría Jurídica	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	Promedio por Nivel
1.- Ambiente de Control	0.50	4.00	1.27	0.52	0.79	1.90	2.69	0.68	2.58	2.10	1.76	2.56	2.62	2.09	3.57	1.02	0.00	1.80
2.- Evaluación de Riesgos	0.00		0.00	0.00	0.82	0.14	2.00	0.00	0.07	0.71	0.14	0.98	2.37	0.61	2.17	0.65	0.00	0.67
3.- Actividades de Control Gerencial	0.00		0.94	0.19	0.78	0.40	2.32	0.00	2.78	1.42	0.25	0.96	2.29	0.38	2.53	1.98	0.00	1.08
4.- Información y Comunicación	0.83		3.04	1.14	1.27	2.83	3.22	0.00	1.72	2.33	2.69	2.50	3.08	1.53	3.72	1.72	0.00	1.98
5.- Supervisión	1.00		0.00	0.80	1.50	2.22	3.00	0.00	3.00	1.72	2.44	2.93	3.17	2.67	2.17	1.67	0.00	1.77
Total	0.47	4.00	1.05	0.53	1.03	1.50	2.65	0.14	2.03	1.66	1.46	1.99	2.71	1.46	2.83	1.41	0.00	1.28

Promedio General	1.28
-------------------------	-------------

Semaforización	Rango	Descripción
	0,0 - 1,9	Atención Máxima
	2,0 - 3,9	Atención Media
	4,0 - 5,0	Atención Leve



A continuación, se muestra el consolidado de los resultados para la autoevaluación del Sistema de Control Interno.

Tabla N° 4

Resultados consolidados

Nivel de Implementación del Sistema de Control Interno	1.28	En proceso de implementación
---	------	------------------------------

Componente	Puntaje
Ambiente de control	1.80
Evaluación de riesgos	0.67
Actividades de control gerencial	1.08
Información y Comunicación	1.98
Supervisión	1.77

Asimismo, se muestra la representación gráfica de los datos anteriormente mencionados, en las siguientes figuras:

Figura N° 1

Representación gráfica del nivel de implementación del Sistema de Control Interno por componente

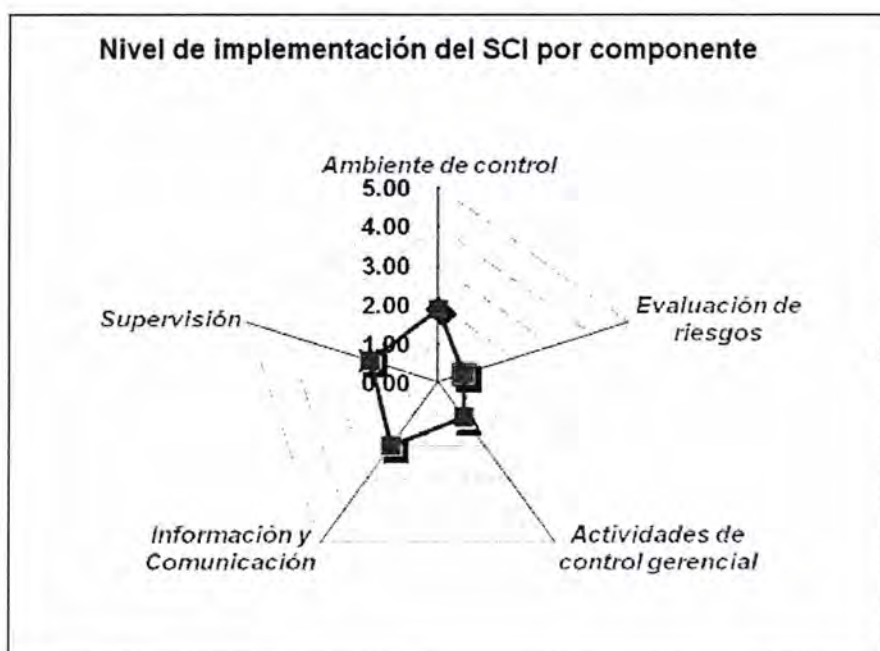
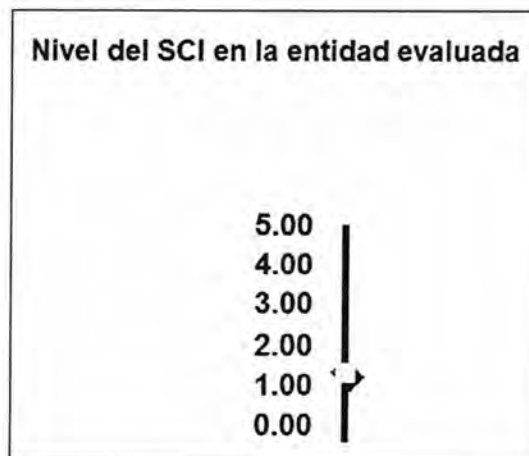


Figura N° 2

Representación gráfica del nivel del Sistema de Control Interno



A partir de los resultados mostrados, se puede interpretar que el Sistema de Control Interno se encuentra en proceso de implementación en la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Esto se debe a que algunos elementos de Control Interno han sido formalizados; sin embargo, se aprecia la necesidad de fortalecer la difusión del proceso de implementación en todas las instancias de la entidad.

Estos resultados alcanzados son congruentes con los resultados que en presente informe se consignan, dando cuenta que efectivamente el Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD) se encuentra en proceso de implementación, tal como se concluye en 7.1.

Finalmente, es necesario indicar que debe revisarse cada una de las calificaciones asignadas con el fin de que reflejen la realidad de la entidad sobre la base de evidencia documentada que sustente los puntajes consignados en la autoevaluación. Ello toda vez que, para el caso del componente de evaluación de riesgos, el puntaje alcanzado resulta siendo más bajo de lo que debería ser, de acuerdo con lo desarrollado por la Gerencia Central de Aseguramiento, considerando que dicha área a la fecha cuenta con una metodología de riesgos aprobada y desarrollada sobre los modelos de riesgos: COSO ERM, ISO 31000 y Modelo de Gestión de Riesgos Prospectivo Basado en Valor, la cual se viene implementando en los procesos que competen a esta gerencia. La Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, y la Gerencia Central de Finanzas han identificado y establecido algunos riesgos de sus procesos internos a través del uso de matrices de riesgo, permitiéndoles determinar los controles necesarios para mitigar los riesgos identificados; sin embargo, no cuentan con una metodología documentada ni formalmente aprobada.



4. ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA NORMATIVA

Para el análisis de la concordancia normativa fue necesario revisar la mayoría de las normas vigentes de la entidad, y clasificarlas de acuerdo a su competencia y relación con las Normas de Control Interno, aprobada por Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG.

Asimismo, cabe mencionar que las normas que regulan los aspectos técnicos específicos de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), no fueron considerados para la presente concordancia, debido a que el diagnóstico se realizó a un nivel de entidad, esto significa, que solo se consideró aquellas normas internas que regulan a toda la entidad en su conjunto o que afectan a más de un proceso.

Del mismo modo, se elaboraron tablas donde se agrupó las normas internas de la entidad con respecto a las Normas de Control Interno, tal como se muestra en el Anexo 1: Concordancia Normativa.



5. IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS, DEBILIDADES Y ASPECTOS A IMPLEMENTAR

De la revisión y análisis efectuados a la información recopilada en las diferentes áreas de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD) con respecto al Sistema de Control Interno, se obtuvo un conjunto de fortalezas y debilidades que fueron estructuradas de acuerdo a las Normas de Control Interno.

De igual forma, se identificaron aspectos necesarios a implementar que permitirán fortalecer el actual Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD).



Tabla N° 5

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.1 Filosofía de la Dirección - El accionar de parte de la Alta Dirección denota una actitud de apoyo permanente al Control Interno y al logro de sus objetivos, promoviendo la eficiencia, eficacia, transparencia en las operaciones y la calidad de los servicios que se prestan. - Reconformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), optimizando su operatividad para el mejor cumplimiento de sus funciones. - Suscripción del Acta de Compromiso de la plana ejecutiva de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno. - Realización de la "Cruzada por la Humanización en los Servicios de Salud", sensibilizando a los actores del sistema sobre la base de cuatro pilares fundamentales para una eficiente atención en la seguridad social: confianza, transparencia, compromiso y experiencia. - Inicio del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD). - Formulación e implementación de la Política de Buen Gobierno Corporativo, enfocando la gestión a través de criterios de eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad sobre los compromisos asumidos.		
	- Las instancias pertinentes no han desarrollado lineamientos, así como mecanismos que faciliten a los funcionarios de los diferentes órganos centrales, integrar el Control Interno a todos sus procesos, actividades y tareas. - Existe un segmento de los colaboradores de las diferentes unidades orgánicas, que no han logrado entender la importancia de la responsabilidad de ejercer y ejecutar los controles internos. - Ausencia de procedimientos adecuados que favorezcan la retroalimentación permanente entre el personal de dirección y los colaboradores. - Ausencia de lineamientos y mecanismos que faciliten a los responsables de los órganos centrales y de las unidades orgánicas que los conforman, promover, reconocer y valorar los aportes del personal, estimulando de esta forma la mejora continua en los procesos de la entidad. - Los diversos y prolongados conflictos laborales promovidos por diversos sindicatos del Seguro Social de Salud (ESSALUD), han influido negativamente las acciones desarrolladas por la entidad para el establecimiento de un ambiente de confianza. - No se ha culminado la elaboración del documento (Código de Buen Gobierno Corporativo), que compendie las diversas normas, principios y orientaciones que guían el accionar de la entidad, en consistencia con los principios de probidad, transparencia, rendición de cuentas y humanización de la atención, que viene implementando la Alta Dirección. - Se encuentran en proceso de implementación aproximadamente 750 recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	- Formular e implementar estrategias y acciones que faciliten a los funcionarios de los diferentes órganos centrales, integrar el Control Interno a todos sus procesos, actividades y tareas. - Reforzar las acciones de sensibilización en materia de Control Interno a los colaboradores de los diversos órganos centrales, con el propósito de que, entre otros aspectos, entiendan la importancia de la implementación en sus respectivos ámbitos de competencia de ejercer y ejecutar acciones controles internos. - Diseñar procedimientos adecuados que permitan la retroalimentación permanente entre el personal de dirección y los colaboradores, los mismos que deberán incluir mecanismos que faciliten a los responsables de los órganos centrales y de las unidades orgánicas que los conforman, promover, reconocer y valorar los aportes del personal, estimulando de esta forma la mejora continua en los procesos. - Disponer las acciones que sean necesarias a fin que en el menor plazo posible, se culmine con la elaboración del Código de Buen Gobierno Corporativo, debiendo el mismo ser aprobado a través del correspondiente acto resolutivo. - Establecer un procedimiento documentado y aprobado para el seguimiento y control de la implementación por parte de los diferentes órganos centrales y desconcentrados, de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control; así como evaluar la factibilidad de la utilización de un aplicativo que facilite la labor de seguimiento y control.



Tabla N° 6

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.2 Integridad y Valores Éticos		
- La Alta Dirección 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. - La Presidencia Ejecutiva, a través de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 296-PE-ESSALUD-2012, aprobó el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD), estableciendo los principios, deberes y prohibiciones, a las cuales deben sujetar su accionar los empleados públicos; siendo éste difundido a los colaboradores de la entidad a través de una plataforma virtual. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con el "Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en Seguro Social de Salud (ESSALUD) 2013-2014", a través del cual se implementan acciones de lucha contra la corrupción en la entidad, la afirmación de valores éticos y de Control Interno. - Implementación por parte de la Alta Dirección de una política de humanización de los servicios que brinda el Seguro Social de Salud (ESSALUD), orientada a fortalecer las habilidades y competencias de los colaboradores con un enfoque de humanización, con miras a mejorar la prestación de los servicios de salud que se brindan sobre la base de principios, valores y reconocimiento a la labor que desempeñan.	- Se ha evidenciado que existe un segmento de los colaboradores que, pese a la difusión llevada a cabo del Módulo Virtual del Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD), los responsables de los órganos centrales no cautelaron que el 100% de sus colaboradores lleven a cabo dicha sensibilización y capacitación. - Ausencia de lineamientos normativos que regulen la aplicación de incentivos y estímulos, así como los mecanismos de protección, a favor de quienes denuncien infracciones a las normas contenidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública. - El Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) tiene como vigencia los ejercicios 2013 y 2014, quedando, sin embargo, acciones por implementar sobre la materia, tales como: - Ausencia de una política o procedimiento de monitoreo y control con respecto de las verificaciones e inscripciones que se llevan a cabo en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido, así como el registro de los funcionarios responsables de tal labor en el ámbito nacional. - Las disposiciones internas referidas al régimen disciplinario y al procedimiento sancionador del Seguro Social de Salud (ESSALUD) no han sido actualizadas con respecto de las nuevas disposiciones que sobre la materia existen en la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil. - Ausencia de medidas de control en relación con los procesos disciplinarios seguidos a los empleados públicos de los distintos regímenes laborales, así como una base de datos actualizada del personal que ha sido sancionado en el ámbito nacional.	- Evaluar e implementar nuevas estrategias -que incluyan indicadores- para el cumplimiento y difusión del Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Para ello podría considerarse, entre otras, las siguientes acciones: - Comunicaciones a través del correo electrónico, mediante las cuales de manera didáctica se dé a conocer y se expliquen los temas incluidos en el Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD). - Charlas de capacitación y sensibilización dirigidas al personal en general, con énfasis en aquellos colaboradores que presten servicios en áreas susceptibles a actos de corrupción. - Elaboración de un documento suscrito por los trabajadores, mediante el cual declaren su conocimiento y compromiso de cumplimiento de los principios y deberes propios del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y de no incurrir en las prohibiciones incurridos en él. - Elaboración de encuestas de evaluación interna. - Diseñar, establecer, aplicar y difundir normas internas destinadas a implementar incentivos y estímulos para el adecuado cumplimiento del Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD); así como los mecanismos de protección a favor de quienes denuncien infracciones al mismo. - Aprobar un nuevo Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), sugiriéndose incluir como acciones a llevar a cabo en dicho marco, las siguientes:



		▪ Implementar una política o procedimiento para el monitoreo de los responsables de registrar la información propia del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido. ▪ Adecuación de las disposiciones en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador Interno, a las disposiciones emitidas sobre la materia en la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-TR. ▪ Que la normativa interna que se dicte sobre este extremo, considere la elaboración de una base de datos a nivel nacional que contenga la información de los procesos disciplinarios promovidos a los empleados públicos de los distintos regímenes laborales de la entidad. ▪ Se encargue al órgano a cargo del Sistema de Gestión de los Recursos Humanos, cautele el cumplimiento de las disposiciones sobre esta materia, emitiendo reportes periódicos sobre el estado situacional de los procesos disciplinarios en curso.
--	--	---



Tabla N° 7

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.3 Administración Estratégica - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con un Plan Estratégico Institucional (PEI) aprobado por su máxima instancia (Consejo Directivo), el mismo que establece la misión, visión y objetivos estratégicos para el periodo 2012 – 2016, sustentándose en valores y principios de la Seguridad Social. - Emisión del Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declaró en reorganización al Seguro Social de Salud (ESSALUD), a fin de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos, en el marco del derecho a la seguridad social y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia. En este marco, se emitió el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Diagnóstico y Propuestas", que contiene el resultado de la evaluación llevada a cabo, así como un conjunto de propuestas técnico-normativas para el mejoramiento de la gestión en materia de las prestaciones de salud, económicas y sociales, y para la gestión administrativa, incluidas en estas últimas sugerencias de modificaciones organizacionales (reestructuración interna). - En este marco y con el apoyo del Banco Mundial, en forma técnica, participativa y transparente, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) viene elaborando el Plan Maestro con el cual viene actualizando la misión, visión y valores de la entidad, en el contexto de la reforma sectorial y el aseguramiento universal en salud, y teniendo como priorización interna la de brindar servicios integrales con altos estándares de calidad y seguridad, con un buen gobierno corporativo, con humanización de la atención y recuperando la confianza de los asegurados. Y específicamente bajo las siguientes áreas prioritarias: (i) modelo de atención; (ii) modelo de gestión, (iii) separación de funciones, (iv) sostenibilidad financiera, y (v) modernización institucional.		
	- Existen segmentos de colaboradores que desconocen o no tienen claro los conceptos de misión, visión y los objetivos y metas institucionales, incluidos los de su propia unidad orgánica. - Algunas metas establecidas en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 no presentan avance en su cumplimiento. - Falta de un sistema informático que integre procesos asistenciales y administrativos que permita llevar un control de cumplimiento de metas. (Ejemplo: aprobación presupuestal, ejecución del proceso logístico, evaluación del impacto del producto contratado, cumplimiento de metas e indicadores). - La actual estructura orgánica no favorece el logro de los objetivos institucionales, al existir duplicidad de funciones entre áreas, vacíos en la asignación de funciones, carencia de separación de roles (prestador/asegurador), entre otros. - Limitada asignación de recursos humanos especializados para la implementación de unidades formuladoras para la formulación de proyectos de inversión pública a nivel nacional.	- Establecer flujos de comunicación y sensibilización de forma que los órganos centrales hagan conocer a sus colaboradores cuáles son los objetivos y metas de la organización, y su contribución con el cumplimiento de las mismas. - Evaluar y alinear el Plan Estratégico Institucional de acuerdo con los lineamientos que se vienen desarrollando en el Plan Maestro, con la finalidad de actualizar los objetivos estratégicos, las metas y los indicadores. - Implementar un Tablero de Control de Gestión (TGC), a través del cual se presente la información de eficacia desde tres visiones: (i) objetivos, (ii) responsables de cumplimiento, y (iii) criterios temáticos de ejecución de recursos (ejemplo: proyectos, programas). Asimismo, en cada visión se habría de analizar logros (rendición de cuentas) y metas (compromisos a futuro). - La Alta Dirección deberá cautelar que el nuevo esquema organizacional a aprobarse, se adecúe a los principios referidos en el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Diagnóstico y Propuestas". - Establecer los mecanismos institucionales necesarios, y otorgar la prioridad que corresponda para la atención de la necesidad de contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión.



- El Mapa de Macroprocesos, instrumento en el que se reflejará la estructura y relación de los diferentes procesos del sistema de gestión de la organización, divididos en Estratégicos, Misionales y de Soporte, igualmente se encuentra en elaboración en el marco del mencionado Plan Maestro. - El Plan Operativo Institucional (POI), que contiene las actividades operativas y las iniciativas que permiten alcanzar las metas de gestión, es formulado de acuerdo con los procedimientos documentados y autorizados. Este es aprobado por la autoridad competente conforme a los procedimientos aprobados y se encuentran alineados a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI), contando con la asignación de recursos respectiva. Su ejecución y cumplimiento es monitoreado a través de los procedimientos establecidos para tal fin, con el respectivo soporte tecnológico.		
--	--	--



Tabla N° 8
ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.4 Estructura Organizacional - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con una estructura organizacional formalmente definida tanto en lo que corresponde a sus órganos centrales como desconcentrados, contando con sus respectivos Reglamentos de Organización y Funciones (ROF). - En el marco del Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Diagnóstico y Propuestas", emitido en cumplimiento del Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declaró en reorganización al Seguro Social de Salud (ESSALUD), a fin de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos, en el marco del derecho a la seguridad social y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia; el Seguro Social de Salud (ESSALUD) tiene diseñada una propuesta de nueva estructura organizacional, la cual se encuentra en proceso de evaluación y aprobación. - Se encuentra aprobado un instrumento en el que se establecen los lineamientos para la implementación de una gestión por procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), el cual incluye la correspondiente metodología de aplicación (Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014). - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con un Cuadro para Asignación de Personal (CAP), cuyo reordenamiento fue aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 038-PE-ESSALUD-2014. - En el presente ejercicio los treinta y dos órganos desconcentrados han logrado la elaboración y aprobación de sus respectivos Manuales de Organización y Funciones (MOF).		
	- La nueva estructura organizacional del Seguro Social de Salud (ESSALUD) continúa en proceso de revisión para su aprobación por las instancias pertinentes. - El actual Cuadro para Asignación de Personal (CAP) se encuentra desactualizado. - Los Manuales de Organización y Funciones (MOF) de algunos órganos centrales, se encuentran desactualizados; mientras que los restantes no cuentan con dicho instrumento de gestión. - El proceso de formulación y aprobación de los Manuales de Organización y Funciones (MOF) de los órganos centrales que no los tienen, fue afectado negativamente como consecuencia del proceso de reorganización institucional aún en proceso, dado que la aprobación del nuevo organigrama implicará supresión de unidades orgánicas, creación de otras, traslado de unidades orgánicas y funciones, entre otros aspectos. - Si bien se cuenta con lineamientos para la gestión por procesos, su puesta en implementación recién se ha iniciado.	- Concretar la actualización de la estructura orgánica, redefiniendo líneas de autoridad y responsabilidad según establecen los procedimientos de cada unidad orgánica, considerando los roles y disposiciones contenidas en la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento. - Teniendo en cuenta las nuevas disposiciones sobre la materia contenidas en la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como las directivas sobre la materia, la Oficina Central de Asesoría Jurídica, la Gerencia Central de Gestión de las Personas, y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, deberán proponer a la Alta Dirección las acciones a seguir para la actualización de los documentos de gestión (CAP y MOF / MPP-CPE). - Dar prioridad a la aprobación del Mapa de Macroprocesos que permita identificar de acuerdo con la cadena de valor los procesos críticos de la entidad. - La Oficina Central de Planificación y Desarrollo deberá proponer a la Alta Dirección una estrategia acompañada de un Plan de Trabajo que incluya plazos de ejecución para la implantación de gestión por procesos, conforme a los "Lineamientos para la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014.

Tabla N° 9

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.5 Administración de los Recursos Humanos		
- La entidad cuenta con procedimientos internos aprobados y difundidos para la contratación del personal, para los concursos internos de promoción, así como para los desplazamientos internos. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) es una entidad de ámbito nacional, sólidamente estructurada sobre la base de su talento humano, el cual a enero del año en curso totaliza 51229 colaboradores, distribuidos en 32 órganos desconcentrados a escala nacional y la Sede Central. El énfasis en su composición es el 83% de personal asistencial versus 17% administrativo. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) tiene diseñado, aprobado e implementado una escala remunerativa con base en competencias, mejorando la equidad salarial interna y la competitividad salarial externa. - La entidad viene implementado un programa de incorporación de los recién egresados universitarios (tercio superior de las universidades de prestigio, con competencias alineadas a las competencias institucionales y a las necesidades de personal), previa evaluación conforme a las normas internas. - Se cuentan con procedimientos actualizados para la inducción del personal, que incluye el componente ético y la difusión de los principios y normas sobre esta materia. - Se cuentan con procedimientos documentados (aprobados y difundidos) para el otorgamiento de capacitaciones, asimismo se tiene aprobado un Plan de Capacitación (Plan de Desarrollo de las Personas). - Se cuenta con un Plan de Bienestar de Personal, el cual se viene ejecutando de acuerdo con las políticas de gestión de los recursos humanos.	- La Calificación de los Cargos, aprobada por Resolución Gerencia Central N° 361-GCRH-ESSALUD-2008, se encuentra desactualizada. - El Manual de Perfiles Básicos de los Cargos se encuentra desactualizado. - El actual Cuadro para Asignación de Personal (CAP) se encuentra desactualizado: comprende un reordenamiento de cargos al 2012, aprobado en el 2014 (Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 038-PE-ESSALUD-2014). - Si bien existe un Plan de Capacitación, éste no se encuentra enfocado a las competencias técnicas de cada área de la entidad. - No se tiene determinada la real necesidad de personal asistencial para el desarrollo de las prestaciones de salud. - No se ha evidenciado el establecimiento de indicadores que den cuenta de los avances y brechas en la modernización y profesionalización del recurso humano existente, como podrían ser: productividad (eficacia y eficiencia), transparencia: (meritocracia), y flexibilidad en la gestión (innovación). - Existencia de diversos y prolongados conflictos laborales promovidos por los diversos sindicatos del Seguro Social de Salud (ESSALUD). - El Reglamento Interno de Trabajo se encuentra desactualizado y no existe una concordancia entre las normas contenidas en él y la Ley del Código de Ética de la Función Pública. - No se cuenta con una evaluación del clima laboral de la entidad.	- Se plantea como necesario actualizar los documentos de gestión tales como el Manual de Perfiles de cargos, el Cuadro para Asignación de Personal, y el Manual de Organización y Funciones. Para este efecto, se deberá tener presente las nuevas disposiciones emitidas sobre la materia contenidas en la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM; como también lo señalado en segundo punto a implementar del subcomponente 1.4. "Estructura Organizacional", en relación a los diversos documentos de gestión; así como la nueva estructura organizacional a aprobarse. - Actualizar las normas de capacitación, que deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño. - Establecer una metodología que permita determinar las reales necesidades del personal asistencial. - Establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal. - Establecer lineamientos o procedimientos para el proceso de solución de controversias con las organizaciones sindicales. - Actualizar de Reglamento Interno de Trabajo, de acuerdo con la normatividad vigente. - Desarrollar una evaluación del clima laboral y establecer los planes de acción necesarios para cubrir las brechas identificadas. - Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos. Asimismo, disponer acciones inmediatas que garanticen la confiabilidad de los procedimientos de pagos de planillas, bajo el soporte de tecnologías de la información.



	No se cuenta con un sistema integrado que procese la planilla desde su entrada con datos provenientes de los órganos desconcentrados, y de salida como el archivo maestro de personal y la boletas de pago. Asimismo, se evidencia que los subprocesos de consolidación y validación, además de no estar integrados, corresponden a aplicativos obsoletos y tablas en hojas de cálculo.	
--	---	--

Tabla N° 10

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.6 Competencia Profesional		
- El Seguro Social de Salud (ESSALUD) tiene definidos, a través de su Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, los niveles de competencia para cada puesto de trabajo, y cuáles son las habilidades y conocimientos que se espera de quien ocupa dicho puesto. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) ha determinado los deberes y la naturaleza de los puestos, así como los tipos de personas (en término de capacidad y experiencia) que deben ser contratadas para ocuparlos. - El ingreso de los empleados públicos al Seguro Social de Salud (ESSALUD) se realiza previo proceso de selección, lo que permite mayores garantías de que el recurso humano reúna los conocimientos y habilidades indispensables para ocupar el puesto.	- Conforme se ha señalado precedentemente el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos se encuentran desactualizado. - Los lineamientos y normas que controlan el proceso de capacitación se encuentran pendientes de actualización. - Está pendiente la actualización de los perfiles de puestos considerando que deberán estar alineados al Manual de Organización y Funciones (MOF) vigente. - Se carece de una metodología definida para la capacitación del personal, que busque fortalecer las competencias profesionales en cada área técnica. Esta situación se debe a que no se efectúan evaluaciones de desempeño del personal, limitando conocer las necesidades técnicas y profesionales que requiere cada trabajador.	- Se deberá proceder a la actualización de los documentos de gestión tales como el Clasificador de Cargos, el Manual de Perfiles, entre otros., en los términos señalados en los puntos precedentes, cautelando que el mismo se encuentre alineado a la nueva estructura organizativa del Seguro Social de Salud (ESSALUD). - Se deberá actualizar Reglamento de Capacitación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el cual deberá estar de acuerdo con las competencias y el desempeño del personal. - Actualizar normas de capacitación, las cuales deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la evaluación del desempeño. - Implementar lineamientos y mecanismos a fin que los empleados públicos adquieran y mantengan un nivel de competencia que les permita entender la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento de un buen Control Interno, así como practicar sus deberes para poder alcanzar los objetivos de éste y la misión de la entidad.



Tabla N° 11
ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.7 Asignación de Autoridad y Responsabilidad		
- El Seguro Social de Salud (ESSALUD) cuenta con procedimientos documentados para la elaboración de instrumentos de gestión, en los que se indican las funciones del personal de las unidades orgánicas del Seguro Social de Salud (ESSALUD). - Los Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) de los distintos órganos centrales se encuentran publicados en la web para conocimiento de los colaboradores. - En el marco de la reorganización institucional dispuesta por el Decreto Supremo N° 027-2012-TR, se ha elaborado un proyecto de nueva estructura organizativa del Seguro Social de Salud (ESSALUD), teniendo en consideración para el efecto las recomendaciones contenidas en el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Diagnóstico y Propuestas". - El Manual de Organización y Funciones (MOF) describe en forma detallada y ordenada los cargos, establece las funciones, las relaciones de autoridad y responsabilidad, y fija los canales de comunicación y de coordinación específica para cada cargo.	- Los Reglamentos de Organización y Funciones (ROF) de los órganos centrales se encuentran desactualizados. - Los Manuales de Organización y Funciones (MOF) se encuentran desactualizados en el caso de algunos órganos centrales, y, en el caso de otros, éstos no han sido aprobados. - No se evidencia un registro documentado de las funciones, responsabilidades y tareas de cargo del personal de los diferentes órganos centrales. - No existe un registro documentado que dé cuenta de la delegación de funciones a los órganos ni a los funcionarios jerárquicamente dependientes, limitando con ello la vigilancia y control del delegante con el delegatario. - Como consecuencia de la falta de actualización del Manual de Políticas y Procedimientos, y la correspondiente interrelación con el Manual de Organización y Funciones (MOF), se deduce que determinadas líneas de autorización están pendientes de redefinirse apropiadamente.	- Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, sus perfiles y funciones de puestos, alineando los mismos a la nueva estructura organizativa. - Elaborar un registro de delegación de funciones a los órganos y los funcionarios, que incluya las responsabilidades de supervisión como de rendiciones de cuentas periódicas; debiendo precisar que la delegación de autoridad no exime a los funcionarios y servidores de la responsabilidad conferida como consecuencia de dicha delegación. Es decir, la autoridad se delega, en tanto que la responsabilidad se comparte. - Actualizar el Manual de Políticas y Procedimientos para que establezca claramente las líneas de autorización y de responsabilidad.



Tabla N° 12

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
1.8 Órgano de Control Institucional		
- El Seguro Social de Salud (ESSALUD), en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 217785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, tiene adecuadamente implementado su Órgano de Control Institucional. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD) anualmente, conforme a la normatividad sobre la materia, a través de la Sociedad de Auditoría Externa, lleva a cabo una auditoría a sus estados financieros. - El Seguro Social de Salud (ESSALUD), en el marco de lo recomendado en el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) - Diagnóstico y Propuestas" y en coordinación con la Jefatura de su Órgano de Control Institucional, ha llevado acciones orientadas a la descentralización del mismo a los órganos desconcentrados. - Se mantiene un convenio con la Contraloría General de la República en materia de control gubernamental para el mejoramiento de la gestión del Seguro Social de Salud (ESSALUD). - El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente los controles de los procesos vigentes e identifica oportunidades de mejora de acuerdo con su PAC. - El Órgano de Control Institucional participa en calidad de veedor en el Comité de Implementación Sistema de Control Interno. - El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente el grado de implementación del Sistema de Control Interno, formulando las recomendaciones de mejora correspondientes.	- Está pendiente la continuación de la implementación de los Órganos de Control Institucional descentralizados en el ámbito nacional. - El Órgano de Control Institucional no cuenta con suficiente capacidad operativa. - La casi totalidad de órganos centrales no han podido documentar reportes, cuadros o documentos similares, con respecto de las acciones de seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control, dificultando la implementación de las recomendaciones. - Se encuentra en proceso de implementación aproximadamente 750 recomendaciones del Órgano de Control Institucional, acumuladas durante años anteriores.	- Implementar progresivamente los Órganos de Control Institucional descentralizados en el ámbito nacional, en coordinación con la Jefatura de dicha oficina y de acuerdo a la disponibilidad de recursos. - Evaluar la posibilidad de reforzar la capacidad operativa (recursos humanos) de acuerdo con las necesidades del Órgano de Control Institucional, a las posibilidades institucionales. - Establecer procedimientos internos, en coordinación con el Órgano de Control Institucional, que garanticen la implantación oportuna de las recomendaciones derivadas de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. - Establecer un procedimiento documentado y aprobado para el seguimiento y control de la implementación por parte de los diferentes órganos centrales y desconcentrados, de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control; asimismo, evaluar la factibilidad de la utilización de un aplicativo que facilite la labor de seguimiento y control.



- El personal del Órgano de Control Institucional cuenta con experiencia en la evaluación y conocimiento del Control Interno en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), de acuerdo con las distintas directivas de Control Interno emitidas por el Sistema Nacional de Control.
- La Gerencia Central de Logística cuenta con un aplicativo que permite administrar el seguimiento de las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.



Tabla N° 13

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
2.1 Planeamiento de la Administración de Riesgos		
Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones: - Viene desarrollando la identificación de riesgos de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO/IEC 17799. Gerencia Central de Finanzas: - Identificó y valoró los riesgos de acuerdo con la metodología de la Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", y con el COSO (Carta N° 08-GIF-GCF-ESSALUD-2014). Gerencia Central de Aseguramiento: - Cuenta con dos unidades encargadas de la Gestión de Riesgos: Oficina de Gestión de Riesgos, y la Oficina de Apoyo y Control de Gestión. - Cuenta con una metodología para la gestión de riesgos, la cual ha sido elaborada sobre la base del marco COSO ERM, ISO 3100 y Modelo de Gestión de Riesgos Prospectivo con base en valor (Resolución de Gerencia Central N° 16-GCAS-ESSALUD-2014).	- Si bien la Gerencia Central de Aseguramiento y la Gerencia Central de Finanzas, respectivamente, así como la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, cuentan con metodologías para la gestión de riesgos, es necesario que éstas estén estandarizadas e integradas. - No se cuenta con un Plan de Gestión de Riesgos. - La planificación de las áreas no incorporan formal y documentalmente los aspectos de prevención y gestión de riesgos. - No se evidencia que en las acciones de capacitación que se implementan se incluyan aspectos relacionados a la gestión de riesgos.	- Revisar y estandarizar las metodologías de gestión de riesgos existentes en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), para lo cual se deberá evaluar si se considerará utilizar el Manual de Gestión de Riesgos, procedimiento y formatos elaborados por la Gerencia Central de Aseguramiento o elaborar un nuevo modelo integrado para toda la entidad, que establezca la metodología de gestión de riesgos, definiendo cómo se planificará, identificará, valorará y dará respuesta a los riesgos. También deberá considerarse: - Metodología: que incluye los métodos, herramientas y fuentes de información a utilizarse para realizar la gestión de riesgos. - Roles y responsabilidades: definición del líder y miembros de equipo para cada tipo de actividad del plan de gestión de riesgos, asignación de personas a cada rol y determinación de sus responsabilidades. - Periodicidad: definición del momento y frecuencia con la que se realizará el proceso de gestión de riesgos durante la implementación. - Matriz de ponderación (probabilidad e impacto): priorización de los riesgos en función a la probabilidad de ocurrencia e impacto. - Criterios de evaluación del riesgo: definir los criterios operativos, técnicos, regulatorios, legales, financieros, sociales, etc., con los cuales se evaluará el riesgo. - Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos (Plan de Actividades) que comprenda las actividades que se desarrollarán anualmente en la entidad para la implementación de la metodología de gestión de riesgos.

		- Conformar un equipo implementador que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica. - Efectuar cursos especializados en gestión de riesgos para el personal encargado de la implementación, así como charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal.
--	--	--



Tabla N° 14
ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
2.2 Identificación de Riesgos Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones: - Cuenta con el documento "Plan de Seguridad ante Contingencias en el Centro de Cómputo de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", documento que identifica algunos riesgos de seguridad. - Cuenta con una matriz en la que se identifica algunos riesgos de seguridad de la información. Gerencia Central de Finanzas: - Tiene identificados riesgos de la Gerencia de Inversiones Financieras, los cuales están clasificados como riesgos operativos, tecnológicos y financieros (Carta N° 08-GIF-GCF-ESSALUD-2014). - Gestiona el riesgo de mercado, producto de las inversiones de fondos. Gerencia Central de Aseguramiento: - Cuenta con formatos y procedimientos para la identificación de riesgos (Resolución de Gerencia Central N° 16-GCAS-ESSALUD-2014).	- No están identificados los riesgos significativos para cada objetivo estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento. - Si bien la Gerencia Central de Aseguramiento, la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, así como la Gerencia Central de Finanzas, han identificado diversos riesgos relacionados con los procesos que administran, aún está pendiente la estandarización de una metodología uniforme para toda la entidad que permita identificar adecuadamente los diferentes tipos de riesgos que afectan a la entidad. - No cuenta con un equipo especializado en riesgos que permita sean facilitadores para la identificación de los riesgos en cada proceso del Seguro Social de Salud (ESSALUD), excepto en la Gerencia Central de Aseguramiento.	- Establecer un proceso de identificación de riesgos, el cual deberá ser permanente, interactivo e integrado con el proceso de planeamiento. Este proceso deberá tomar como punto de partida los objetivos estratégicos de la entidad. - Se deberá identificar los riesgos generales a nivel de entidad y los riesgos de cada proceso; asimismo, se deberá considerar, entre otras, las siguientes técnicas para la identificación de riesgos: - Tormenta de ideas. - Técnica Delphi (metodología para buscar consensos entre los responsables de gestionar el riesgo). - Cuestionarios o encuestas. - Entrevistas. - Análisis de fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas, tomando en consideración los aspectos externos e internos con influencia sobre la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad, tales como factores económicos, factores políticos, factores regulatorios, factores sociales, capacidad de dirección, capacidad técnica, infraestructura, entre otros. - Diagramación Ishikawa para la identificación de las causas de los riesgos. - Conformar un equipo implementador que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.



Tabla N° 15

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
2.3 Valoración de los Riesgos		
Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones: - Cuenta con el documento "Plan de Seguridad ante Contingencias en el Centro de Computo de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", documento que identifica algunos riesgos de seguridad y que cuenta con una evaluación cualitativa de la probabilidad y la severidad. Gerencia Central de Finanzas: - Cuenta con una matriz de riesgo-control donde se valoran los riesgos de acuerdo con la metodología de la Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", y de acuerdo con COSO (Carta N° 08-GIF-GCF-ESSALUD-2014). Gerencia Central de Aseguramiento: - Cuenta con formatos y procedimientos para la valoración de riesgos (Resolución de Gerencia Central N° 16-GCAS-ESSALUD-2014).	- En el desarrollo de las actividades, no se ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia), ni el efecto que pueden ocasionar (impacto). - Se carece de una escala cualitativa y cuantitativa estándar que permita valorar los riesgos.	- Establecer un proceso de valoración de los riesgos identificados, mediante la cuantificación de la probabilidad de ocurrencia y del impacto o efecto de cada riesgo en las operaciones de la entidad. El proceso de valoración de los riesgos debe considerar, entre otros, lo siguiente: - El establecimiento de una escala cualitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo. - Matriz de determinación de niveles de riesgos en función de la valoración tanto de la probabilidad de ocurrencia como del efecto de cada riesgo. - Establecer y documentar los criterios utilizados para el establecimiento de las escalas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de las combinaciones de probabilidad e impacto que determinan la ponderación del riesgo.



Tabla N° 16

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
2.4 Respuesta al Riesgo		
Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones: - Cuenta con el documento "Plan de Seguridad ante Contingencias en el Centro de Computo de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", documento que identifica algunos riesgos de seguridad, así como sus planes de acción de prevención según cada riesgo. - Cuenta con una matriz que identifica algunos riesgos de seguridad de la información, así como los controles que darían respuesta a los riesgos. Gerencia Central de Finanzas: - Cuenta con matrices de causa-efecto y de riesgo-control. En ellas se identifican los riesgos de la Gerencia de Inversiones Financieras, los cuales están clasificados como riesgos operativos, tecnológicos y financieros (Carta N° 08-GIF-GCF-ESSALUD-2014). Gerencia Central de Aseguramiento: - En las matrices de riesgo-control se presentan las respuestas a los riesgos según corresponda.	- Si bien la Gerencia Central de Aseguramiento plantea una metodología para la respuesta a los riesgos, es necesario que se defina si ésta será asumida por toda la entidad. - No se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados. - No cuenta con un nivel de riesgo aprobado que permita determinar el riesgo residual aceptable.	- Se deberá establecer una metodología estándar para dar respuesta a los riesgos identificados en la entidad. - Establecer las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender el análisis costo-beneficio de los mismos. Las estrategias de respuesta al riesgo podrán ser las siguientes: - Evitar el riesgo - Reducir el riesgo - Compartir o transferir el riesgo - Asumir el riesgo - Se debe efectuar una evaluación del riesgo residual, el cual deberá estar alineado con la tolerancia y apetito al riesgo que defina la entidad.



Tabla N° 17

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.1 Procedimientos de Autorización y Aprobación		
- ESSALUD cuenta con Reglamento de Organización y Funciones, en el que se observa las funciones de autorización y sistemas a cargo de cada área. - Se cuenta con Manuales de Organización y Funciones que describen las funciones de autorización y aprobación que debe realizar cada trabajador a fin de cumplir con las metas programas en cada área de ESSALUD. - Las distintas directivas y procedimientos con las que cuenta ESSALUD, de igual manera, regulan las actividades de autorización y aprobación. - A partir de las entrevistas realizadas se tiene indicios que el personal de ESSALUD percibe que la ejecución de procesos, actividades o tareas cuenta siempre con la autorización y aprobación de los funcionarios con el rango de autoridad respectivo.	- Si bien se tienen procedimientos de autorización y aprobación documentados en algunos procesos y actividades. Existen aún diversos procesos pendientes de elaborar y actualizar. - Los procedimientos de autorización y aprobación establecidos en los procesos, no han sido adecuadamente comunicados a los trabajadores.	- Como parte de la mejora de los procesos y la identificación de riesgos, se deberá revisar y evaluar los niveles de autorización y aprobación que requieren ser implementados en cada proceso. - Efectuar la entrega a todos los trabajadores los documentos de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas, lo cual se podrá realizar a través de sus Gerencias o Jefaturas.



Tabla N° 18

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.2 Segregación de Funciones		
- La separación de funciones está definida en la estructura orgánica y en la descripción de cargos en ESSALUD. - Los niveles de dirección y jefatura, contemplan la conveniencia de rotar sistemáticamente las labores entre quienes realizan tareas o funciones afines, siempre y cuando la naturaleza de tales labores permita efectuar tal medida. - En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de los Órganos Centrales, se establecen las atribuciones funcionales de las unidades orgánicas de éstos. - En los Manuales de Organización y Funciones MOF) existentes, se advierte la aplicación de la norma de segregación de funciones, al no evidenciarse concentración en un mismo cargo de todas las fases de una determinada operación o procedimiento.	- No se tiene evidencia que se esté efectuando una evaluación que permita identificar si dentro de los procesos operativos, actividades y tareas que se desarrollan en ESSALUD, se cumple con una adecuada segregación de funciones o por el contrario existen incompatibilidad de funciones, es decir: - Funciones que permiten a una sola persona tener el control completo de un proceso o transacción - Supervisiones ejercidas por el mismo que efectúa la transacción o proceso - No autorización de otro empleado calificado e independiente, en los procesos y transacciones realizadas en la institución. - Esta norma se ve debilitada por la ausencia de Manuales de Organización y Funciones - MOF aprobados en algunos Órganos Centrales. - Ausencia de política de rotaciones periódicas del personal en puestos susceptibles a riesgos de fraudes.	- Identificar las actividades y tareas que se realizan en las áreas de la institución y evaluar si existen funciones incompatibles que no permitan realizar una adecuada segregación de funciones. Las actividades, transacciones y tareas que serán evaluadas son producto de funciones de: - Autorización - Procesamiento - Revisión - Control - Custodia - Registro de operaciones - Archivo de la documentación - Establecer políticas y procedimientos para la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude (v.g. manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros).



Tabla N° 19

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.3 Evaluación Costo-Beneficio		
Se han desarrollado acciones en relación a esta norma de control, estableciéndose de forma documentada disposiciones, criterios metodológicos para la identificación, evaluación, registro y priorización de necesidades de inversión en la entidad. Estas medidas ayudan a definir el costo y beneficio de las inversiones (Directiva N° 10-GG-ESSALUD 2014, aprobada mediante Resolución N° Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2014).	La presente norma debe ser igualmente aplicada en los procesos, actividades y tareas que desarrollan los servidores de las diversas unidades orgánicas. No se evidencia la existencia de políticas y procedimientos de revisión o actualización periódica de los controles existentes.	Establecer y difundir lineamientos documentados para la realización de análisis costo/beneficio, en forma previa a las decisiones sobre la implementación de controles en los procesos, actividades y tareas, particularmente en aquellos considerados críticos, con la finalidad de garantizar que dicha decisión no afectará la eficiencia y eficacia de la organización. Tales lineamientos deberán considerar la aplicación de procedimientos de revisión o actualización periódica de los controles existentes.



Tabla N° 20

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.4 Contrales sobre el Acceso a Recursos o Archivos		
- Se cuenta con Normas para la administración y uso del correo electrónico y los servicios de Internet (Directiva N° 05-CG-ESSALUD-2003), donde se establece los lineamientos sobre el acceso a los correos electrónicos asignados al personal autorizado. - Se cuenta con Normas para el control de acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD (Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005), donde se establece los lineamientos que regulan los niveles de responsabilidad y supervisión sobre los ingresos y restricciones a los sistemas de información de la institución. - Se cuenta con Normas para la administración de los bienes patrimoniales de ESSALUD (Directiva de Gerencia General N° 025-CG-ESSALUD-2011), donde se establece los lineamientos para la administración y responsabilidad que tiene cada trabajador sobre los bienes de la institución asignados. - Se cuenta con Normas para el uso y cuidado de las computadoras personales (PC's) y periféricos, los cuales están destinados para el uso de personal autorizado y cuentan con claves de acceso. (Directiva N° 003-GCIN-ESSALUD 2001).	- Si bien existen algunos lineamientos que permite el control de los accesos a los recursos y a la información institucional, es necesario revisar y fortalecer las mencionadas normas considerando que la mayoría de estas tienen más de 9 años de su emisión. - Se tiene pendiente la implementación de una política de seguridad de la información, así como la determinación e implementación de controles de TI que permitan asegurar el control al acceso de los Sistemas de Información por parte de personal no autorizado.	- Revisar y mejorar los lineamientos establecidos por la entidad para la adecuada custodia de los recursos o archivos, determinando controles de entrada, salida y mantenimiento de los recursos o archivos. - Implementar la Gestión de Seguridad de la Información, el cual implica establecer políticas y controles de TI para resguardar los accesos de la información institucional.



Tabla N° 21

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.5 Verificaciones y Conciliaciones - El ESSALUD cuenta con diversos documentos internos que establecen la aplicación de controles de verificación y conciliación en los procesos, actividades y tareas de ESSALUD, tales como: MOF, ROF, TUPA. - Se realizan conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos, y conciliaciones entre reportes operativos y contables. - Se cuenta con Normas para la administración de los bienes patrimoniales de ESSALUD (Directiva de Gerencia General N° 025-CG-ESSALUD-2011), donde se establece lineamientos para la conciliación semestral de los bienes patrimoniales que se efectuará con la Gerencia de Contabilidad.		
Se cuenta con Normas para la administración de los bienes patrimoniales de ESSALUD (Directiva de Gerencia General N° 025-CG-ESSALUD-2011), donde se establece lineamientos para la conciliación semestral de los bienes patrimoniales que se efectuará con la Gerencia de Contabilidad.	- Si bien existen actividades de verificación y conciliación establecidos en los procesos y directivas de la Entidad. Es necesarios que éstas se revisen e implementen como producto de una evaluación de riesgos en cada proceso. - No se evidencia que el personal efectúe actividades de verificación y conciliación como parte de los procedimientos que realiza.	- Disponer se efectúe la revisión de los procesos para determinar la implementación de actividades de control de verificaciones y conciliaciones según corresponda. Esta determinación deberá tener como base la evaluación de riesgos del proceso. - Emitir instrucciones expresas y formales para que el personal adopte la buena práctica de realizar actividades de verificación y conciliación en las principales actividades y tareas que realiza, con la finalidad de detectar posibles errores, o inconsistencias.



TABLA N° 22

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.6 Evaluación de Desempeño		
- La entidad cuenta con indicadores de desempeño del plan estratégico y de su plan operativo; y efectúa un seguimiento apropiado a los mismos - Se cuenta con lineamientos para el Seguimiento y Evaluación del Plan Operativo Institucional, el cual se viene cumpliendo. - Se cuenta con lineamientos para la formulación y evaluación del Plan Estratégico y de los Planes Anuales de Gestión Institucional (Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011). - 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.	- Ausencia de indicadores definidos, aprobados y documentados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas. - No se ha evidenciado el establecimiento de indicadores que den cuenta de los avances y brechas en la modernización y profesionalización del recurso humano existente, como podrían ser: productividad (eficacia y eficiencia); transparencia: (meritocracia); flexibilidad en la gestión (innovación). - El Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud, aprobado por Resolución N° 1046-PE-ESSALUD-2004 se encuentra desactualizado.	- Establecer indicadores en los procesos, con la finalidad de medir la eficacia y eficiencia de las operaciones. - Establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal. (IDEM 1.5) - Actualizar las disposiciones referidas a la gestión del desempeño, teniendo en cuenta la nueva normativa sobre la materia: Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057), y su Reglamento (Decreto Supremo N° 040-2014-TR).



Tabla N° 23

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.7 Rendición de Cuentas		
- ESSALUD viene realizando audiencias públicas donde se expone las actividades que se vienen realizando para la mejora de la gestión de la entidad (uso de los recursos y bienes del Estado, cumplimiento misional de los objetivos institucionales, y logro de los resultados esperados). - ESSALUD elabora y publica Memoria Institucional Anual. - ESSALUD publica información financiera y presupuestal actualizada, la misma que está disponible para los ciudadanos (Portal de Transparencia). - Se cumple con lo establecido en la Resolución de Contraloría N° 332-2007-CG donde se aprueba la Directiva N° 004-2007-CG/GDES Rendición de cuenta de los titulares, se presentó el Informe Anual de Rendición de Cuentas del Titular 2013. - Se cuenta con lineamientos que regulan la rendición de cuenta de viáticos por Viajes por Comisión de Servicio.	- ESSALUD no ha definido los resultados de gestión que deberían estar sujetos a rendición de cuentas. - Las rendiciones de cuenta a través de audiencias públicas que lleva a cabo la Alta Dirección, no se encuentran reguladas a través de un instrumento interno que asegure la continuidad de dicha buena práctica.	- Establecer políticas internas que identifiquen los recursos y bienes sobre los cuales los responsables de manejo, están obligados a rendir cuentas al nivel de supervisión correspondiente. Asimismo, esta política debe mencionar cuales son los reportes de gestión críticos según las operaciones del ESSALUD y sobre los cuales la Alta Dirección requiere ser informada con una periodicidad establecida. - Se regule a través del correspondiente instrumento interno, el sistema de rendiciones de cuenta a través de audiencias públicas implantado por la Alta Dirección, en orden a asegurar la continuidad de dicha buena práctica por parte de los responsables de la gestión.



Tabla N° 24

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.8 Documentación de Procesos, Actividades y Tareas		
- Se cuenta con Directivas, Políticas y Manuales donde se registra las actividades y tareas que realiza cada área según su función. - ESSALUD viene elaborando el Mapa de Macroprocesos, así como viene coordinando con las áreas para documentar sus procesos. - Se cuenta con Directiva N° 09-GG_ESSALUD-2014, donde se establecen lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD. En el presente documento se proporcionan los criterios técnicos uniformes que facilitan la implementación de la gestión por procesos, asimismo, se incluye los aspectos del diseño, documentación, y mejora de los procesos en la entidad.	- Si bien se cuenta con algunos procesos definidos y documentados, la mayoría de procesos de los órganos centrales tiene pendiente su actualización, diseño y documentación. - Se tiene pendiente el establecimiento de un Mapa de Procesos Institucional. - No se tiene identificado los procesos críticos de la institución. - Existen tareas y actividades informales dentro de algunas áreas que carecen de documentación sustentadora.	- Emitir y aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual deberá estar formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad para la implementación de la Gestión por Procesos. - Concluir con la elaboración y la correspondiente aprobación del Mapa de Macroprocesos que incluyan los procesos en estratégicos, misionales y de apoyo. - Identificar los procesos críticos para ESSALUD. - Emitir instrucciones o pautas para que las tareas, actividades y procesos que realicen los servidores y funcionarios, cuenten con evidencia documental a través de informes, memorandos, u otro medio similar.



Tabla N° 25

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.9 Revisión de Procesos, Actividades y Tareas		
Se cuenta con Directiva N° 09-GG_ESSALUD-2014, donde se establecen lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD. En el presente documento se proporcionan los criterios técnicos uniformes que facilitan la implementación de la gestión por procesos, asimismo, se incluye los aspectos del diseño, documentación, y mejora de los procesos en la entidad.	- No se evidencia la existencia de revisiones periódicas de los procesos, procedimientos, actividades o tareas, con el fin de determinar si estos se desarrollan con eficiencia y eficacia. - Ausencia de indicadores definidos, aprobados y documentados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas.	- Contar con registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, etc.). - Establecer indicadores en los procesos, con la finalidad de medir la eficacia y eficiencia de las operaciones. (IDEM 3.6).



Tabla N° 26

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
3.10 Controles para las TIC		
- ESSALUD cuenta con lineamientos generales sobre las políticas de seguridad informática (Directiva N° 236-GG-ESSALUD-2005). - ESSALUD cuenta con respaldo (Backus) de la información crítica. - Se cuenta con un Plan de contingencias aprobado. - Se cuenta con adecuado servicio de soporte técnico para las TIC. - Se cuenta con Normas para la administración y uso del correo electrónico y los servicios de internet (Directiva N° 05-CG-ESSALUD-2003), donde se establece los lineamientos sobre el acceso a los correos electrónicos asignados al personal autorizado. - Se cuenta con Normas para el control de acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD (Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005), donde se establece los lineamientos que regulan los niveles de responsabilidad y supervisión sobre los ingresos y restricciones a los sistemas de información de la institución. - Se cuenta con Normas para el uso y cuidado de las computadoras personales (PC's) y periféricos, los cuales están destinados para el uso de personal autorizado y cuentan con claves de acceso. (Directiva N° 003-GCIN-ESSALUD 2001). - Se cuenta con una norma para brindar seguridad a los servidores de las redes de informática (Directiva N°-01-GCOI-ESSALUD-2003).	- No se acredita que los perfiles de usuarios hayan sido creados de acuerdo a las funciones de los servidores. - No se cuenta con un Plan de Continuidad de Negocios, que permita determinar los procedimientos o planes de acción que seguirá la institución para dar continuidad a sus operaciones en caso de riesgos de desastres o siniestros. - Se tiene implementado políticas de seguridad de la información y otras normas que establecen controles de TI, sin embargo, se tiene pendiente completar la implementación de la Gestión de Seguridad de la Información según lo normado en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO/IEC 17799.	- Efectuar las revisiones de los lineamientos que regulan la adecuada acreditación de los perfiles de usuarios de los sistemas considerando las actuales funciones de su cargo. - Establecer un Plan de Continuidad de Negocios, que detalle los procesos críticos para la continuidad, y las acciones necesarias para continuar operando. Asimismo, se deberá establecer un plan de pruebas para la evaluación de la efectividad del plan de continuidad establecido, las cuales deberán ser adecuadamente documentadas. - Continuar con la implementación de la Gestión de la Seguridad de la Información, que permita establecer políticas y controles de seguridad y resguardo de la información de la institución.



Tabla N° 27

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.1 Funciones y Características de la Información		
- Se cuenta con lineamientos para el control de documentos de acuerdo al Sistema de Gestión de Calidad de Aseguramiento, de acuerdo a las etapas de elaboración, revisión, aprobación, distribución, mantenimiento y actualización. - Se cuenta con política y responsabilidad para publicar información en el Portal Intranet de ESSALUD (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2005), la presente normativa busca facilitar la comunicación entre el personal de la institución y el intercambio de documentación o información a través de los servicios del Portal de Intranet, asimismo, precisa sobre la responsabilidad de la información que se publica, con respecto a su redacción, veracidad, exactitud y alcance. - Se cuenta con Manual de Prensa y comunicación (Resolución N° 08-ORI-ESSALUD-2011), el mencionado documento tiene como propósito uniformizar la comunicación interna y externa de ESSALUD, asimismo, se detalla el tratamiento y administración que debe tener las noticias, comunicados, informes y publicaciones, entre otros, que origina la institución.	- Si bien existe un buen manejo de la información, se debe señalar que no se ha podido evidenciar normas que regulen de manera formal las funciones y características de la información. - Si bien se cuenta con norma que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD – 2003, esta se encuentra desactualizada y su aplicación no se ajusta a la documentación e información que administra la entidad.	- Establecer normas internas que regulen las funciones y características de la información, tales como: - Integridad - Oportunidad - Actualización - Exactitud - Accesibilidad - Asimismo, se deberá Diseñar y ordenar la información para cada uno de los niveles de la entidad, a fin de facilitar su acceso y utilización; y cubrir aspectos financieros y de gestión. - Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario. - Regular la adecuada distribución de todos los documentos. - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD.



Tabla N° 28

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.2 Información y Responsabilidad		
- Se tiene acceso a las fuentes internas que proveen información a la entidad (informes, comunicaciones diversas, entre otros). - Se cuenta con una base de datos que aloja algunos documentos digitalizados de ESSALUD, a disposición de los trabajadores. - Se cuenta con una Directiva actualizada para la atención de solicitudes de acceso a la información y con normas internas que designan a los responsables de brindar la información y los funcionarios encargados de clasificar la información secreta y reservada. - Se cuenta con lineamientos para el control de documentos de acuerdo el Sistema de Gestión de Calidad de Aseguramiento, de acuerdo a las etapas de elaboración, revisión, aprobación, distribución, mantenimiento y actualización. - Se cuenta con política y responsabilidad para publicar información en el Portal Intranet de ESSALUD (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2005), la presente normativa busca facilitar la comunicación entre el personal de la institución y el intercambio de documentación o información a través de los servicios del Portal de Intranet, asimismo, precisa sobre la responsabilidad de la información que se publica, con respecto a su redacción, veracidad, exactitud y alcance.	- No se pudo evidenciar la existencia de normas internas que regulen y orienten formalmente las fases que deben seguirse para la producción y manejo de la información. - No se identificaron lineamientos que especifiquen la realización de inventarios de la información que genera cada área, así como la clasificación de dicha información según criterios que permita diferenciar una información pública, privada, crítica, sensible.	- Establecer políticas para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal. Estas políticas deberán: - Contemplar la comunicación directa con el personal, cuando sea posible - Generar un clima de confianza mutua - Dejar constancia de la comunicación de los problemas detectados - Establecer lineamientos para que cada unidad elabore un inventario de su información (acervo documental físico y electrónico) definiendo al responsable, la periodicidad y clasificación de la información, con el objetivo de identificar aquella de carácter confidencial y adoptar las medidas de protección correspondientes.



Tabla N° 29

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.3 Calidad y Suficiencia de la Información		
- Se cuenta con una base de datos que aloja algunos documentos digitalizados de ESSALUD, a disposición de los trabajadores. - Las solicitudes de información interna para el cumplimiento de las funciones suelen atenderse de acuerdo con los requerimientos del usuario asegurando la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información, aunque ello no se encuentre normado formalmente. - Se cuenta con lineamientos para el control de documentos de acuerdo al Sistema de Gestión de Calidad de Aseguramiento, de acuerdo a las etapas de elaboración, revisión, aprobación, distribución, mantenimiento y actualización. - Se cuenta con política y responsabilidad para publicar información en el Portal Intranet de ESSALUD (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2005), la presente normativa busca facilitar la comunicación entre el personal de la institución y el intercambio de documentación o información a través de los servicios del Portal de Intranet, asimismo, precisa sobre la responsabilidad de la información que se publica, con respecto a su redacción, veracidad, exactitud y alcance. - Se cuenta con Manual de Prensa y comunicación (Resolución N° 08-ORI-ESSALUD-2011), el mencionado documento tiene como propósito uniformizar la comunicación interna y externa de ESSALUD, asimismo, se detalla el tratamiento y administración que debe tener las noticias, comunicados, informes y publicaciones, entre otros, que origina la institución. - Se cuenta con Normas para la formulación y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) en ESSALUD (Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2008), en donde se el marco de acción y los pasos a seguir y las características que debe tener el ROF.	- No se ha identificado mecanismos formales que permitan asegurar la calidad y suficiencia de la información. - Si bien se cuenta con norma que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD – 2003, esta se encuentra desactualizada y su aplicación no se ajusta a la documentación e información que administra la entidad.	- Desarrollar procedimientos para la evaluación periódica de la calidad de la información generada por las diferentes unidades orgánicas de ESSALUD, con el objeto de asegurar que dicha información es íntegra y confiable. - Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario. - Regular la adecuada distribución de todos los documentos. - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD. (IDEM 4.1).

- Se cuenta con Normas para la formulación, aprobación y actualización del Manual de Organización y Funciones (MOF) en ESSALUD (Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013), en donde se el marco de acción y los pasos a seguir y las características que debe tener el ROF.



Tabla N° 30

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS
COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.4 Sistemas de Información - Se cuentan con lineamientos que regulan los niveles de responsabilidad y supervisión sobre los ingresos y restricciones sobre el ingreso a dichos sistemas. - Se cuenta con un Plan de Seguridad ante Contingencias en el Centro de Cómputo de la Sede Central de ESSALUD. - Se cuenta con un Portal de Intranet, que captura y procesa datos, además de intercambiar información de manera oportuna. Esto permite la conducción y el control de la gestión. - ESSALUD cuenta con lineamientos generales sobre las políticas de seguridad informática (Directiva N° 236-GG-ESSALUD-2005). - Se cuenta con norma para brindar seguridad a los servidores de las redes de informática (Directiva N°-01-GCOI-ESSALUD-2003). - Se cuenta con Normas para el control de acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD (Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005), donde se establece los lineamientos que regulan los niveles de responsabilidad y supervisión sobre los ingresos y restricciones a los sistemas de información de la institución. - Se cuenta con Norma de seguridad física y del entorno de ESSALUD (Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2006), la cual regula el uso de los mecanismos de prevención y detección destinados a proteger físicamente los equipos informáticos, equipos auxiliares, sistemas de comunicación, medios de almacenamiento y las áreas donde se encuentran dichos equipos y dispositivos.	Los Sistemas de Información no 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.	- Establecer lineamientos y políticas para que todo SISTEMA DE INFORMACIÓN, que se adquiere o desarrolle, cumpla con ciertos estándares de calidad: - Ser realizado con base en los requerimientos de información que soliciten las áreas y funcionarios del ESSALUD para cumplir sus obligaciones y responsabilidades con mayor eficiencia y eficacia - Perfiles de usuario para controlar el acceso del personal de la institución al sistema y a la información que le concierne, según los privilegios y limitaciones del perfil al que pertenece - Manual de usuario del sistema que permita dar a conocer a los usuarios finales del ESSALUD las características y las formas de funcionamiento del sistema de información - Realizar pruebas funcionales a los sistemas de información que se quieran implementar en la entidad, cuyo objetivo sea validar que las funcionalidades requeridas por el usuario están siendo cumplidas por la aplicación - Considerar en los lineamientos para el desarrollo de los Sistemas de Información criterios de calidad tales como: integración, escalabilidad de la aplicación, portabilidad del código, reutilización del código, funcionalidad, precisión, robustez, compatibilidad, rendimiento, oportunidad.

- Se cuenta con norma de soporte informático para la continuidad del negocio frente a eventos de desastre en ESSALUD (Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2006), en donde se establecen roles, acciones y responsabilidades necesarias para contar con instrumentos debidamente planificados que permitan hacer frente ante eventos catalogados como situaciones de emergencia que alteran el normal funcionamiento de los centros de procesamiento de Información de ESSALUD.



Tabla N° 31

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.5 Flexibilidad al Cambio		
- Se cuenta con Procedimiento específico para la baja de software licenciado en ESSALUD (Directiva N° 01-OCTIC-ESSALUD-2013). - Se cuenta con Norma sobre la Administración del SOFTWARE Legal en ESSALUD. (Directiva N°002-GG-ESSALUD-2006).	- Los cambios en la normativa externa o los reclamos, o pedidos de los usuarios, No son considerados para la implementación de acciones de mejora. - No se han desarrollado políticas para realizar una revisión y actualización periódica de los sistemas de información. Dicha política o procedimiento debería tener como objetivo el rediseño de los sistemas de modo que se asegure su adecuado funcionamiento.	- Desarrollar Reporte de incidencias que permita recoger de las Áreas las mejoras de los Sistemas de Información de toda la Entidad. - Establecer lineamientos sobre los requisitos de los sistemas de información los cuales deben ser adaptables y flexibles en su funcionamiento, actualización y mantenimiento, asimismo, se podrá establecer: - Políticas y procedimientos para realizar revisiones periódicas de los sistemas de información. - Mecanismos para tomar conocimiento de las necesidades, reclamos opiniones e inquietudes de los usuarios de los Sistemas. - Mecanismos para constatar periódicamente la relevancia de la información brindada por los sistemas de información para los objetivos de la entidad. - Niveles de acceso a los sistemas de información. - Niveles de autorización para realizar cambios a los sistemas de información. - Rediseños periódicos cuando se detecten deficiencias en su funcionamiento.



Tabla N° 32

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.6 Archivo Institucional - Se ha incluido el "Mejoramiento del Archivo central" como un Proyecto de inversión a ejecutarse el 2017. - Se ha implementado el Sistema Institucional de Archivos de ESSALUD y cuenta con Normas que regulan su funcionamiento, con la finalidad de garantizar la preservación, servicio y acceso del patrimonio documental de la institución. (Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2013). - La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad. - Se cuenta con un Manual de Procedimientos para la ejecución de los procesos técnicos archivísticos. - Se ha conformado el Comité de Evaluación de Documentos. - Se realiza anualmente la eliminación de documentos. - Se viene formulando el Programa de Control de Documentos. - Se cuenta con una base de datos que aloja algunos documentos digitalizados de ESSALUD, a disposición de los trabajadores.		
	- El Archivo Central no cuenta con una infraestructura adecuada para la conservación y custodia de documentos de ESSALUD. - No se cuenta con un sistema de gestión electrónica de archivos idóneo. - Los archivos de gestión y periféricos no se encuentran debidamente implementados. - Las funciones de archivos no se encuentran inmersas en los MOF de las áreas. - Se carece de personal especializado en archivos. - Falta de capacitación en materia archivística de los funcionarios y servidores de la Entidad.	- Asignar al Archivo Central un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y materiales necesarios para su organización física. - Implementar un sistema de gestión electrónica de archivos. - Asignar recursos materiales e implementar los archivos periféricos en cada Gerencia/Órgano Central y establecer lineamientos que regule su funcionamiento. - Incorporación de las funciones de archivo en los MOF de cada área. - Contratación de especialistas en materia archivística. - Sensibilización y capacitación en materia de archivos a todo el personal de la Entidad.



Tabla N° 33

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.7 Comunicación Interna		
- ESSALUD ha implementado políticas que estandarizan una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: cartas, oficios, memorandos, etc. - Se cuenta con Normas para la administración y uso del correo electrónico y los servicios de internet (Directiva N° 05-CG-ESSALUD-2003), donde se establece los lineamientos sobre el adecuado uso correos electrónicos institucionales, como medio de comunicación primordial para la entidad. - Se cuenta con Normas para el control de acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD (Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005), donde se establece los lineamientos que regulan los niveles de responsabilidad y supervisión sobre los ingresos y restricciones a los sistemas de información de la institución. - Se tiene lineamientos para la formulación de consultas y presentaciones de solicitudes a la Oficina Central de Asesoría Jurídica, a fin de optimizar la gestión de la atención debida y oportuna de las mismas. (Directiva N° 13-GG-ESSALUD-2009). - Se cuenta con un Plan de Comunicaciones el cual contiene la política comunicacional priorizada para ESSALUD, establece las estrategias que se desarrollarán para el fortalecimiento de la comunicación interna y externa en la entidad. - Se cuenta con política y responsabilidad para publicar información en el Portal Intranet de ESSALUD (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2005), la presente normativa busca facilitar la comunicación entre el personal de la institución y el intercambio de documentación o información a través de los servicios del Portal de Intranet.	- La producción de la información es desordenada y con diferentes clases de formatos como: el Informe, el Memorando, el Proveído, la Ayuda Memoria, la Hoja Informativa, todos ellos diferentes en cuanto forma y tipo de uso. - El personal de ESSALUD desconoce los procedimientos de comunicación interna originando el uso de medios indistintos o de acuerdo a su criterio. - Si bien se cuenta con norma que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD – 2003, esta se encuentra desactualizada y su aplicación no se ajusta a la documentación e información que administra la entidad.	- Establecer los tipos de documentos que deben ser utilizados para la comunicación interna horizontal o vertical al interior de ESSALUD (tipología de documentos, formatos y uso en la comunicación interna). - Establecer líneas de comunicación para que el personal pueda transmitir: (a) oportunidades de mejora o, (b) denuncia de posibles actos indebidos - Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario. - Regular la adecuada distribución de todos los documentos. - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD. (IDEM 4.1).



Tabla N° 34

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.8 Comunicación Externa - La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional. - 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. - Los procesos de rendición de cuentas se han constituido en un mecanismo de comunicación e intercambio de información entre la entidad y la ciudadanía. - 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), (Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014). - ESSALUD ha implementado políticas que estandarizan una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: cartas, oficios, memorandos, etc. - Se cuenta con el Centro de Documentación e Información de ESSALUD, donde se ofrece los servicios de lectura en salas, referencia y búsqueda de información y préstamo de material bibliográfico, consulta en internet, intranet y medios magnéticos a usuarios internos y externos. - Se tiene Norma para la administración y actualización de la publicación en Portal Web de ESSALUD y en el Portal de Transparencia de la institución. (Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2010).	- Si bien se cuenta con norma que regula la actualización del Portal Web y el Portal de Transparencia, ésta no se encuentra actualizada. - Si bien se cuenta con norma que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD – 2003, ésta se encuentra desactualizada y su aplicación no se ajusta a la documentación e información que administra la entidad.	- Actualizar la norma que regula la actualización del Portal Web y el Portal de Transparencia, considerando que ésta debe incluir roles y responsabilidades del administrador y de los usuarios internos que publiquen la información institucional. - Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario - Regular la adecuada distribución de todos los documentos - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD. (IDEM 4.1).

- Se cuenta normas que regulan los procedimientos de registro, calificación y atención ininterrumpida e inmediata de reclamos de los asegurados y no asegurados que hacen uso de los servicios de ESSALUD en Lima Metropolitana, cuando se encuentran en situaciones que ameritan una intervención de emergencia, fuera del horario ordinario de trabajo de la Defensoría del Asegurado y de las oficinas de atención al asegurado de los Centros Asistenciales. (Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2008). - Se cuenta con Norma para la implementación, funcionamiento y supervisión del Libro de Reclamaciones en ESSALUD, el cual tiene la finalidad ser un mecanismo de participación ciudadana idónea y eficaz para expresar su insatisfacción por los servicios de atención, orientación e información sobre los trámites, procedimientos y servicios relativos a las prestaciones que ofrece ESSALUD. (Directiva N° 002-DA-PE-ESSALUD-2012). - Se cuenta con un Plan de Comunicaciones, el cual contiene la política comunicacional priorizada para ESSALUD, establece las estrategias que se desarrollarán para el fortalecimiento de la comunicación interna y externa en la entidad. - Se tiene el Plan de Estrategia Publicitaria, el cual da a conocer las prestaciones de salud y económicas que hayan tenido mejora sustancial en su atención hacia los asegurados. En el documento se establece las estrategias y medios de comunicación que se utilizará.		
--	--	--



Tabla N° 35

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
4.9 Canales de Comunicación - ESSALUD ha implementado políticas que estandarizan una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: cartas, oficios, memorandos, etc. - ESSALUD cuenta con portal web (extranet e intranet), y marquesinas, los mismos que ponen a disposición de la ciudadanía y trabajadores de las acciones que se realizan. - Se tiene Norma para la administración y actualización de la publicación en Portal Web de ESSALUD y en el Portal de Transparencia de la institución. (Directiva N° 08-GG-ESSALUD-2010). - Se cuenta con Norma para la implementación, funcionamiento y supervisión del Libro de Reclamaciones en ESSALUD, el cual tiene la finalidad ser un mecanismo de participación ciudadana idónea y eficaz para expresar su insatisfacción por los servicios de atención, orientación e información sobre los trámites, procedimientos y servicios relativos a las prestaciones que ofrece ESSALUD. (Directiva N° 002-DA-PE-ESSALUD-2012). - Se cuenta con un Plan de Comunicaciones el cual contiene la política comunicacional priorizada para ESSALUD, establece las estrategias que se desarrollarán para el fortalecimiento de la comunicación interna y externa en la entidad. - Se tiene el Plan de Estratégica Publicitaria, el cual da a conocer las prestaciones de salud y económicas que hayan tenido mejora sustancial en su atención hacia los asegurados. En el documento se establece las estrategias y medios de comunicación que se utilizará.		
- El personal percibe que los actuales canales de comunicación no permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna. - En lo que corresponde al ancho de banda del acceso a Internet, podría señalarse que es muy limitado con respecto del número de usuarios de la entidad.	- Identificar e implementar nuevos canales de comunicación, considerando la cantidad de personal que tiene la ESSALUD, las necesidades de información y el acceso que se tiene a las tecnologías. - Evaluar la mejora del ancho de banda del acceso a Internet.	



Se cuenta con política y responsabilidad para publicar información en el Portal Intranet de ESSALUD (Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2005), la presente normativa busca facilitar la comunicación entre el personal de la institución y el intercambio de documentación o información a través de los servicios del Portal de Intranet. Asimismo, representa el principal canal de comunicación de la entidad.



Tabla N° 36

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: SUPERVISIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
5.1 Actividades de Prevención y Monitoreo		
- El Órgano de Control Institucional realiza actividades de control simultáneo, alertando y proponiendo mejoras. - Se efectúa evaluación del Plan Operativo trimestralmente con el cual se prevé el cumplimiento de los objetivos del ejercicio. - En el desarrollo de las actividades propias de la entidad, se efectúan acciones de monitoreo con la finalidad de medir la eficacia de las diferentes actividades establecidas en los procedimientos. Estas actividades incluyen la revisión diaria de información de las gestiones normales. - Se cuenta con Normas y lineamientos para ejecutar la fiscalización posterior en los procedimientos administrativos (Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2009).	- Si bien, los encargados y supervisores efectúan algunas actividades de monitoreo en cada proceso, estas actividades no han sido establecidas considerando un análisis de riesgos. - Las deficiencias y los problemas detectados durante las supervisiones, no son registrados ni comunicados con prontitud a los responsables, esto limita que se tomen las acciones necesarias para su corrección.	- Definir y difundir los mecanismos de monitoreo que deben ser adoptados por cada unidad orgánica con el objetivo de garantizar el eficiente desarrollo de los procesos, para esto será necesario evaluar los riesgos del proceso e implementar actividades de monitoreo donde correspondan. - Establecer políticas de prevención y monitoreo que permitan registrar las deficiencias o debilidades encontradas y determinar las acciones necesarias para su corrección.



Tabla N° 37

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: SUPERVISIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
5.2 Seguimiento de Resultados		
- El OCI tiene entre sus funciones efectuar el seguimiento de las medidas correctivas que implemente la entidad, como resultado de las labores de control, comprobando y calificando su materialización efectiva, según normativa de la materia. - El Órgano de Control Institucional emite informes periódicos del seguimiento de las observaciones detectadas en los informes del órgano de control. - Las Gerencias Centrales de Logística y Finanzas cuentan con un aplicativo que permite administrar el seguimiento de las recomendaciones del OCI.	- No se evidencian registros de deficiencias o debilidades propuestos por el personal de las áreas. - Según informes acerca del estado situacional de las recomendaciones realizados por el OCI, está pendiente la implementación de 750 recomendaciones del OCI, acumuladas de años anteriores. - Si bien algunas áreas llevan un control del seguimiento de las recomendaciones a implementar planteadas por el OCI, no se cuenta con un control o reporte que consolide el estado situacional de todas las recomendaciones de la entidad.	- Implementar el "Reporte de deficiencias", el cual deberá contener las deficiencias y debilidades identificadas por los responsables de los Órganos Centrales y las unidades orgánicas de éstas, como producto del monitoreo y supervisión que realizan a sus procedimientos y actividades. - Disponer la implementación de las recomendaciones contenidas en los informes emitidos por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. - Documentar el seguimiento a las recomendaciones obtenidas de las diferentes evaluaciones efectuadas por las diferentes entidades como: los órganos del Sistema Nacional de Control, MINSA, SUSALUD, MTPE, etc. Los reportes de seguimiento deberá incluir al menos: - Recomendación - Fecha en que la Entidad recibió la recomendación - Responsable de la implementación de la recomendación - Plazo de implementación - Estatus actual de la implementación - Observaciones (en caso de que las recomendaciones no hayan sido implementadas en las fechas pactadas)



Tabla N° 38

ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE: SUPERVISIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS
5.3 Compromiso de Mejoramiento		
- Se implementan las recomendaciones que formulan los órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento - registro de seguimiento. - El Órgano de Control Institucional (OCI) evalúa los controles de los procesos vigentes e identifica oportunidades de mejora de acuerdo con su Plan de Acciones de Control. - Se inició el proceso de implementación del Sistema de Control Interno de acuerdo marco establecido en las Normas de Control Interno. - Se desarrolla evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional. - Se efectúa la autoevaluación del SCI por medio de la herramienta proporcionada por el FONAFE.	- No se cuenta con lineamientos internos documentados que regulen la realización de autoevaluaciones en la entidad. - No se tiene regulado el desarrollo de actividades de Autoevaluación de Control, ni la emisión de Informe de Autoevaluación	- Establecer procedimientos de autoevaluación aplicables a todas las áreas y procesos de la entidad con la finalidad que se midan la efectividad de los controles que usan en sus labores para cumplir sus metas, las cuales deben fijarse en forma semanal, quincenal o mensual de acuerdo a sus aspiraciones de mejorar. - Emitir lineamientos internos que regulen las actividades de autoevaluación de Control Interno anual, del cual se emite un Informe de Autoevaluación sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno.



6. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

Como resultado de la identificación y análisis de las debilidades y fortalezas del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), se obtuvo diversos aspectos que requieren ser implementados; sin embargo, es necesario que se priorice su implementación de acuerdo a su importancia o relevancia para la entidad. Para esto, se elaboró la "Matriz de Priorización de Recomendaciones" la cual se presenta en el Anexo N° 2. La presente matriz fue elaborada considerando un criterio técnico, consensado y profesional, para cuya medición se utilizó los siguientes factores evaluación:

Criterios	Escala de calificación
Criticidad	Muy crítico = 3; Crítico = 2; No crítico = 1
Impacto	Gran impacto = 3; Mediano impacto = 2; Bajo impacto = 1
Factibilidad	Alta = A; Mediana = M; Baja = B

- Criticidad:** Cuán relevante es para la organización la recomendación / aspecto a implementar.
- Impacto:** Cuán significativo es el efecto de la implementación de la recomendación / aspecto a implementar.
- Factibilidad:** El nivel de esfuerzo, de experiencia, de recursos económicos, de materiales y de personal estimados para la implementación de la recomendación / aspecto a implementar.

Esta matriz deberá ser considerada como una herramienta adicional de análisis, para la Alta Dirección, durante la selección de las recomendaciones a ser consideradas en el Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD).



Tabla N° 39

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
3.8.2	Concluir con la elaboración y aprobación del Mapa de Macroprocesos que incluye los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.	9A
3.8.3	Identificar los procesos críticos para el Seguro Social de Salud (ESSALUD).	9A
1.1.4	Disponer las acciones que sean necesarias a fin que en el menor plazo posible, se culmine con la elaboración del Código de Buen Gobierno Corporativo en el Seguro Social de Salud (ESSALUD); debiendo el mismo ser aprobado a través del correspondiente acto resolutivo.	6A
1.3.4	La Alta Dirección deberá cautelar que el nuevo esquema organizacional a aprobarse, se adecúe a los principios referidos en el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) – Diagnóstico y Propuestas".	6A
1.1.5	Establecer un procedimiento documentado y aprobado para el seguimiento y control de la implementación por parte de los diferentes órganos centrales y desconcentrados, de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. Asimismo, evaluar la factibilidad de la utilización de un aplicativo que facilite la labor de seguimiento y control.	4A
1.4.1	Se concrete la actualización de la estructura orgánica, redefiniendo líneas de autoridad y responsabilidad según establecen los procedimientos de cada unidad orgánica, considerando los roles y disposiciones contenidas en la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.	4A
1.4.3	Dar prioridad a la aprobación del Mapa de Macroprocesos, que permita identificar de acuerdo con la cadena de valor los procesos críticos de la entidad.	4A
1.5.3	Establecer una metodología que permita determinar las reales necesidades del personal asistencial.	4A
1.6.3	Actualizar normas de capacitación, las cuales deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la evaluación del desempeño.	4A



Tabla N° 40

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
2.1.1	Revisar y estandarizar las metodologías de gestión de riesgos existentes en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), para lo cual se deberá evaluar si se considerará utilizar el Manual de Gestión de Riesgos, procedimiento y formatos elaborados por la Gerencia Central de Aseguramiento o elaborar un nuevo integrado para toda la entidad, que establezca la metodología de gestión de riesgos, definiendo cómo se planificará, identificará, valorará, y dará respuesta a los riesgos. También deberá considerarse: - Metodología: que incluye los métodos, herramientas y fuentes de información a utilizarse para realizar la gestión de riesgos. - Roles y responsabilidades: definición del líder y miembros de equipo para cada tipo de actividad del plan de gestión de riesgos, asignación de personas a cada rol y determinación de sus responsabilidades. - Periodicidad: definición del momento y frecuencia con la que se realizará el proceso de gestión de riesgos durante la implementación. - Matriz de ponderación (probabilidad e impacto): priorización de los riesgos en función a la probabilidad de ocurrencia e impacto. - Criterios de evaluación del riesgo: definir los criterios operativos, técnicos, regulatorios, legales, financieros, sociales, etc., con los cuales se evaluará el riesgo.	4A
2.1.2	Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos (Plan de Actividades) que comprenda las actividades que se desarrollarán anualmente en la institución para la implementación de la metodología de gestión de riesgos.	4A
2.1.3	Conformar un equipo implementador para la Gestión de Riesgos, que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.	4A
2.1.4	Efectuar cursos especializados en Gestión de Riesgos para el personal encargado de la implementación, así como charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal.	4A
2.2.3	Conformar un equipo implementador el cual deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.	4A
2.4.1	Se deberá establecer una metodología estándar para dar respuesta a los riesgos identificados en la entidad.	4A
4.8.1	Actualizar la norma que regula la actualización del Portal Web y el Portal de Transparencia, considerando que esta debe incluir roles y responsabilidades del administrador y de los usuarios internos que publiquen la información institucional.	4A
5.2.2	Disponer la implementación de las recomendaciones contenidas en los informes emitidos por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	4A



Tabla N° 41

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
5.2.3	Documentar el seguimiento a las recomendaciones obtenidas de las diferentes evaluaciones efectuadas por las diferentes entidades de la Administración Pública. Los reportes de seguimiento deberán incluir al menos: - Recomendación - Fecha en que la entidad recibió la recomendación - Responsable de la implementación de la recomendación - Plazo de implementación - Estatus actual de la implementación - Observaciones (en caso de que las recomendaciones no hayan sido implementadas en las fechas pactadas)	4A
5.3.2	Emitir lineamientos internos que regulen las actividades de Autoevaluación de Control Interno anual, del cual se emitirá un Informe de Autoevaluación sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno.	4A
1.1.1	Formular e implementar estrategias y acciones que faciliten a los funcionarios de los diferentes Órganos Centrales, integrar el control interno a todos sus procesos, actividades y tareas.	2A
1.1.2	Reforzar las acciones de sensibilización en materia de control Interno a los colaboradores de los diversos órganos centrales, con el propósito de que, entre otros aspectos, entiendan la importancia de la implementación en sus respectivos ámbitos de competencia de ejercer y ejecutar acciones controles internos.	2A
1.1.3	Que el área responsable de la gestión de recursos humanos, diseñe los procedimientos más adecuados que permitan la retroalimentación permanente entre el personal de dirección y los diferentes colaboradores; los mismos que deberán incluir mecanismos que faciliten a los responsables de los órganos centrales y de las unidades orgánicas promover, reconocer y valorar los aportes del personal, estimulando de esta forma la mejora continua en los procesos.	2A
1.2.1	Evaluar e implementar nuevas estrategias que incluyan indicadores para el cumplimiento y difusión del Código de Ética. Para ello podría considerarse, entre otras, las siguientes acciones: - Comunicaciones a través del correo electrónico, mediante las cuales de manera didáctica se dé a conocer y se expliquen los temas incluidos en el Código de Ética. - Charlas de capacitación y sensibilización dirigidas al personal en general, con énfasis en aquellos colaboradores que presten servicios en áreas susceptibles a actos de corrupción. - Elaboración de un documento suscrito por los trabajadores, mediante el cual declaren su conocimiento y compromiso de cumplimiento de los principios y deberes propios del Código de Ética, y de no incurrir en las prohibiciones incurridos en él. - Elaboración de encuestas de evaluación interna.	2A
5.2.3	Documentar el seguimiento a las recomendaciones obtenidas de las diferentes evaluaciones efectuadas por las diferentes entidades de la Administración Pública. Los reportes de seguimiento deberán incluir al menos: - Recomendación - Fecha en que la entidad recibió la recomendación - Responsable de la implementación de la recomendación - Plazo de implementación - Estatus actual de la implementación - Observaciones (en caso de que las recomendaciones no hayan sido implementadas en las fechas pactadas)	4A
5.3.2	Emitir lineamientos internos que regulen las actividades de Autoevaluación de Control Interno anual, del cual se emitirá un Informe de Autoevaluación sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno.	4A

Tabla N° 42

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
1.3.1	Establecer flujos de comunicación y sensibilización de forma que los órganos centrales, hagan conocer a sus colaboradores cuáles son los objetivos y metas de la organización, y su contribución con el cumplimiento de las mismas.	2A
1.6.4	Implementar lineamientos y mecanismos a fin que los funcionarios y servidores en general adquieran y mantengan un nivel de competencia que les permita entender la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento de un buen control interno, así como practicar sus deberes para poder alcanzar los objetivos de éste y la misión de la entidad.	2A
1.7.2	Elaborar un registro de delegación de funciones a los órganos y los funcionarios, que incluya las responsabilidades de supervisión como de rendiciones de cuentas periódicas; debiendo precisar que la delegación de autoridad no exime a los funcionarios y servidores de la responsabilidad conferida como consecuencia de dicha delegación. Es decir, la autoridad se delega, en tanto que la responsabilidad se comparte.	2A
1.8.3	Establecer procedimientos internos, en coordinación con el Órgano de Control Institucional, que garanticen la implantación oportuna de las recomendaciones derivadas de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	2A
1.8.4	(ÍDEM 1.1.5).	2A
3.5.2	Emitir instrucciones expresas y formales para que el personal adopte la buena práctica de realizar actividades de verificación y conciliación en las principales actividades y tareas que realiza, con la finalidad de detectar posibles errores, o inconsistencias.	2A
3.8.4	Emitir instrucciones o pautas para que las tareas, actividades y procesos que realicen los servidores y funcionarios, cuenten con evidencia documental a través de informes, memorandos, u otro medio similar.	2A
4.6.3	Asignar recursos materiales e implementar los archivos periféricos y desconcentrado en los órganos centrales y desconcentrados, y establecer lineamientos que regule su funcionamiento.	2A
4.7.2	Establecer líneas de comunicación para que el personal pueda transmitir: a) oportunidades de mejora o, b) denuncia de posibles actos indebidos.	2A
4.6.5	Contratación de especialistas en materia archivística.	2A
4.6.6	Sensibilización y capacitación en materia de archivos a todo el personal de la entidad.	2A



Tabla N° 43
Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
5.2.1	Implementar el "Reportes de deficiencias", el cual deberá contener las deficiencias y debilidades identificadas por los responsables de los Órganos Centrales y las unidades orgánicas de éstas, como producto del monitoreo y supervisión que realizan a sus procedimientos y actividades.	2A
1.2.2	Diseñar, establecer, aplicar y difundir normas internas destinadas a implementar incentivos y estímulos para el adecuado cumplimiento del Código de Ética del Personal del Seguro Social; así como los mecanismos de protección a favor de quienes denuncien infracciones al mismo.	1A
4.9.1	Identificar e implementar nuevos canales de comunicación, considerando la cantidad de personal que tiene ESSALUD, las necesidades de información y el acceso que se tiene a las tecnologías.	1A
1.3.2	Evaluar y alinear el PEI de acuerdo con los lineamientos que se vienen desarrollando en el Plan Maestro, con la finalidad de actualizar los objetivos estratégicos, las metas y los indicadores.	9M
3.8.1	Emitir y aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual deberá estar formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad para la implementación de la Gestión por Procesos.	9M
1.2.3	Aprobar un nuevo Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en ESSALUD, sugiriéndose, incluir como acciones a llevar a cabo en dicho marco, las siguientes: - Implementar una política o procedimiento para el monitoreo de los responsables de registrar la información propia del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido. - Adecuación de las disposiciones en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador interno, a las disposiciones emitidas sobre la materia en la Ley N° 30057 (Ley del Servicio Civil) y su Reglamento General aprobado mediante Decreto Supremo N° 040-2014-TR). - Que la normativa interna que se dicte sobre este extremo, considere la elaboración de una base de datos a nivel nacional que contenga la información de los procesos disciplinarios promovidos a los servidores de los distintos regímenes laborales de la entidad. - Se encargue al órgano a cargo del Sistema de Gestión de los Recursos Humanos, cautele el cumplimiento de las disposiciones sobre este materia, emitiendo reportes periódicos sobre el estado situacional de los procesos disciplinarios en curso.	6M



Tabla N° 44
Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
1.4.4	La OCPD deberá proponer a la Alta Dirección una estrategia acompañado de un Plan de Trabajo que incluya plazos de ejecución para la implantación de gestión por procesos, conforme a los "Lineamientos para la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014.	6M
1.5.1	Se plantea como necesario actualizar los documentos de gestión tales como el Clasificador, Manual de Perfiles de cargos, CAP y Manual de Organización y Funciones. Para este efecto, se deberá tener presente las nuevas disposiciones emitidas sobre la materia contenidas en la Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057), y su Reglamento aprobado por D.S. N° 040-2014-PCM; como también lo señalado en segundo punto a implementar del Sub Componente 1.4. Estructura Organizacional, en relación a los diversos documentos de gestión; así como la nueva estructura organizacional a aprobarse.	6M
1.5.5	Establecer lineamientos o procedimientos para el proceso de solución de controversias con las organizaciones sindicales.	6M
3.10.1	Efectuar las revisiones de los lineamientos que regulan la adecuada acreditación de los perfiles de usuarios de los sistemas considerando las actuales funciones de su cargo.	6M
3.10.2	Establecer un Plan de Continuidad de Negocios, que detalle los procesos críticos para la continuidad, y las acciones necesarias para continuar operando. Asimismo, se deberá establecer un plan de pruebas para la evaluación de la efectividad del plan de continuidad establecido, las cuales deberán ser adecuadamente documentadas.	6M
3.10.3	Continuar con la implementación de la Gestión de la Seguridad de la Información, que permita establecer políticas y controles de seguridad y resguardo de la información de la institución.	6M
1.3.3	Implementar un Tablero de Control de Gestión (TGC), a través del cual se presente la información de eficacia desde tres visiones: (i) según objetivo, (ii) responsables de cumplimiento, y (iii) según criterios temáticos de ejecución de recursos (ejemplo: proyectos, programas). Asimismo, en cada visión se habrán de analizar logros (rendición de cuentas) y metas (compromisos a futuro).	4M
1.3.5	Se establezcan los mecanismos institucionales necesarios, y se otorgue la prioridad que corresponda para la atención de la necesidad de contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión.	4M



Tabla N° 45

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
1.4.2	Teniendo en cuenta las nuevas disposiciones sobre la materia contenidas en la Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057) y su Reglamento General aprobado mediante Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como las directivas que sobre la materia emita SERVIR; la OCAJ, GCGP y OCPD, deberán proponer a la Alta Dirección las acciones a seguir para la actualización de los documentos de gestión (CAP y MOF / MPP-CPE).	4M
1.5.6	Actualizar el Reglamento Interno de Trabajo, de acuerdo con la normatividad vigente.	4M
1.6.1	Se deberá proceder a la actualización de los documentos de gestión tal como Clasificador de Cargos, Manual de Perfiles etc., en los términos señalados en los puntos precedentes, cautelando que el mismo se encuentre alineado a la nueva estructura organizativa de ESSALUD.	4M
1.6.2	Se deberá actualizar Reglamento de Capacitación de ESSALUD, el cual deberá estar de acuerdo con las competencias y el desempeño del personal.	4M
1.7.1	Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, sus perfiles y funciones de puestos, alineando los mismos a la nueva estructura organizativa.	4M
1.7.3	Actualizar el Manual de Políticas y Procedimientos para que establezca claramente las líneas de autorización y de responsabilidad.	4M
1.8.1	Implementar progresivamente los OCI descentralizados en el ámbito nacional, en coordinación con la Jefatura de dicha Oficina y de acuerdo a la disponibilidad de recursos.	4M
1.8.2	Reforzar la capacidad operativa (recursos humanos) de acuerdo con las necesidades del OCI, a las posibilidades institucionales.	4M
2.3.1	Establecer un proceso de valoración de los riesgos identificados, mediante la cuantificación de la probabilidad de ocurrencia y del impacto o efecto de cada riesgo en las operaciones de la entidad. El proceso de valoración de los riesgos debe considerar, entre otros, lo siguiente: - El establecimiento de una escala cualitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo. - El establecimiento de una escala cuantitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo. - Matriz de determinación de niveles de riesgos en función de la valoración tanto de la probabilidad de ocurrencia como del efecto de cada riesgo.	4M



Tabla N° 46

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
2.3.2	Establecer y documentar los criterios utilizados para el establecimiento de las escalas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de las combinaciones de probabilidad e impacto que determinan la ponderación del riesgo.	4M
2.4.2	Establecer las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender el análisis costo / beneficio de los mismos. Las estrategias de respuesta al riesgo podrán ser: - Evitar el riesgo - Reducir el riesgo - Compartir o transferir el riesgo - Asumir el riesgo	4M
2.4.3	Se debe efectuar una evaluación del riesgo residual, el cual deberá estar alineado con la tolerancia y apetito al riesgo que defina la entidad.	4M
3.1.2	Efectuar la entrega a todos los trabajadores los documentos de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas, lo cual se podrá realizar a través de sus Gerencias o Jefaturas.	4M
3.2.1	Identificar las actividades y tareas que se realizan en las áreas de la institución y evaluar si existen funciones incompatibles que no permitan realizar una adecuada segregación de funciones. Las actividades, transacciones y tareas que serán evaluadas son productos de funciones de: - Autorización - Procesamiento - Revisión - Control - Custodia - Registro de operaciones - Archivo de la documentación	4M
3.4.2	Implementar la Gestión de Seguridad de la Información, el cual implica establecer políticas y controles de TI para resguardar los accesos de la información institucional.	4M
3.5.1	Disponer se efectúe la revisión de los procesos para determinar la implementación de actividades de control de verificaciones y conciliaciones según corresponda. Esta determinación deberá tener como base la evaluación de riesgos del proceso.	4M
3.6.1	Establecer indicadores en los procesos, con la finalidad de medir la eficacia y eficiencia de las operaciones.	4M



Tabla N° 47

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
3.6.3	Actualizar la normativa sobre la gestión de desempeño, así como establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal	4M
3.9.1	Contar con registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, etc.).	4M
3.9.2	(IDEM 3.6.1)	4M
4.6.2	Implementar un sistema de gestión electrónica de archivos.	4M
1.5.2	Actualizar las normas de capacitación, las que deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.	2M
3.1.1	Como parte de la mejora de los procesos y la identificación de riesgos, se deberá revisar y evaluar los niveles de autorización y aprobación que requieren ser implementados en cada proceso.	2M
3.2.2	Establecer políticas y procedimientos para la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude (v.g. manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, entre otros).	2M
3.4.1	Revisar y mejorar los lineamientos establecidos por la entidad para la adecuada custodia de los recursos o archivos, determinando controles de entrada, salida y mantenimiento de los recursos o archivos.	2M
3.7.1	Establecer políticas internas que identifiquen los recursos y bienes sobre los cuales los responsables de manejo, están obligados a rendir cuentas al nivel de supervisión correspondiente. Asimismo, esta política debe mencionar cuales son los reportes de gestión críticos según las operaciones del ESSALUD y sobre los cuales la Alta Dirección requiere ser informada con una periodicidad establecida.	2M
3.7.2	Se regule a través del correspondiente instrumento interno el sistema de rendiciones de cuenta a través de audiencias públicas implantado por la Alta Dirección, en orden a asegurar la continuidad de dicha buena práctica por parte de los responsables de la gestión.	2M
4.1.1	Establecer normas internas que regulen las funciones y características de la información, tales como: Integridad - Oportunidad - Actualización - Exactitud - Accesibilidad Asimismo, se deberá Diseñar y ordenar la información para cada uno de los niveles de la entidad, a fin de facilitar su acceso y utilización; y cubrir aspectos financieros y de gestión.	2M
4.1.2	Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario - Regular la adecuada distribución de todos los documentos - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD.	2M



Tabla N° 48

Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
4.2.1	Establecer políticas para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal. Estas políticas deberán: - Contemplar la comunicación directa con el personal, cuando sea posible. - Generar un clima de confianza mutua. - Dejar constancia de la comunicación de los problemas detectados.	2M
4.3.2	(IDEM 4.1.2)	2M
4.5.1	Desarrollar "Reporte de incidencias" que permita recoger de las Áreas las mejoras de los Sistemas de Información de toda la Entidad.	2M
4.6.4	Incorporación de las funciones de archivo en los MOF de cada área.	2M
4.7.3	(IDEM 4.1.2)	2M
4.8.2	(IDEM 4.1.2)	2M
4.9.2	Evaluar la mejora del ancho de banda del acceso a Internet.	2M
5.1.1	Definir y difundir los mecanismos de monitoreo que deben ser adoptados por cada unidad orgánica con el objetivo de garantizar el eficiente desarrollo de los procesos, para esto será necesario evaluar los riesgos del proceso e implementar actividades de monitoreo donde correspondan.	2M
5.1.2	Establecer políticas de prevención y monitoreo que permitan registrar las deficiencias o debilidades encontradas y determinar las acciones necesarias para su corrección.	2M
3.3.1	Establecer y difundir los lineamientos documentados para realizar el análisis costo/beneficio de forma estandarizada, previo a la decisión sobre la implementación de controles en los procesos críticos, con la finalidad de garantizar que dicha decisión no afectará la eficiencia y eficacia de la organización.	1M
4.2.2	Establecer lineamientos para que cada unidad elabore un inventario de su información (acervo documental físico y electrónico) definiendo al responsable, la periodicidad y clasificación de la información, con el objetivo de identificar aquella de carácter confidencial y adoptar las medidas de protección correspondientes.	1M



Tabla N° 49
Matriz de recomendaciones ordenadas por prioridades

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
4.3.1	Desarrollar procedimientos para la evaluación periódica de la calidad de la información generada por las diferentes unidades orgánicas de ESSALUD, con el objeto de asegurar que dicha información sea íntegra y confiable.	1M
4.7.1	Establecer los tipos de documentos que deben ser utilizados para la comunicación interna horizontal o vertical al interior de ESSALUD (tipología de documentos, formatos y uso en la comunicación interna).	1M
1.5.8	Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos. Asimismo, disponer acciones inmediatas que garanticen la confiabilidad de los procedimientos de pagos de planillas, bajo el soporte de tecnologías de la información.	9B
1.5.4	Establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal.	4B
3.6.2	IDEM 1.5	4B
4.5.2	Establecer lineamientos sobre los requisitos de los sistemas de información los cuales deben ser adaptables y flexibles en su funcionamiento, actualización y mantenimiento, asimismo, se podrá establecer: - Políticas y procedimientos para realizar revisiones periódicas de los sistemas de información. - Mecanismos para tomar conocimiento de las necesidades, reclamos opiniones e inquietudes de los usuarios de los Sistemas. - Mecanismos para constatar periódicamente la relevancia de la información brindada por los sistemas de información para los objetivos de la entidad - Niveles de acceso a los sistemas de información. - Niveles de autorización para realizar cambios a los sistemas de información. - Rediseños periódicos cuando se detecten deficiencias en su funcionamiento.	4B
4.6.1	Asignar al Archivo Central un ambiente adecuado para la custodia de documentos, y dotar de mobiliario y materiales necesarios para su organización física.	4B
1.5.7	Desarrollar una evaluación del clima laboral y establecer los planes de acción necesarios para cubrir las brechas identificadas.	2B



Tabla N° 50
Matriz priorizada: Recomendaciones con prioridad 2B (1 de 1)

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		PRIORIZACIÓN
4.4.1	Establecer lineamientos y políticas para que todo SISTEMA DE INFORMACIÓN, que se adquiera o desarrolle, cumpla con ciertos estándares de calidad: - Ser realizado con base en los requerimientos de información que soliciten las áreas y funcionarios del ESSALUD para cumplir sus obligaciones y responsabilidades con mayor eficiencia y eficacia - Perfiles de usuario para controlar el acceso del personal de la institución al sistema y a la información que le concierne, según los privilegios y limitaciones del perfil al que pertenece - Manual de usuario del sistema que permita dar a conocer a los usuarios finales del ESSALUD las características y las formas de funcionamiento del sistema de información - Realizar pruebas funcionales a los sistemas de información que se quieran implementar en la entidad, cuyo objetivo sea validar que las funcionalidades requeridas por el usuario están siendo cumplidas por la aplicación - Considerar en los lineamientos para el desarrollo de los Sistemas de Información criterios de calidad tales como: integración, escalabilidad de la aplicación, portabilidad del código, reutilización del código, funcionalidad, precisión, robustez, compatibilidad, rendimiento, oportunidad.	2B
5.3.1	Establecer procedimientos de autoevaluación aplicables a todas las áreas y procesos de la entidad con la finalidad que se midan la efectividad de los controles que usan en sus labores para cumplir sus metas, las cuales deben fijarse en forma semanal, quincenal o mensual de acuerdo a sus aspiraciones de mejorar.	2B



7. CONCLUSIONES

7.1. Conclusiones generales

Con base en el resultado del diagnóstico realizado al Sistema de Control Interno, el nivel de desarrollo, organización y grado de madurez observado para cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD) es el siguiente:

Tabla N° 51

Cuadro de madurez del Sistema de Control Interno

Componentes de Control interno	Inicial (1)	En proceso de implementación (2)	Establecido / Implementado (3)	Avanzado (4)	Optimizado (5)
Ambiente de Control		√			
Evaluación de Riesgos		√			
Actividades de Control		√			
Información y Comunicación		√			
Supervisión		√			

- (1) Los elementos de control interno de este componente casi no existen, ni están definidos y no es posible comprobar su operación.
 (2) Algunos elementos de control interno de este componente existen y están definidos de manera general, pero la aplicación en las áreas y procesos críticos de la entidad son inconsistentes.
 (3) Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera general, pero se aplica en un número reducido de áreas y procesos críticos de la entidad.
 (4) Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en la mayoría de áreas y procesos críticos de la entidad.
 (5) Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en todas las áreas y procesos críticos de la entidad.

El nivel de desarrollo, organización y grado de madurez actuales, han sido evaluados en base al modelo de maduración. Consideramos que con los aspectos a ser implementados y que se detallan en el cuadro de Recomendaciones, la institución fortalecerá su Sistema de Control Interno y mejorará su nivel actual de desarrollo, organización y grado de madurez detallado en el cuadro anterior.

7.2. Conclusiones específicas

7.2.1. Con respecto del Ambiente de Control

- ESSALUD se encuentra en la etapa de proceso de implementación (grado de madurez = 2) debido a las modificaciones y reestructuraciones que se vienen dando en la entidad, algunos documentos de gestión tales como manuales, directivas y políticas han perdido vigencia, y se espera que en el próximo periodo se defina las nuevas políticas estratégicas a seguir.
- Se tiene pendiente el fortalecimiento de una gestión por competencias la cual está relacionada a la definición de perfiles de puestos, y la evaluación del desempeño del personal.
- Otro aspecto de importancia es la necesidad de fortalecer la confianza y el compromiso de los trabajadores con la institución, buscando mejorar el clima laboral y fomentando el bienestar laboral.
- Asimismo, se debe destacar que se cuenta con un Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción, el cual establece actividades de mejora institucional sobre la

mejora de procesos, ética, control interno, riesgos y buen gobierno, entre otros. Estos lineamientos se encuentran en proceso de implementación.

- e) De otro lado, se cuenta con un Comité de Control Interno, el cual viene liderando el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en ESSALUD en cumplimiento de las normas de control interno vigentes; sin embargo, se tiene pendiente el fortalecimiento y sensibilización de la cultura de control en la organización.

7.2.2. Con respecto de la Evaluación de Riesgos

- a) ESSALUD se encuentra en la etapa de proceso de implementación (grado de madurez = 2) debido a que solo algunas áreas han iniciado individualmente el proceso de gestionar riesgos; sin embargo, estas no siguen una metodología de riesgos estándar. La Gerencia Central de Aseguramiento cuenta con una metodología de riesgos aprobada y desarrollada sobre los modelos de riesgos, COSO ERM, ISO 31000 y el modelo de Gestión de Riesgos Prospectivo Basado en Valor, la cual se viene implementando en los procesos que competen a esta gerencia. La Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la Gerencia Central de Finanzas han identificado y establecido algunos riesgos de sus procesos internos a través del uso de matrices de riesgo, permitiéndoles determinar los controles necesarios para mitigar los riesgos identificados; sin embargo, no cuentan con una metodología documentada ni formalmente aprobada.
- b) Se carece de un adecuado sustento para calificar la eficacia de los controles y obtener el riesgo residual razonable para la institución.
- c) Otro aspecto importante que resaltar es la necesidad de llevar un registro histórico o estadístico sobre las ocurrencias negativas en los principales procesos de la ESSALUD que favorezca el cálculo de la probabilidad e impacto de los riesgos.
- d) Cabe señalar que la desactualización de algunos procedimientos y la falta de documentación que permita comprender las actividades que integran un proceso, disminuye la capacidad de ESSALUD para poder efectuar una adecuada gestión de riesgos.

7.2.3. Con respecto de las Actividades de Control

- a) ESSALUD se encuentra en la etapa en proceso de implementación (grado de madurez = 2), debido a que se encuentra en proceso actualización de los diversos procedimientos operativos así como la implementación de actividades de control de autorización, verificación y aquellas relacionadas a las tecnologías de la Información.
- b) Se carece de sustento que evidencie la determinación de los procesos críticos de la entidad, existe carencia de un análisis de segregación de funciones.
- c) Es importante destacar que se cuenta con lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos de ESSALUD; sin embargo, aún se encuentra pendiente su implementación.
- d) Asimismo, no se han identificado ni analizado las actividades de control establecidas en los procesos con el fin de dar respuesta a los riesgos de ESSALUD.

- e) En cuanto a la administración de las TI, se pudo apreciar el establecimiento de políticas y directivas para el control de la tecnología de información; sin embargo, no se evidenció la evaluación periódica de la efectividad operativa de los controles y el cumplimiento de las directivas y políticas dispuestas en su plan de seguridad de la información.

7.2.4. Con respecto de la Información y Comunicación

- a) ESSALUD se encuentra en la etapa en proceso de implementación (grado de madurez=2). Si bien se tiene diversas normas internas que regulan el control documentario y los canales de comunicación interna o externa, estas se encuentran desactualizadas o carecen de soporte para su mejora.
- b) Es importante mencionar que se tiene pendiente la reubicación del Archivo Central en un ambiente adecuado, la implementación de los archivos periféricos y desconcentrados, la sensibilización y capacitación en materia archivística a todo el personal de la entidad, y la implementación de un sistema electrónico que permita gestionar el archivo institucional.
- c) De otro lado, podemos destacar que se encuentra en proceso la implementación de la Gestión de Seguridad de la Información, lo cual permitirá establecer los adecuados controles para la administración y resguardo de la información.

7.2.5. Con respecto de la Supervisión

- a) ESSALUD se encuentra en la etapa en proceso de implementación (grado de madurez=2), debido a que no se cuenta con normas o procedimientos internos definidos para las actividades de prevención, monitoreo oportuno y autoevaluación del control interno.
- b) Se evidenció la existencia de diversas recomendaciones emitidas por los órganos del Sistema Nacional de Control, pendientes de implementar, evidenciándose la carencia de un control que permita dar seguimiento oportuno de su implementación.



8. RECOMENDACIONES

8.1. Recomendaciones generales

- Implementar progresivamente las recomendaciones planteadas en "6. Matriz de Priorización" de acuerdo con las prioridades de la entidad.
- Se debe formular el correspondiente Plan de Trabajo, sobre la base del presente Informe de Diagnóstico, de tal forma que se garantice la adecuada implementación del SCI.
- Considerar dentro de los planes de mejoramiento institucional las acciones necesarias que conduzcan a la mejora continua del SCI y a alcanzar niveles superiores de madurez.

8.2. Recomendaciones específicas

8.2.1. Con respecto del Ambiente de Control

- Ordenar el proceso de actualización y alineamiento de los documentos de gestión existentes y de elaboración de aquellos que aún se encuentran pendientes.
- Continuar con las charlas de sensibilización al personal sobre la importancia del control interno y el compromiso que todos deben asumir como parte de él.

8.2.2. Con respecto de la Evaluación de Riesgos

- Se debe desarrollar una metodología integral para la Gestión de Riesgos que permitan evidenciar o sustentar la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos en la determinación de los niveles de riesgo. Asimismo, se debe considerar la incorporación de un adecuado sustento para calificar la eficacia de los controles que se identifiquen en los procesos como parte de la mitigación de los riesgos.
- Se debe realizar una evaluación integral de riesgos a nivel de todos los procesos o áreas críticas de ESSALUD, sobre la base de procedimientos actualizados.
- Debe llevarse un registro histórico o estadístico sobre las ocurrencias negativas en los principales procesos de ESSALUD que favorezca el cálculo de la probabilidad e impacto de los riesgos.

8.2.3. Con respecto de las Actividades de Control

- Se debe mejorar el sustento de la determinación de los procesos críticos de la entidad a través de la actualización de los manuales de procedimientos.
- Se debe realizar un análisis de segregación de funciones con el fin de mejorar la eficiencia en los procesos de la entidad.
- Se debe identificar y analizar las actividades de control establecidas en los procesos con el fin de dar respuesta a los riesgos que enfrenta ESSALUD.
- Se debe implementar o fortalecer la evaluación periódica de la efectividad operativa de los controles y el cumplimiento de las directivas y políticas dispuestas en su plan de seguridad de la información.

- e) Se deben implementar controles de TI orientados a garantizar eficiencia y eficacia de las operaciones sistematizadas.

8.2.4. Con respecto de la Información y Comunicación

- a) Se debe definir claramente los canales de comunicación interna o externa y formalizarlos para que permitan un adecuado flujo de información dentro de los procesos y en relación con los objetivos estratégicos y operativos de ESSALUD
- b) Se debe fortalecer los controles relacionados con la seguridad de los sistemas de información; la generación de reportes de gestión en términos de oportunidad; y con la disponibilidad y difusión de información sobre los acontecimientos institucionales.
- c) Se debe fortalecer la gestión de archivos a través de la asignación de recursos materiales, económicos y de personal especializado, que permita su adecuado funcionamiento y la administración de la información institucional.

8.2.5. Con respecto de la Supervisión

- a) Se debe desarrollar normas o procedimientos internos para las actividades de prevención, monitoreo oportuno y autoevaluación del control interno.
- b) Se debe implementar controles que aseguren el seguimiento oportuno de la implementación de las diversas recomendaciones emitidas por los órganos del Sistema Nacional de Control.



9. ANEXOS

Anexo 1: Concordancia Normativa

Como parte del diagnóstico, se realizó un análisis de la normativa interna que existe con respecto de las Normas de Control Interno. En este sentido, se elaboró la concordancia del marco normativo interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD). 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 se ha realizado considerando los objetivos de cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno. A continuación, se presenta la concordancia normativa del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).



Tabla N° 52

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.1 FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN (1 de 3)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR
1	Resolución N° 737-PE-IPSS-1988	Reglamento de Control de Personal y Acciones Disciplinarias	10.Jul.1988	GCGP
2	Resolución N° 005-PE-IPSS-1996	Régimen Disciplinario de los Trabajadores del Instituto Peruano de Seguridad Social	10.Ene.1996	GCGP
3	Resolución N° 092-PE-IPSS-1995	Directiva N° 001-PE-IPSS-95	26.Set.1995	GCGP
4	Resolución N° 1045-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Directiva sobre Sanciones Disciplinarias al Personal bajo el Régimen Laboral Especial de Contratación Administrativa de Servicios - CAS	24.Sep.2012	GCGP
5	Resolución N° 1080-GG-ESSALUD-2007	Modifica el párrafo del artículo 81° Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	10.Ago.2007	GCGP



Tabla N° 53
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL
SUBCOMPONENTE 1.1 FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN (2 de 3)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
6	Resolución N° 1082-GG-ESSALUD-2010	Modifica Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99	14.Sep.2010	GCGP	Modificar el primer párrafo del artículo 81° del Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral de la actividad privada, aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.
7	Resolución N° 139-PE-ESSALUD-1999	Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	21.Jun.1999	GCGP	Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el Régimen Laboral de la Actividad Privada de ESSALUD.
8	Resolución N° 244-GG-ESSALUD-2009	Modificar el Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	05.Mar.2009	GCGP	Modificar el numeral 2 del artículo 36° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad del Seguro Social de Salud aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-1999.
9	Resolución N° 250-PE-ESSALUD-2001	Modificación al Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	17.May.2001	GCGP	Incluir los literales t) y u) en el art. 20 del Reglamento Interno de Trabajo (RIT).
10	Resolución N° 258-PE-ESSALUD-2005	Reglamento de Procesos Administrativos Disciplinarios para servidores y funcionarios del régimen laboral de la actividad pública del Seguro Social de Salud- ESSALUD	05.May.2005	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Procesos Administrativos Disciplinarios para servidores y funcionarios del régimen laboral de la actividad pública del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
11	Resolución N° 381-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Conformación del Equipo Técnico del Plan de Mejora del Clima Laboral	24.Abr.2012	GCGP	Conformar el Equipo Técnico que se encargará de dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo del Plan de Mejora del Clima Laboral en ESSALUD.
12	Resolución N° 408-GG-ESSALUD-2012	Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016	25.Jun.2012	GCGP	Aprobar el Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016











13	Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2013	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014	10.May.2013	SG	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014.
14	Resolución N° 520-GCRH-ESSALUD-2006	Directiva N° 002-GCRH-ESSALUD-2006	17.May.2006	GCGP	Aprueba la Directiva "Lineamientos respecto del Ejercicio del Derecho de Huelga".
15	Resolución N° 729-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2011	12.May.2011	GCGP	Aprobar la Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2011 "Normativa Interna que rige las Negociaciones Colectivas en ESSALUD".
16	Resolución N° 735-PE-ESSALUD-2005	Modificación del Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	23.Dic.2005	GCGP	Modificar el artículo 66° del Reglamento Interno de Trabajo (RIT).



Tabla N° 54

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.1 FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN (3 de 3)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
17	Resolución N° 757-GG-ESSALUD-2009	Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2009	10.Jul.2009	GCGP	Aprobar la Directiva de los Comités de Ética en Investigación de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD. Dejar sin efecto la Resolución N° 169-GCRH-ESSALUD-2005 que aprobó las "Normas Generales Ético-Científicas para la Investigación Clínica en las Redes Asistenciales de ESSALUD.
18	Resolución N° 809-GG-ESSALUD-2010	Modifica el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) - Licencias	23.Jul.2010	GCGP	Modificar el numeral 2 del artículo 36° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada del Seguro Social de Salud - ESSALUD aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.
19	Resolución N° 034-GG-ESSALUD-2006	Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2006	17.Ene.2006	OCTIC	Norma de Seguridad Física Y del Entorno de ESSALUD.



Tabla N° 55
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL
SUBCOMPONENTE 1.2 INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS (1 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 737-PE-IPSS-1988	Reglamento de Control de Personal y Acciones Disciplinarias	10.Jul.1988	GCGP	Aprobar el Reglamento de Control de Personal y Acciones Disciplinarias.
2	Resolución N° 005-PE-IPSS-1996	Régimen Disciplinario de los Trabajadores del Instituto Peruano de Seguridad Social	10.Ene.1996	GCGP	Incorporar como tercer párrafo del numeral 6.3 de la Directiva N° 001-PE-IPSS-95, aprobada por Resolución N° 092-PE-IPSS-95.
3	Resolución N° 092-PE-IPSS-1995	Directiva N° 001-PE-IPSS-95	26.Set.1995	GCGP	Aprobar el "Régimen Disciplinario de los Trabajadores del Instituto Peruano de Seguridad Social".
4	Resolución N° 1045-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Directiva sobre Sanciones Disciplinarias al Personal bajo el Régimen Laboral Especial de Contratación Administrativa de Servicios - CAS	24.Sep.2012	GCGP	Aprobar la Directiva sobre Sanciones Disciplinarias al Personal bajo el Régimen Laboral Especial de Contratación Administrativa de Servicios - CAS. Dejar sin efecto la Carta Circular N° 28-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 y todas las disposiciones internas que hayan expedido con anterioridad a la expedición de la presente Directiva.
5	Resolución N° 1080-GG-ESSALUD-2007	Modifica el párrafo del artículo 81º Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	10.Ago.2007	GCGP	Modifica el párrafo del Art. 81 Reglamento Interno de Trabajo (RIT). Dejar sin efecto el artículo 88º del Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el Régimen Laboral de la actividad privada aprobado mediante Resolución N° 139-PE-ESSALUD-1999.
6	Resolución N° 1082-GG-ESSALUD-2010	Modifica Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99	14.Sep.2010	GCGP	Modificar el primer párrafo del artículo 81º del Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral de la actividad privada, aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.

7	Resolución N° 139-PE- ESSALUD-1999	Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	21.Jun.1999	GCGP	Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el Régimen Laboral de la Actividad Privada de ESSALUD.
8	Resolución N° 250-PE- ESSALUD-2001	Modificación al Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	17.May.2001	GCGP	Incluir los literales t) y u) en el art. 20 del Reglamento Interno de Trabajo (RIT).



Tabla N° 56

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.2 INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS (2 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
9	Resolución N° 258-PE-ESSALUD-2005	Reglamento de Procesos Administrativos Disciplinarios para servidores y funcionarios del régimen laboral de la actividad pública del Seguro Social de Salud- ESSALUD	05.May.2005	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Procesos Administrativos Disciplinarios para servidores y funcionarios del régimen laboral de la actividad pública del Seguro Social de Salud- ESSALUD".
10	Resolución N° 381-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Conformación del Equipo Técnico del Plan de Mejora del Clima Laboral	24.Abr.2012	GCGP	Conformar el Equipo Técnico que se encargará de dirigir, supervisar y evaluar el desarrollo del Plan de Mejora del Clima Laboral en ESSALUD.
11	Resolución N° 408-GG-ESSALUD-2012	Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016	25.Jun.2012	GCGP	Aprobar el Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016
12	Resolución N° 634-GG-ESSALUD-2011	Modifica el Reglamento Interno de Trabajo (RIT).	18.Abr.2011	GCGP	Incorporar los literales n) y ñ) en el artículo 18°; el literal k) en el artículo 21° y el artículo 102° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada del Seguro Social de Salud - ESSALUD aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.
13	Resolución N° 706-GCGP-ESSALUD-2013	Directiva N° 01-GCGP-ESSALUD-2013	18.May.2013	GCGP	Aprobar la Directiva N° 01-GCGP-ESSALUD-2013, "Normas para la Ejecución del Programa de Apoyo Social al Trabajador Enfermo de ESSALUD".
14	Resolución N° 735-PE-ESSALUD-2005	Modificación del Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	23.Dic.2005	GCGP	Modificar el artículo 66° del Reglamento Interno de Trabajo (RIT).
16	Resolución N° 809-GG-ESSALUD-2010	Modifica el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) - Licencias	23.Jul.2010	GCGP	Modificar el numeral 2 del artículo 36° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada del Seguro Social de Salud - ESSALUD aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.

17	Resolución N° 034-GG-ESSALUD-2006	Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2006	17.Ene.2006	OCTIC	Norma de Seguridad Física y del Entorno de ESSALUD.
15	Resolución N° 757-GG-ESSALUD-2009	Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2009	10.Jul.2009	GCGP	Aprobar la Directiva de los Comités de Ética en Investigación de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD. Dejar sin efecto la Resolución N° 169-GCRH-ESSALUD-2005 que aprobó las "Normas Generales Ético-Científicas para la Investigación Clínica en las Redes Asistenciales de ESSALUD.



Tabla N° 57

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.3 ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 223-GG-ESSALUD-2014	Plan Operativo Institucional 2014	20.Feb.2014	OCPD	Plan Operativo Institucional 2014
2	Resolución N° 408-GG-ESSALUD-2012	Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016	25.Jun.2012	GCGP	Aprobar el Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016
3	Resolución N° 723-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2014	16.Jul.2014	OCPD	"Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2015".
4	Resolución N° 737-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2014	18.Jul.2014	OCPD	"Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
5	Resolución N° 755-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2011	13.May.2011	GCGP	Normas Generales para el Desarrollo del Programa de Pre Grado en el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
6	Resolución N° 973 GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2013	18.Jul.2013	OCPD	Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2014.
7	Resolución N° 1397-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011	20.Set.2011	OCPD	"Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional".
8	Resolución N° 973 GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2013	18.Jul.2013	OCPD	Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2014.
9	Resolución N° 116-GG-ESSALUD-2014	Plan Anual de Inversiones Institucional para el Ejercicio Fiscal 2014.	23.Ene.2014	OCPD	Plan Anual de Inversiones Institucional para el Ejercicio Fiscal 2014.
10	Resolución N° 223-GG-ESSALUD-2014	Plan Operativo Institucional 2014	20.Feb.2014	OCPD	Plan Operativo Institucional 2014.

Tabla N° 58

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (1 de 4)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 012-PE-ESSALUD-2007	Reglamento de Organización y Funciones	10.Ene.2007	OCPD	Aprobar la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que consta de tres (03) Títulos, trece (13) Capítulos, treinta y nueve (39) Artículos y una Disposición Complementaria.
2	Resolución N° 1032-PE-ESSALUD-2011	Delega a la Secretaría General las facultades de suscribir Acuerdos y Convenios Marcos, así como Acuerdos y Convenios Específicos	10.Oct.2011	GCGP	Revocar las delegaciones efectuadas en el numeral 1 de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 169-PE-ESSALUD-2008, modificada por la Resolución N° 191-PE-ESSALUD-2008. Dejar sin efecto la Resolución N° 169-PE-ESSALUD-2008.
3	Resolución N° 108-PE-ESSALUD- 2007	Reglamento de Organización y Funciones	07.Feb.2007	OCPD	Aprobar la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Órgano de Control Institucional, Secretaría General, Oficina de Defensa Nacional, Oficina de Relaciones Institucionales, Defensoría del Asegurado, Oficina Central de Coordinación y Apoyo al Desarrollo de la Gestión, Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Oficina Central de Asesoría Jurídica, Oficina General de Administración, Oficina Central de Organización e Informática, Gerencial Central de Seguros, Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales y la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
4	Resolución N° 1094-GG-ESSALUD-2008	Manual de Organización y Funciones	08.Set.2008	ODN	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Defensa Nacional.
5	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	MOF de la Gerencia Central de Gestión de las Personas	01.Dic.2009	GCGP	Aprobar el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Recursos Humanos.





Tabla N° 59

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (2 de 4)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
09	Resolución N° 1557-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	30.Dic.2009	OCPD	<u>Secretaría General.</u>
10	Resolución N° 228-PE-ESSALUD-2010	Reglamento de Organización y Funciones	24.May.2010	OCPD	Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones.
11	Resolución N° 244-GG-ESSALUD-2009	Modificar el Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	05.Mar.2009	GCGP	Modificar el numeral 2 del artículo 36° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad del Seguro Social de Salud aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-1999.
12	Resolución N° 252-PE-ESSALUD-2007	Modificar el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD.	22.Mar.2007	OCPD	Modificar los artículos 7° y 15° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado por Resolución N° 012-PE-ESSALUD-2007, eliminando a la Oficina Central de Coordinación y Apoyo al Desarrollo de la Gestión e incluyendo a la Oficina de Coordinación Técnica como órganos de apoyo de la Presidencia Ejecutiva. Sustituir al artículo 20° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado con documento en el párrafo precedente, por el texto del Anexo 1.
13	Resolución N° 266-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	12.Mar.2009	OCPD	Defensoría del Asegurado.
14	Resolución N° 283-PE-ESSALUD-2010	Reglamento de Organización y Funciones	01.Jul.2010	OCPD	Gerencia Central de Infraestructura.
15	Resolución N° 286-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización y Funciones	13.Abr.2011	OCPD	<u>Oficina de Relaciones Institucionales.</u>
16	Resolución N° 291-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización y Funciones	14.Abr.2011	OCPD	Gerencia de Procura y Trasplante.

17	Resolución N° 321-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013	27.Feb.2013	OCPD	"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones - ESSALUD".
18	Resolución N° 326-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización de Funciones	28.Abr.2011	OCPD	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.
19	Resolución N° 332-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización de Funciones	05.May.2011	OCPD	Defensoría del Asegurado.



Tabla N° 60

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (3 de 4)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
20	Resolución N° 348-PE-ESSALUD-2007	Reglamento de Organización y Funciones	25.May.2007	OCPD	Aprobar la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de Oferta Flexible, que consta de dos (02) Títulos, ocho (08) Capítulos y veintitrés (23) Artículos.
21	Resolución N° 366-PE-ESSALUD-2010	Reglamento de Organización y Funciones	20.Ago.2010	OCPD	Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
22	Resolución N° 426-PE-ESSALUD-2007	Reglamento de Organización y Funciones	13.Jul.2007	OCPD	Aprobar la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Centro Nacional de Salud Renal, que consta de tres (3) Títulos, nueve (09) Capítulos y veintiocho (28) Artículos.
23	Resolución N° 451-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	27.Abr.2009	OCPD	Oficina Central de Organización e Informática.
24	Resolución N° 474-PE-ESSALUD-1997	Reglamento de Organización y Funciones	18.Abr.1997	OCPD	Aprobar el Reglamento de Organización y Funciones de los Centros de Rehabilitación Profesional, CERP, que consta de tres (03) títulos, seis (06) capítulos y quince (15) artículos.
25	Resolución N° 498-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización y Funciones	06.Jul.2011	OCPD	Centro de Atención Primaria CAP III.
26	Resolución N° 532-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización y Funciones	20.Jul.2011	OCPD	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
27	Resolución N° 533-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	15.May.2009	OCPD	Gerencia General.
28	Resolución N° 533-PE-ESSALUD-2011	Reglamento de Organización y Funciones	20.Jul.2011	OCPD	Gerencia Central de Finanzas.
29	Resolución N° 712-PE-ESSALUD-2006	Cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son cargos de confianza	30.Oct.2006	GCGP	Establecer que los cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son cargos de confianza.
30	Resolución N° 743-PE-ESSALUD-2006	Cargos administrativos niveles E5 y E6 son de Confianza	13.Nov.2006	GCGP	Establece que los cargos administrativos niveles E5 y E6 son de confianza.
31	Resolución N° 764-GG-ESSALUD-2006	Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes y Microredes	15.Nov.2006	GCGP	Establece Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes y Microredes.

Tabla N° 61

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL (4 de 4)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
32	Resolución N° 828-PE-ESSALUD-2013	Reglamento de Organización y Funciones	21.Nov..2013	OCPD	Instituto Cardiovascular. Nacional
33	Resolución N° 873-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	07.Ago.2009	OCPD	Órgano de Control Institucional.
34	Resolución N° 886-GG-ESSALUD-2008	Directiva N°016-GG-ESSALUD-2008	25.Jul.2008	OCPD	"Normas para la formulación y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones en ESSALUD".
35	Resolución N° 894-PE-ESSALUD-1992	Reglamento de Organización y Funciones	08.Jun.1992	OCPD	Aprobar los Reglamentos de Organización y Funciones por Niveles de Atención de los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social.
36	Resolución N°130-CNSR-ESSALUD-2013	Manual de Organización y Funciones	27.Dic.2013	OCPD	Centro Nacional de Salud Renal.
37	Resolución N° 029-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	12.Ene.2009	OCT	Oficina de Coordinación Técnica.
38	Resolución N° 1544-GG-ESSALUD-2013	Modificar la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013	13.Dic.2013	OCPD	Modificar el numeral 7.1.4 del rubro 7.1 Disposiciones Generales; los numerales 7.2.5,7.2.6,7.2.7, 7.2.8 del rubro 7.2 De la formulación; 3) 7.2.5 del acápite Disposiciones Específicas de la Directiva 03-GG-ESSALUD-2013 "Normas para La Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones-MOF en ESSALUD" que fue Aprobado por Resolución 321-GG-ESSALUD-2013.
39	Resolución N° 321-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013	27.Feb.2013	OCPD	"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones - ESSALUD".



Tabla N° 62

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (1 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 335-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	Directiva N° 02-GCGP-ESSALUD-2011	30.Mar.2011	GCGP	Normas que regulan la Selección de Personal en ESSALUD.
2	Resolución N° 038-PE-ESSALUD-2014	Aprobar el Reordenamiento de los Cargos del Cuadro para Asignación de Personal del Seguro Social de Salud.	14.Ene.2014	OCPD	Aprobar el Reordenamiento de los Cargos del Cuadro para Asignación de Personal del Seguro Social de Salud.
3	Resolución N° 089-GCDP-IPSS-1997	Directiva N° 001-GCDP-IPSS-1997	14.Abr.1997	GCGP	Aprobar la Directiva "Proceso de Selección, Ejecución y Supervisión de Prácticas Pre Profesionales en el Instituto Peruano de Seguridad Social".
4	Resolución N° 1070-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	Otorgamiento de Licencias Sindicales para personal Público. Privado y modalidad CAS.	18.Nov.2011	GCGP	Disponer que el personal contratado bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios (CAS), tiene derecho a contar con permiso y licencia sindical.
5	Resolución N° 1094-GG-ESSALUD-2008	Manual de Organización y Funciones	08.Set.2008	ODN	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Defensa Nacional.
6	Resolución N° 1095-GG-ESSALUD-2008	Autorización de Otorgamiento de Licencias con goce de haber al personal de Profesión Médico Cirujano de ESSALUD	08.Set.2008	GCGP	Autorización de Otorgamiento de Licencias con goce de haber al personal de Profesión Médico Cirujano de ESSALUD para el ejercicio de cargos internacionales, nacionales, regionales y locales en las entidades representativas que derivan de su profesión por el periodo que dure su gestión.
7	Resolución N° 1106-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	Modifica Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	24.Nov.2011	GCGP	Incorporar el literal t) al numeral 3, Base Legal, de la Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011, "Lineamientos que rigen la cobertura de servicios bajo el régimen de la Contratación Administrativa de Servicios - CAS" aprobada por Resolución N° 222-GCGP-OGA-ESSALUD-2011.
8	Resolución N° 111-PE-ESSALUD-2005	Reglamento de Residentado Médico en el Seguro Social de Salud-ESSALUD.	18.Feb.2005	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Residentado Médico en el Seguro Social de Salud-ESSALUD".
9	Resolución N° 113-PE-ESSALUD-2009	Reglamento de Promoción del Personal del Seguro	04.Mar.2009	GCGP	Aprobar el Reglamento de Promoción del Personal del

		Social de Salud (ESSALUD).			Seguro Social de Salud (ESSALUD).
10	Resolución N° 126-GCGP-ESSALUD-2013	Manual de Perfiles Básicos del Grupo Ocupacional Ejecutivos	29.Ene.2013	GCGP	Dejar sin efecto la Resolución N° 1059-GCGP-OGA-ESSALUD-2011, la Resolución N° 1147-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 y las Cartas Circulares N° 074-GCRH-ESSALUD-2006 y 179-GCRH-ESSALUD-2006. Aprobar el "Manual de Perfiles Básicos del Grupo Ocupacional Ejecutivo".
11	Resolución N° 1293-GG-ESSALUD-2007	Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2007	28.Set.2007	GCGP	Aprobar la Directiva "Normas para el otorgamiento de Licencias Sindicales a los dirigentes de los Organismos Gremiales de trabajadores administrativos y asistenciales de ESSALUD".



Tabla N° 63

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (2 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
12	Resolución N° 1338-GG-ESSALUD-2010	Modifica Reglamento de Promoción del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	29.Oct.2010	GCGP	Incorporar la Octava Disposición Complementaria en el "Reglamento de Promoción del Personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 113-PE-ESSALUD-2009. Dejar subsistentes, los demás extremos del Reglamento aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 113-PE-ESSALUD-2009.
13	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	MOF de la Gerencia Central de Gestión de las Personas	01.Dic.2009	GCGP	Aprobar el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Recursos Humanos.
14	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	01.Dic.2009	OCPD	Gerencia Central de Recursos Humanos.
15	Resolución N° 1424-GCRH-OGA-ESSALUD-2008	Manual de Perfiles Básicos de los Cargos	02.Oct.2008	GCGP	Aprobar el "Manual de Perfiles Básicos de los Cargos" de la Institución para los Grupos Ocupacionales Profesional, Técnico, y Auxiliar.
16	Resolución N° 1445-GG-ESSALUD-2010	Modifica el Anexo A de la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010	18.Nov.2010	GCGP	Suspender la aplicación de los literales a) y b) del numeral 8.5 de la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010, "Reglamento del Régimen de Prestaciones Complementarias de Trabajo para el Personal Asistencial de ESSALUD", aprobada por Resolución N° 162-GG-ESSALUD-2010. Modificar el Anexo A de la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010.
17	Resolución N° 1557-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	30.Dic.2009	SG	<u>Secretaría General.</u>
18	Resolución N° 174-GG-ESSALUD-2012	Flujograma para la contratación por Contratación Administrativa de Servicios que deberán observar todas las Unidades Orgánicas de la Sede Central	21.Feb.2012	GCGP	Flujograma para la contratación por Contratación Administrativa de Servicios que deberán observar todas las Unidades Orgánicas de la Sede Central. Dejar sin efecto los numerales 2,3 y 4 de la Resolución N° 426-GG-ESSALUD-2011.

19	Resolución N° 156-PE-ESSALUD-2013	Modifica Reglamento de Concurso para cargos de Jefaturas de Departamento y Servicios Asistenciales en los Centros Asistenciales de ESSALUD	29.Ene.2013	GCGP	Modificar el artículo 12° del "Reglamento de Concurso para los cargo de Jefaturas de Departamento y Servicios Asistenciales en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" aprobado por Resolución N° 237-PE-ESSALUD-2012. Dejar subsistentes los demás extremos del "Reglamento de Concurso para los cargos de Jefaturas de Departamento y Servicios Asistenciales en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" aprobado por Resolución N° 237-PE-ESSALUD-2012.
----	-----------------------------------	--	-------------	------	--



Tabla N° 64

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (3 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
20	Resolución N° 180-PE-ESSALUD-2006	Modificar Resolución N° 471-GG-ESSALUD-2005	22.Feb.2006	GCGP	Reconocer en concordancia con el Acta de Compromiso de fecha 26 de mayo del 2005 la Escala Remunerativa para el Profesional Enfermero Supervisor.
21	Resolución N° 222-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	Directiva N° 01-GCGP-ESSALUD-2011	01.Mar.2011	GCGP	Lineamientos que rigen la cobertura de servicios bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios-CAS.
22	Resolución N° 223-PE-ESSALUD-2000	La Aplicación del requisito en tiempo de servicios para el ejercicio de la licencia sin goce de remuneraciones	08.Ago.2000	GCGP	Precisar la aplicación del requisito en tiempo de servicios para el ejercicio de la licencia sin goce de remuneraciones.
23	Resolución N° 226-GG-ESSALUD-2013	Los Centros Asistenciales de ESSALUD a nivel nacional laboren normalmente los días denominados como no laborales sujetos a horas de trabajo compensables	07.Feb.2013	GCGP	Disponer que los Centros Asistenciales de ESSALUD a nivel nacional laboren normalmente los días denominados como no laborales sujetos a horas de trabajo compensables, decretados por el gobierno, en razón de que los servicios que prestan son indispensables para la sociedad; disposición que comprende a todos los trabajadores asistenciales y a los administrativos, considerándose la no concurrencia al centro de trabajo en dichos días, como inasistencia.
25	Resolución N° 227-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Modifica Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	01.Mar.2012	GCGP	Modificar el numeral 3, Base Legal, de la Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011, los sub numerales 8.12, 8.13, 8.16, 8.17 y 8.18 que corresponde a "Etapas de Selección", y los sub numerales 8.22 y 8.23.
26	Resolución N° 245-GG-ESSALUD-2010	Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010	03.Mar.2010	GCGP	Aprobar la Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010, "Directiva para la Formulación y Evaluación del Requerimiento de Recursos Humanos Asistenciales en ESSALUD".

27	Resolución N° 237-PE-ESSALUD-2012	Reglamento de Concurso para los cargos de Jefaturas de Departamento y Servicio Asistencial en los Centros asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)	06.Mar.2012	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Concurso para los cargos de Jefaturas de Departamento y Servicios Asistencial en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que consta de cincuenta y un (51) artículos, doce (12) Disposiciones Complementarias y cuatro (4) Anexos. Dejar sin efecto la Resolución N° 043-PE-ESSALUD-2007 de fecha 12 de enero 2007, que aprobó el "Reglamento de Concurso para los cargos de Jefaturas de Departamento y Servicio Asistencial en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
----	-----------------------------------	--	-------------	------	--



Tabla N° 65

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (4 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
28	Resolución N° 266-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	12.Mar.2009	OCPD	Defensoría del Asegurado.
29	Resolución N° 321-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013	27.Feb.2013	OCPD	"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones - ESSALUD".
30	Resolución N° 326-PE-ESSALUD-2006	Registro de asistencia	25.May.2006	GCGP	Precisar que la Resolución N° 347-PE-ESSALUD-2001, es aplicable al personal médico cirujano que presta servicios en el Programa PADOMI. Registro de asistencia.
31	Resolución N° 329-GG-ESSALUD-2005	Escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD	22.Jun.2005	GCGP	Modificar la Escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobada por Res. N° 812-GG-ESSALUD-2004.
32	Resolución N° 347-PE-ESSALUD-2001	Registro de asistencia	25.Jun.2001	GCGP	Autorizar que el personal asistencial indicado registre su ingreso y salida firmando partes diarios de asistencia que se ubicarán en las jefaturas respectivas.
33	Resolución N° 347-PE-ESSALUD-2012	Reglamento de Concurso para los cargos de Director de Centro Asistencial en ESSALUD	03.Abr.2012	GCGP	Aprobar el nuevo Reglamento de Concurso para los cargos de Director de Centro Asistencial en ESSALUD, el mismo que consta de sesenta y dos (62) artículos, once (11) Disposiciones Complementarias, cuatro (04) Disposiciones Transitorias y cuatro (04) anexos.
34	Resolución N° 361-GCRH-OGA-ESSALUD-2008	Calificación de los Cargos del Cuadro de Clasificación de Cargos	28.Feb.2008	GCGP	Aprobar la Calificación de los Cargos del Cuadro de Clasificación de Cargos aprobados por R. S. N° 018-97-EF y los establecidos en los documentos de Gestión Institucional.
35	Resolución N° 408-GG-ESSALUD-2012	Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016	25.Jun.2012	GCGP	Aprobar el Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD 2012-2016.
36	Resolución N° 447-GCRH-OGA-ESSALUD-2010	Modifica el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos.	04.Jun.2010	GCGP	Modifica el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos. Dejar subsistentes los demás extremos de la Resolución N° 1424-GCRH-OGA-ESSALUD-2008.

37	Resolución N° 451-GG- ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	27.Abr.2009	OCPD	Oficina Central de Organización e Informática.
38	Resolución N° 426-GG- ESSALUD-2011	Aprueba la Escala de Retribución Unitaria - CAS	15.Mar.2011	GCGP	Aprobar la Escala de Retribución Unitaria para contratar personal por Contratación Administrativa de Servicios - CAS. Conformar un Comité Especial encargado de evaluar las solicitudes de excepción a la Escala de Retribución Unitaria para contratar personal por Contratación Administrativa de Servicios - CAS.



Tabla N° 66

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (5 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
39	Resolución N° 45-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	Cambio modalidad contractual de plazo fijo a indeterminado para el personal de contratado bajo régimen de la actividad privada	13.Ene.2011	GCGP	Disponer que el personal sujeto al régimen laboral de la actividad privada regulado por el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 - Ley de Productividad y Competitividad Laboral, aprobado por Decreto Supremo N° 003-97-TR, contratado a servicios específico (plazo fijo) que cuente con uno (01) o más años de servicios prestados a la Institución al 31 de diciembre de 2010, pase a la condición de contratado a plazo indeterminado.
40	Resolución N° 471-GG-ESSALUD-2005	Modificar la Resolución N° 812-GG-ESSALUD-2004	31.Ago.2005	GCGP	Modificar la Resolución referente a la Escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
41	Resolución N° 487-PE-ESSALUD-2006	Modificar la Resolución N° 812-GG-ESSALUD-2004	29.Ago.2006	GCGP	Aprobar la nueva Escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
42	Resolución N° 533-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	15.May.2009	OCPD	Gerencia General.
43	Resolución N° 599-GG-ESSALUD-2011	Modifica Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010	06.Abr.2011	GCGP	Aprobar los "Valores de Pago para el Régimen de Prestaciones Complementarias de Trabajo (RPCT) por Visita Médica Domiciliaria - PADOMI de la Gerencia de Oferta Flexible". Incluir en la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010 "Reglamento del Régimen de Prestaciones Complementarias de Trabajo para el Personal Asistencial de ESSALUD", el anexo A que se adjunta a la presente Resolución.

44	Resolución N° 566-PE-ESSALUD-2012	Reglamento de Concurso para los cargos de Jefatura, Supervisión y Coordinación de Enfermería en ESSALUD	10.Jul.2012	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Concurso para la Asignación de Cargos de Jefatura, Supervisión y Coordinación de Enfermería en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", que consta de cincuenta y ocho (58), catorce (14) Disposiciones Complementarias, una (1) Disposición Transitoria y dos (02) Disposiciones Finales. Dejar sin efecto el "Reglamento de Concurso para la Asignación de Cargos de Jefatura, Supervisión y Coordinación de Enfermería en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud" aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 486-PE-ESSALUD-2006 y sus modificatorias realizadas por Resoluciones de Gerencia General Nros. 292 y 1466-GG-ESSALUD-2007 Y 663-GG-ESSALUD-2009.
----	-----------------------------------	---	-------------	------	---



Tabla N° 67

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (6 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
45	Resolución N° 634-GG-ESSALUD-2011	Modifica el Reglamento Interno de Trabajo (RIT).	18.Abr.2011	GCGP	Incorporar los literales n) y ñ) en el artículo 18°; el literal k) en el artículo 21° y el artículo 102° del Reglamento Interno de Trabajo para Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada del Seguro Social de Salud - ESSALUD aprobado por Resolución N° 139-PE-ESSALUD-99.
46	Resolución N° 667-GCGP-ESSALUD-2013	Manual de Inducción del colaborador de ESSALUD	21.Mayo.2013	GCGP	Aprobar el "Manual de Inducción el colaborador de ESSALUD", presentado por la Sub Gerencia de Capacitación y Formación Profesional.
47	Resolución N° 712-PE-ESSALUD-2006	Cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son cargos de confianza	30.Oct.2006	GCGP	Establecer que los Cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son Cargos de Confianza.
48	Resolución N° 721-GG-ESSALUD-2005	El pago de Bonificación por escolaridad desde el 2006	23.Dic.2005	GCGP	Disponer el pago de Bonificación por escolaridad desde el 2006.
49	Resolución N° 740-GCGP-ESSALUD-2013	Directiva N° 02-GCGP-ESSALUD-2013	31.Mayo.2013	GCGP	Aprobar la Directiva N° 02-GCGP-ESSALUD-2013, "Normas para la entrega formal del cargo para los trabajadores del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
50	Resolución N° 740-GCGP-ESSALUD-2013	Directiva N° 02-GCGP-ESSALUD-2013	31.Mayo.2013	GCGP	Aprobar la Directiva N° 02-GCGP-ESSALUD-2013, "Normas para la entrega formal del cargo para los trabajadores del Seguro Social de Salud - ESSALUD. Derogar a partir de la fecha la Resolución N° 177-GCRH-ESSALUD-2005 de fecha 23 de Febrero 2005, que aprobó la Directiva N° 002-GCRH-ESSALUD-2005 sobre "Normas para la entrega formal del cargo de los trabajadores del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
51	Resolución N° 743-PE-ESSALUD-2006	Cargos administrativos niveles E5 y E6 son de Confianza	13.Nov.2006	GCGP	Establece que los cargos administrativos niveles E5 y E6 son de Confianza.
52	Resolución N° 751-GCRH-OGA-ESSALUD-2008	Modificación a la Resolución N° 361-GCRH-OGA-ESSALUD-2008	19.May.2008	GCGP	Modificar el Anexo de la Resolución en lo que se refiere a la Calificación de los Cargos Asistenciales del Grupo Ocupacional Auxiliar.

53	Resolución N° 764-GG-ESSALUD-2006	Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes Y Microredes	15.Nov.2006	GCGP	Establece Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes Y Microredes.
54	Resolución N° 812-GG-ESSALUD-2004	Aprueba la nueva escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD.	21.Dic.2004	GCGP	Aprueba la nueva escala Remunerativa para los Directores, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, Supervisoras y Coordinadoras del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
55	Resolución N° 812-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2011	24.May.2011	GCGP	Normas para el Control del Absentismo Laboral por causa médica.



Tabla N° 68

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (7 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
56	Resolución N° 873-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	07.Ago.2009	OCPD	Órgano de Control Institucional.
57	Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 17-GG-ESSALUD-2008	25.Jul.2008	OCPD	"Normas para la formulación, aprobación y actualización del cuadro para asignación de personal (CAP) de ESSALUD".
58	Resolución N° 899-GCGP-ESSALUD-2013	Modificar Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	21.Jun.2013	GCGP	Modificar el numeral 9.4.5 de la Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 "Lineamientos que rigen la cobertura de servicios bajo el régimen de la Contratación Administrativa de Servicios - CAS". Dejar subsistente los demás extremos de la Directiva N° 01-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 aprobado mediante Resolución N° 222-GCGP-OGA-ESSALUD-2011.
59	Resolución N° 900-GCGP-ESSALUD-2013	Modificar Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	21.Jun.2013	GCGP	Modificar el inciso e) del numeral 8.40 de la Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 "Normas que regulan la Selección de Personal en ESSALUD". Dejar subsistente lo demás que contiene la Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011.
60	Resolución N° 906-GG-ESSALUD-2011	Modifica Resolución N° 951-GG-ESSALUD-2007	09.Jun.2011	GCGP	Incluir al finalizar el numeral 8 del artículo 55° del Reglamento de Capacitación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución N° 951-GG-ESSALUD-2007, de fecha 11.07.2007.
61	Resolución N° 951-GG-ESSALUD-2007	Reglamento de Capacitación del Seguro Social de Salud-ESSALUD	27.Jun.2007	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Capacitación del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
62	Resolución N° 956-GG-ESSALUD-2011	Instructivo para el Control de Asistencia del Presidente Ejecutivo	20.Jun.2011	GCGP	Aprobar el "Instructivo para el Control de Asistencia del Presidente Ejecutivo de la Institución", que como anexo adjunto forma parte de la presente Resolución, conforme a lo dispuesto en la Recomendación N° 2 del Informe de Control N° 072-2011-CG/SSO-EE.
63	Resolución N° 964-GCRH-ESSALUD-2000	Directiva N° 001-GCRH-ESSALUD-2000	11.Dic.2000	GCGP	Aprobar la Directiva "Administración de Legajo de Personal".
64	Resolución N° 029-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	12.Ene.2009	OCT	Oficina de Coordinación Técnica.

65	Resolución N° 1005-GCGP-ESSALUD-2014	Indicadores de Rendimiento Laboral de las principales actividades del profesional Obstetriz/Obstetra en ESSALUD	27.Jun.2014	GCGP	Resolución N° 1005-GCGP-ESSALUD-2014 del 27.06.2014 que resuelve aprobar los indicadores de rendimiento laboral de las principales actividades asistenciales del profesional obstetriz/obstetra en ESSALUD.
----	--------------------------------------	---	-------------	------	---



Tabla N° 69

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.5 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (8 de 8)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
66	Resolución N° 1544-GG-ESSALUD-2013	Modificar la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013	13.Dic.2013	OCPD	Modificar el numeral 7.1.4 del rubro 7.1 Disposiciones Generales; los numerales 7.2.5,7.2.6,7.2.7, 7.2.8 del rubro 7.2 De la formulación; 3) 7.2.5 del acápite Disposiciones Específicas de la Directiva 03-GG-ESSALUD-2013 "Normas para La Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones-MOF en ESSALUD" que fue Aprobado por Resolución 321-GG-ESSALUD-2013.
67	Resolución N° 295-GG-ESSALUD-2014	Modificar la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2009	11.Mar.2014	GCGP	Modificar el numeral VI.19 "Disposiciones Generales" del TUO de la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2009 "Normas para elaborar la Programación Asistencial de los Trabajadores de Salud, Profesionales y No Profesionales, en los Centros Asistenciales de ESSALUD".
68	Resolución N° 520-PE-ESSALUD-2014	Modificar el Reglamento del Concurso para los cargos de Jefatura de Departamento y Servicio y Asistencial del Seguro Social de Salud	21.Oct.2014	GCGP	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 520-PE-ESSALUD-2014 del 21.10.2014 que resuelve modificar el artículo 3° del Reglamento de Concurso para los CARGOS de Jefatura de departamento y servicio asistencial en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD), aprobado por resolución de Presidencia Ejecutiva N° 237-PE-ESSALUD-2012, y modificado por resolución de Presidencia Ejecutiva N° 156-PE-ESSALUD-2013.
69	Resolución N° 666-GG-ESSALUD-2014	Escalafón de los Trabajadores del Seguro Social de Salud - ESSALUD	30.Jun.2014	GCGP	Aprobar el "Escalafón de los Trabajadores del Seguro Social de Salud - ESSALUD". Dejar sin efecto la Resolución N° 1104-GG-ESSALUD-2013.
70	Resolución N° 772-GCGP-ESSALUD-2014	Directiva N° 001-GCGP-ESSALUD-2014	16.May.2014	GCGP	Aprobar la Directiva N° 001-GCGP-ESSALUD-2014 "Normas para Desplazamientos de Personal" y el Formulario de Desplazamiento de Personal.

71	Resolución N° 1653-GG-ESSALUD-2011	Modifica Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2011	07.Nov.2011	GCGP	Modificar el numeral 7.5 de la Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2011 "Normativa Interna que rige las Negociaciones Colectivas en ESSALUD", aprobada por Resolución N° 729-GG-ESSALUD-2011.
----	------------------------------------	--	-------------	------	--



[Handwritten signature]



Tabla N° 70

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.2 COMPETENCIA PROFESIONAL (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 1046-PE-ESSALUD-2004	Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud.	13.Dic.2004	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud".
2	Resolución N° 446-GCRH-OGA-ESSALUD-2010	Calificación de los Cargos	03.Jun.2010	GCGP	Establecer que el Cargo de Profesional Altamente Especializado 1 (P-1) tiene la calificación Administrativo o Asistencial.
3	Resolución N° 764-GG-ESSALUD-2006	Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes y Microredes	15.Nov.2006	GCGP	Establece Competencia y atribuciones que le compete al GCRH, Gerentes y Directores de Redes y Microredes.



Tabla N° 71

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.7 ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDADES (1 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 101-PE-ESSALUD-2014	Modifica el Listado de funcionarios responsables de brindar la información pública para la Sede Central.	03.Feb.2014	SG	Modificar el listado de funcionarios responsables de brindar la información pública del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2	Resolución N° 1094-GG-ESSALUD-2008	Manual de Organización y Funciones	08.Set.2008	ODN	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Defensa Nacional.
3	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	MOF de la Gerencia Central de Gestión de las Personas	01.Dic.2009	GCGP	Aprobar el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Recursos Humanos.
4	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	01.Dic.2009	OCPD	Gerencia Central de Recursos Humanos.
5	Resolución N° 1557-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	30.Dic.2009	OCPD	<u>Secretaría General.</u>
6	Resolución N° 162-GG-ESSALUD-2010	Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2010	15.Feb.2010	GCGP	Reglamento del Régimen de Prestaciones Complementarias de Trabajo para el Personal Asistencial de ESSALUD.
7	Resolución N° 245-GG-ESSALUD-2010	Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010	03.Mar.2010	GCGP	Aprobar la Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2010, "Directiva para la Formulación y Evaluación del Requerimiento de Recursos Humanos Asistenciales en ESSALUD".
8	Resolución N° 266-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	12.Mar.2009	OCPD	Defensoría del Asegurado.
9	Resolución N° 276-GG-ESSALUD-2011	Precisar las facultades del Presidente Ejecutivo y el Gerente General para emitir Resoluciones de Designación o Encargo	17.Feb.2011	GCGP	Precisar que el Presidente Ejecutivo y el Gerente General, en uso de sus facultades emitirán Resoluciones de Designación o Encargo, así como el término de las mismas, sin ser necesario contar con autorización previa de funcionarios de menor nivel, salvo indicación expresa.
10	Resolución N° 321-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013	27.Feb.2013	OCPD	"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones - ESSALUD".

GERENCIA CENTRAL DE ASESORIA JURÍDICA
V°B°
F. BARRAL
Gerente Central (a)
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
DR. R. APIZA P.
Gerente Central (a)
ESSALUD

SECRETARÍA GENERAL
V°B°
S. RUIZ
Secretaria General
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
V°B°
N. MAYAYA
Gerente Central
ESSALUD

Oficina Central de Asesoría Jurídica
V°B°
V. DIAZ
Jefe Of. Central
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE LOGÍSTICA
V°B°
MOTTA M.
Gerente Central (a)
ESSALUD

Oficina de Coordinación Técnica P.E.
V°B°
Dr. VICTOR DOMÍNGUEZ
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO
V°B°
Ing. A. ROJAS
Gerente Central (a)
ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS
V°B°
C. Benavides
Gerente Central (a)
ESSALUD

Tabla N° 72
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL
SUBCOMPONENTE 1.7 ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDADES (2 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
11	Resolución N° 373-GCRH-OGA-ESSALUD-2010	Modificar la Directiva N° 001-GCRH-ESSALUD-2000	04.May.2010	GCGP	Modificar la Directiva "Administración de Legajo de Personal", aprobada por Resolución N° 964-GCRH-ESSALUD-2000.
12	Resolución N° 451-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	27.Abr.2009	OCPD	Oficina Central de Organización e Informática.
13	Resolución N° 533-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	15.May.2009	OCPD	Gerencia General.
14	Resolución N° 587-PE-ESSALUD-2009	Funcionario responsable de ESSALUD para remitir la información relativa a las ofertas de empleo	28.Dic.2009	GCGP	Modificación del numeral 1 de la Res. N°918-PE-ESSALUD-2004.
15	Resolución N° 712-PE-ESSALUD-2006	Cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son cargos de confianza	30.Oct.2006	GCGP	Establecer que los Cargos ejecutivos niveles E5 y E6 son Cargos de Confianza.
16	Resolución N° 743-PE-ESSALUD-2006	Cargos administrativos niveles E5 y E6 son de Confianza	13.Nov.2006	GCGP	Establece que los cargos administrativos niveles E5 y E6 son de Confianza.
17	Resolución N° 873-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	07.Ago.2009	OCPD	Órgano de Control Institucional.
18	Resolución N° 918-PE-ESSALUD-2004	Funcionario responsable de ESSALUD para remitir la información relativa a las ofertas de empleo	04.Nov.2004	GCGP	Designar como Funcionario responsable de ESSALUD para remitir la información relativa a las ofertas de empleo.
19	Resolución N°130-CNSR-ESSALUD-2013	Manual Organización y Funciones	27.Dic.2013	OCPD	Centro Nacional de Salud Renal.
20	Resolución N° 029-GG-ESSALUD-2009	Manual Organización y Funciones	12.Ene.2009	OCT	Oficina de Coordinación Técnica.
21	Resolución N° 1544-GG-ESSALUD-2013	Modificar la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013	13.Dic.2013	OCPD	Modificar el numeral 7.1.4 del rubro 7.1 Disposiciones Generales; los numerales 7.2.5,7.2.6,7.2.7, 7.2.8 del rubro 7.2 De la formulación; 3) 7.2.5 del acápite Disposiciones Específicas de la Directiva 03-GG-ESSALUD-2013 "Normas para La Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones-MOF en ESSALUD" que fue Aprobado por Resolución 321-GG-ESSALUD-2013.



Tabla N° 73

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

SUBCOMPONENTE 1.8 ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 436-GCGP-OGA-ESSALUD-2012	Modifica Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011	10.May.2012	GCGP	Complementar el numeral 9.12 de la Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011, con el contenido de la Recomendación N° 7 del Informe de Control N° 005-2011-2-0251 del Órgano de Control Institucional. Dejar subsistentes los demás extremos de la Directiva N° 02-GCGP-OGA-ESSALUD-2011 aprobada por Resolución N° 335-GCGP-OGA-ESSALUD-2011.



Tabla N° 74
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS
SUBCOMPONENTE 2.1 PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 004-OCTIC-ESSALUD-2011	Directiva N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	27.Oct.2011	OCTIC	"Guía para la elaboración del Plan de Seguridad ante contingencias de las Oficinas de Soporte Informático".
2	Resolución N° 1397-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011	20.Set.2011	OCPD	"Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional".
3	Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2013	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014.	10.May.2013	SG	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014.
4	Resolución N° 448-PE-ESSALUD-2011	Política de Seguridad y Defensa Institucional ESSALUD 2011-2015	20.Jun.2011	ODN	Se aprueba la Política de Seguridad y Defensa Institucional ESSALUD 2011-2015, y se incluye en el Plan Estratégico Institucional 2008-2011, aprobado por Consejo Directivo 5-2 ESSALUD 2008.
5	Resolución N° 033 GCAS-ESSALUD-2011	Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento	16.NOV.2011	GCAS	Se aprueba los Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento.
6	Resolución N° 016 GCAS-ESSALUD-2014	Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos	04.JUL.2014	GCAS	Se aprueba la Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos.
7	Resolución N° 02-OCOI-ESSALUD-2010	Plan Estratégico de Seguridad Informática	03.Ago.2010	OCOI	Se aprueba Plan Estratégico de Seguridad Informática.

Tabla N° 75

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS

SUBCOMPONENTE 2.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 033 GCAS-ESSALUD-2011	Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento	16.NOV.2011	GCAS	Se aprueba los Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento.
2	Resolución N° 016 GCAS-ESSALUD-2014	Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos	04.JUL.2014	GCAS	Se aprueba la Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos.
3	Resolución N° 02-OCOI-ESSALUD-2010	Plan Estratégico de Seguridad Informática	03.Ago.2010	OCOI	Se aprueba Plan Estratégico de Seguridad Informática.



Tabla N° 76
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS
SUBCOMPONENTE 2.3 VALORACIÓN DE RIESGOS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 033 GCAS-ESSALUD-2011	Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento	16.NOV.2011	GCAS	Se aprueba los Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento.
2	Resolución N° 016 GCAS-ESSALUD-2014	Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos	04.JUL.2014	GCAS	Se aprueba la Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos.



Tabla N° 77
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS
SUBCOMPONENTE 2.4 RESPUESTA AL RIESGO (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 142-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2014	31.Ene.2014	GCF	Tratamiento Financiero y Contable de las Contingencias judiciales o Arbitrales en ESSALUD.
2	Resolución N° 004-OCTIC-ESSALUD-2011	Directiva N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	27.Oct.2011	OCTIC	"Guía para la elaboración del Plan de Seguridad ante contingencias de las Oficinas de Soporte Informático".
3	Resolución N° 016-GCF-OGA-ESSALUD-2008	Procedimiento de Administrativo y Contable para el control, contabilización y Análisis de las Cartas Fianzas y Moneda Extranjera.	26.Mar.2008	GCF	Procedimiento de Administrativo y Contable para el control, contabilización y Análisis de las Cartas Fianzas y Moneda Extranjera.
4	Resolución N° 064-GDP-ESSALUD-2005	Directiva N° 004-GDP-ESSALUD-2005	20.Dic.2005	GCPEyS	Aprobar la Directiva N° 004-GDP-ESSALUD-2005 "Directiva del Sistema de Monitoreo Evaluación y Supervisión de los CAM".
5	Resolución N° 1337-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 022-GG-ESSALUD-2008	04.Nov.2008	ODN	"Normas de Prevención y Seguridad para la Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil en el Órgano Central y Órganos Desconcentrados en ESSALUD".
6	Resolución N° 033 GCAS-ESSALUD-2011	Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento	16.NOV.2011	GCAS	Se aprueba los Procedimientos e instructivos para la Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento.
7	Resolución N° 016 GCAS-ESSALUD-2014	Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos	04.JUL.2014	GCAS	Se aprueba la Política de Gestión de Riesgos de la Gerencia Central de Aseguramiento y aprobar Manual, formatos y perfiles de riesgos.

Tabla N° 78

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.1 PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN (1 de 3)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 027-GCF-ESSALUD-2002	Manual de Procedimientos	12.Mar.2002	GCF	Manual de Procedimientos para el pago de Prestaciones Económicas a través de la banca electrónica.
2	Resolución N° 010-GCF-ESSALUD-2002	Manual de Procedimientos	23.Ene.2002	GCF	Manual de Procedimientos para el otorgamiento y autorización de pago de Prestaciones Económicas a asegurados regulares, potestativos y agrarios.
3	Resolución N° 080-GCF-OGA-ESSALUD-2008	Manual de Procedimiento	30.Dic.2008	GCF	Manual de Procedimiento Operativo del Sistema de Tesorería -ESSALUD.
4	Resolución N° 680-GG-ESSALUD-2007	Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD.	25.Abr.2007	OCPD	Aprobar el "Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD".
5	Resolución N° 002-GCF-OGA-ESSALUD-2009	Procedimiento de Registro, Análisis y Depuración Contable de las Cuentas por Cobrar Servicios Hospitalarios y Cuentas por Cobrar Facturación Diversas.	16.Ene.2009	GCF	Procedimiento de Registro, Análisis y Depuración Contable de las Cuentas por Cobrar Servicios Hospitalarios y Cuentas por Cobrar Facturación Diversas.
6	Resolución N° 013-GCF-OGA-ESSALUD-2011	Procedimientos Operativos de Registro y validación de la Información de Operaciones, Emisión de Informe de control y Validación de reportes generados en la Plataforma Key Solutions.	10.Feb.2011	GCF	Procedimientos Operativos de Registro y validación de la Información de Operaciones, Emisión de Informe de control y Validación de reportes generados en la Plataforma Key Solutions.
7	Resolución N° 036-GCPS-ESSALUD-2009	Manual de Normas y Procedimientos de Inmunizaciones.	26.Jun.2009	GCPS	Manual de Normas y Procedimientos de Inmunizaciones. Dejar sin efecto la Resolución N° 177-GDP-ESSALUD-2004 que aprobó el "Manual de Vacunas ESSALUD" y "Compendio de Manual de Vacunas ESSALUD 2004".
8	Resolución N° 063-GCPS-ESSALUD-2007	Manual de Normas y Procedimientos de Anatomía Patológica	12.Nov.2007	GCPS	Aprobar el "Manual de Normas y Procedimientos de Anatomía Patológica".



9	Resolución N° 0695-GCLI- ESSALUD-2002	Manual de Procedimientos Técnicos de Mantenimiento Preventivo de Equipos Electromecánicos.	11.Set.2002	GCI	Aprobar el "Manual de Procedimientos Técnicos de Mantenimiento Preventivo de Equipos Electromecánicos".
---	---	--	-------------	-----	--



Tabla N° 79

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.1 PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
10	Resolución N° 1236-GG-ESSALUD-2009	Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2009	23.Oct.2009	OCPD	Normas y lineamientos para ejecutar la fiscalización posterior en los procedimientos administrativos sujetos a aprobación automática o aprobación previa previstos en el TUPA ESSALUD.
11	Resolución N° 1438-GG-ESSALUD-2013	Manual de Procedimientos de Archivos 2014	14.Nov.2013	SG	Manual de Procedimientos de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondientes al 2014.
12	Resolución N° 1778-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 029-GG-ESSALUD-2011	14.Dic.2011	GCL	Normas para el procedimiento de baja y destino final de bienes no estratégicos no patrimoniales de ESSALUD.
13	Resolución N° 321-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2013	27.Feb.2013	OCPD	"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización del Manual de Organización y Funciones - ESSALUD".
14	Resolución N° 345-GCI-ESSALUD-2000	"Manual de Procedimientos de la Sub Gerencia de Estudios Definitivos" (Versión 2).	26.Jul.2000	GCI	Aprobar el "Manual de Procedimientos de la Sub Gerencia de Estudios Definitivos" (Versión 2).
15	Resolución N° 500-GCI-ESSALUD-2000	"Manual de Procedimientos Técnicos de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos".	29.Dic.2000	GCI	Aprobar el "Manual de Procedimientos Técnicos de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos".
16	Resolución N° 723-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2014	16.Jul.2014	OCPD	"Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional 2015".
17	Resolución N° 886-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2008	25.Jul.2008	OCPD	"Normas para la formulación y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones en ESSALUD".
18	Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2008	25.Jul.2008	OCPD	"Normas para la formulación, aprobación y actualización del cuadro para asignación de personal (CAP) de ESSALUD".
19	Resolución N° 973-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2013	18.Jul.2013	OCPD	Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2014.
20	Resolución N° 010-GCF-ESSALUD-2002	Manual de Procedimientos para el Otorgamiento y Autorización de pago de prestaciones económicas a asegurados regulares, potestativos y agrarios	23.Ene.2002	GCPEyS	Aprobar el Manual de Procedimientos para el Otorgamiento y Autorización de pago de prestaciones económicas a asegurados regulares, potestativos y agrarios.

Tabla N° 80
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL
SUBCOMPONENTE 3.2 SEGREGACIÓN DE FUNCIONES (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 1094-GG-ESSALUD-2008	Manual de Organización y Funciones	08.Set.2008	ODN	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Defensa Nacional.
2	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	MOF de la Gerencia Central de Gestión de las Personas	01.Dic.2009	GCGP	Aprobar el Manual de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Recursos Humanos.
3	Resolución N° 1408-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	01.Dic.2009	OCPD	Gerencia Central de Recursos Humanos.
4	Resolución N° 1557-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	30.Dic.2009	OCPD	<u>Secretaría General.</u>
5	Resolución N° 266-GG-ESSALUD-2009	Manual de Organización y Funciones	12.Mar.2009	OCPD	Defensoría del Asegurado.
6	Resolución N° 276-GG-ESSALUD-2011	Precisar las facultades del Presidente Ejecutivo y el Gerente General para emitir Resoluciones de Designación o Encargo	17.Feb.2011	GCGP	Precisar que el Presidente Ejecutivo y el Gerente General, en uso de sus facultades emitirán Resoluciones de Designación o Encargo, así como el término de las mismas, sin ser necesario contar con autorización previa de funcionarios de menor nivel, salvo indicación expresa.

Tabla N° 81

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.3 EVALUACIÓN COSTO BENEFICIO (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 190-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2014	11.Feb.2014	GCL	Lineamientos para realizar Estudios de las Posibilidad que ofrecen el Mercado y Determinación de los Valores Referenciales en el Seguro Social de Salud - ESSALUD.



Tabla N° 82
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL
SUBCOMPONENTE 3.4 CONTROL SOBRE EL ACCESO DE RECURSOS O ARCHIVOS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información.	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2	Resolución N° 093-PCPD-ESSALUD-2009	Directiva N° 002-PCPD-ESSALUD-2009	04.Ago.2009	PCPD	Normas Sobre el Uso Eficiente de la Energía en Centros Asistenciales de ESSALUD.
3	Resolución N° 115-PE-ESSALUD-2014	Plan Anual del Órgano de Administración de Archivos 2014	12.Feb.2014	SG	Plan Anual del Órgano de Administración de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondiente al 2014.
4	Resolución N° 136-GG-ESSALUD-2003	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2003	13.Mar.2003	SG	"Normas para el Sistema de Administración Documentaria del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
5	Resolución N° 1437-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2013	14.Nov.2013	SG	"Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
6	Resolución N° 1438-GG-ESSALUD-2013	Manual de Procedimientos de Archivos 2014	14.Nov.2013	SG	Manual de Procedimientos de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondientes al 2014.
7	Resolución N° 1502-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 25-GG-ESSALUD-2011	30.Set.2011	GCL	Normas para la administración de los bienes patrimoniales muebles de propiedad de ESSALUD.
8	Resolución N° 1644-GG-ESSALUD-2007	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2007	28.Dic.2007	GCF	Aprobar la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2007, "Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto de ESSALUD".
9	Resolución N° 1778-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 029-GG-ESSALUD-2011	14.Dic.2011	GCL	Normas para el procedimiento de baja y destino final de bienes no estratégicos no patrimoniales de ESSALUD.
10	Resolución N° 257-PE-ESSALUD-2014	Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2014	09.May.2014	GCL	Normas de Austeridad, Racionalidad, Disciplina y Calidad de Gasto del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el Ejercicio 2014.
11	Resolución N° 292-GG-ESSALUD-2012	Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2012	16.Abr.2012	GCL	Normas para el Control de Predios y/o Bienes Inmuebles de Propiedad y/o afectaciones en Uso a favor de ESSALUD.
12	Resolución N° 640-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2013	16.Abr.2013	GCL	Normas para Tramitar la Indemnización y/o Reposición de los Bienes Patrimoniales Siniestrados de ESSALUD.

Tabla N° 83

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.5 VERIFICACIÓN Y CONCILIACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 142-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2014	31.Ene.2014	GCF	Tratamiento Financiero y Contable de las Contingencias judiciales y/o Arbitrales en ESSALUD
2	Resolución N° 002-GCF-OGA-ESSALUD-2009	Procedimiento de Registro, Análisis y Depuración Contable de las Cuentas por Cobrar Servicios Hospitalarios y Cuentas por Cobrar Facturación Diversas.	16.Ene.2009	GCF	Procedimiento de Registro, Análisis y Depuración Contable de las Cuentas por Cobrar Servicios Hospitalarios y Cuentas por Cobrar Facturación Diversas.
3	Resolución N° 013-GCF-OGA-ESSALUD-2011	Procedimientos Operativos de Registro y validación de la Información de Operaciones, Emisión de Informe de control y Validación de reportes generados en la Plataforma Key Solutions.	10.Feb.2011	GCF	Procedimientos Operativos de Registro y validación de la Información de Operaciones, Emisión de Informe de control y Validación de reportes generados en la Plataforma Key Solutions.
4	Resolución N° 013-GCF-OGA-ESSALUD-2008	Procedimiento "Conciliación bancaria y regularización de partidas pendientes de Conciliación.	13.Mar.2008	GCF	Aprobar el Procedimiento "Conciliación bancaria y regularización de partidas pendientes de conciliación".



Tabla N° 84

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.6 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 1046-PE-ESSALUD-2004	Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud.	13.Dic.2004	GCGP	Aprobar el "Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud".



Tabla N° 85

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.7 RENDICIÓN DE CUENTAS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 142-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2014	31.Ene.2014	GCF	Tratamiento Financiero y Contable de las Contingencias judiciales y/o Arbitrales en ESSALUD.
2	Resolución N° 938-PE-ESSALUD-2013	Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2013	27.Dic.2013	GCL	Normas para el Otorgamiento y Rendición de Pasajes, Viáticos y Asignación por Gastos de Traslado e Instalación en ESSALUD dentro del Territorio Nacional.
3	Resolución N° 013-GCF-OGA-ESSALUD-2008	Procedimiento "Conciliación bancaria y regularización de partidas pendientes de Conciliación.	13.Mar.2008	GCF	Aprobar el Procedimiento "Conciliación bancaria y regularización de partidas pendientes de conciliación.



Tabla N° 86

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.8 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS
(1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 737-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2014	18.Jul.2014	OCPD	"Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
2	Resolución N° 981-PE-ESSALUD-2003	Directiva N° 003-PE-ESSALUD-2003	30.Dic.2003	GCF	Normas de Gestión y Proceso Presupuestario del Seguro Social de Salud.
3	Resolución N° 397-GG-ESSALUD-2008	Directiva N°009-GG-ESSALUD-2008	10.Abr.2008	GCF	Normas para la habilitación, administración y control de fondo fijo para caja chica.



Tabla N° 87

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBCOMPONENTE 3.9 REVISIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 174-GG-ESSALUD-2012	Flujograma para la contratación por Contratación Administrativa de Servicios que deberán observar todas las Unidades Orgánicas de la Sede Central	21.Feb.2012	GCGP	Flujograma para la contratación por Contratación Administrativa de Servicios que deberán observar todas las Unidades Orgánicas de la Sede Central. Dejar sin efecto los numerales 2,3 y 4 de la Resolución N° 426-GG-ESSALUD-2011.



Tabla N° 88
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL
SUBCOMPONENTE 3.10 CONTROLES PARA LAS TIC (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	07.Ene.2005	OCTIC	Normas para el Control de Acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD.
2	Resolución N° 001-OCOI-ESSALUD-2007	Directiva N° 001-OCOI-ESSALUD-2007	23.Nov.2007	OCTIC	"Normas de Estándares de Tecnología de Información en ESSALUD".
3	Resolución N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	Procedimientos de Respaldo de Información del Centro de Cómputo de la Sede Central de ESSALUD.	03.Ago.2011	OCTIC	Procedimientos de Respaldo de Información del Centro de Cómputo de la Sede Central de ESSALUD.
4	Resolución N° 004-OCTIC-ESSALUD-2011	Directiva N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	27.Oct.2011	OCTIC	"Guía para la elaboración del Plan de Seguridad ante contingencias de las Oficinas de Soporte Informático".
5	Resolución N° 005-GG-ESSALUD-2006	Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2006	05.Ene.2006	OCTIC	Normas para una adecuada racionalización y administración de los servicios de Internet en ESSALUD.
6	Resolución N° 035-GG-ESSALUD-2006	Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2006	17.Ene.2006	OCTIC	"Norma de Soporte Informático para la Continuidad del Negocio frente a eventos de Desastres en ESSALUD".
7	Resolución N° 136-GG-ESSALUD-2003	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2003	13.Mar.2003	SG	"Normas para el Sistema de Administración Documentaria del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
8	Resolución N° 1437-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2013	14.Nov.2013	SG	"Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
9	Resolución N° 1521-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 021-GG-ESSALUD-2013	05.Dic.2013	OCTIC	"Criterios de Vigencia Tecnológica de Equipamiento Informático y de Comunicaciones en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
10	Resolución N° 236-GG-ESSALUD-2005	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2005	29.Abr.2005	OCTIC	Políticas de Seguridad Informática de ESSALUD.
11	Resolución N° 33-GG-ESSALUD-2006	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2006	17.Ene.2006	OCTIC	"Norma sobre la Administración de Software Legal en ESSALUD".
12	Resolución N° 397-GG-ESSALUD-2003	Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2003	16.Jul.2003	OCTIC	"Normas para la Administración y Usos del Correo Electrónico Oficial y de los Servicios de Internet en ESSALUD".

Tabla N° 89

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.1 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	07.Ene.2005	OCTIC	Normas para el Control de Acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD.
2	Resolución N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	Procedimientos de Respaldo de Información del Centro de Cómputo de la Sede Central de ESSALUD.	03.Ago.2011	OCTIC	Procedimientos de Respaldo de Información del Centro de Cómputo de la Sede Central de ESSALUD.
3	Resolución N° 003-OCPD-ESSALUD-2005	Documento Técnico N° 001	18.Abr.2005	OCPD	Aprobar el Documento Técnico N° 001 "Guía de Consistencias Básicas para la Validación de la Información del Informe Gerencial de Prestaciones de Salud".
4	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información.	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
5	Resolución N° 023-GCPS-ESSALUD-2007	Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos	13.Abr.2007	GCPS	Aprobar y poner en vigencia el "Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos" de los Órganos Desconcentrados de las Redes Asistenciales de ESSALUD.
6	Resolución N° 127-PE-ESSALUD-2014	Plan de Comunicación 2014	21.Feb.2014	ORI	Instrumento de gestión que contiene los lineamientos de la política comunicacional de ESSALUD para el año 2014.
7	Resolución N° 404-GG-ESSALUD-2010	Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2010	14.Abr.2010	OCTIC	"Norma para la administración y actualización de la publicación del Portal Web de ESSALUD en Internet".
8	Resolución N° 618-PE-ESSALUD-2012	Aprueba el logotipo para documentos oficiales que emita y/o curse ESSALUD	24.Jul.2012	ORI	Establecimiento de características que deben contener los documentos oficiales que emita y/o curse ESSALUD.

Tabla N° 90

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.2 INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información.	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2	Resolución N° 023-GCPS-ESSALUD-2007	Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos	13.Abr.2007	GCPS	Aprobar y poner en vigencia el "Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos" de los Órganos Desconcentrados de las Redes Asistenciales de ESSALUD.
3	Resolución N° 003-OCPD-ESSALUD-2005	Documento Técnico N° 001	18.Abr.2005	OCPD	Aprobar el Documento Técnico N° 001 "Guía de Consistencias Básicas para la Validación de la Información del Informe Gerencial de Prestaciones de Salud".
4	Resolución N° 101-PE-ESSALUD-2014	Modifica el Listado de funcionarios responsables de brindar la información pública para la Sede Central.	03.Feb.2014	SG	Modificar el listado de funcionarios responsables de brindar la información pública del Seguro Social de Salud (ESSALUD).



Tabla N° 91

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.3 CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información.	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2	Resolución N° 023-GCPS-ESSALUD-2007	Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos	13.Abr.2007	GCPS	Aprobar y poner en vigencia el "Manual de Información Básica de actividades Educativas en Donación de Órganos y Tejidos" de los Órganos Desconcentrados de las Redes Asistenciales de ESSALUD.
3	Resolución N° 003-OCPD-ESSALUD-2005	Documento Técnico N° 001	18.Abr.2005	OCPD	Aprobar el Documento Técnico N° 001 "Guía de Consistencias Básicas para la Validación de la Información del Informe Gerencial de Prestaciones de Salud".



Tabla N° 92
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
SUBCOMPONENTE 4.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	Directiva N° 001-GCOI-ESSALUD-2005	07.Ene.2005	OCTIC	Normas para el Control de Acceso a los Sistemas de Información de ESSALUD.
2	Resolución N° 174-GG-ESSALUD-2007	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2007	23.Ene.2007	OCPD	Aprobar la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2007 denominada "Directiva del Sistema Estadístico de Información Gerencial Institucional".
3	Resolución N° 136-GG-ESSALUD-2003	Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2003	13.Mar.2003	SG	"Normas para el Sistema de Administración Documentaria del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
4	Resolución N° 1437-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2013	14.Nov.2013	SG	"Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
5	Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014	02.Set.2014	SG	"Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD". Dejar sin efecto la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2009, "Normas para la Atención de Solicitudes e Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD" aprobada por Resolución N° 1406-GG-ESSALUD-2009.
6	Resolución N° 467-GG-ESSALUD-2006	Sistema de Farmacovigilancia de ESSALUD	15.Ago.2006	GCPS	Aprobar el Sistema de Farmacovigilancia de ESSALUD que consta de cincuenta y dos (52) folios.



Tabla N° 93

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.5 FLEXIBILIDAD AL CAMBIO (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 059- OCPD- ESSALUD-2008	Directiva N° 002- OCPD-ESSALUD-2008	11.Jul.2008	OCPD	Elaboración de Estudios de Evaluación Tecnológica.



Tabla N° 94
CONCORDANCIA NORMATIVA
COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
SUBCOMPONENTE 4.6 ARCHIVO INSTITUCIONAL (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 1437-GG-ESSALUD-2013	Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2013	14.Nov.2013	SG	"Normas del Sistema de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
2	Resolución N° 1438-GG-ESSALUD-2013	Manual de Procedimientos de Archivos 2014	14.Nov.2013	SG	Manual de Procedimientos de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondientes al 2014.
3	Resolución N° 115-PE-ESSALUD-2014	Plan Anual del Órgano de Administración de Archivos 2014	12.Feb.2014	SG	Plan Anual del Órgano de Administración de Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondiente al 2014.











Tabla N° 95

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.7 COMUNICACIÓN INTERNA (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información.	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
3	Resolución N° 08-ORI-ESSALUD-2011	Manual de Prensa y Comunicación	17.Ago.2011	ORI	Uniformiza la comunicación interna y externa de ESSALUD bajo el principio de respeto a la persona y su dignidad al momento de difundir cualquier información escrita, oral, audiovisual o electrónica.



Tabla N° 96

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.8 COMUNICACIÓN EXTERNA (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 404-GG-ESSALUD-2010	Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2010	14.Abr.2010	OCTIC	"Norma para la administración y actualización de la publicación del Portal Web de ESSALUD en Internet".
2	Resolución N° 01-ORI-ESSALUD-2011	Actualizar el Manual de Identidad Corporativa	25.Ene.2011	ORI	Regula los lineamientos vigentes de imagen corporativa de los diversos productos y servicios que presta ESSALUD.
3	Resolución N° 08-ORI-ESSALUD-2011	Manual de Prensa y Comunicación	17.Ago.2011	ORI	Uniformiza la comunicación interna y externa de ESSALUD bajo el principio de respeto a la persona y su dignidad al momento de difundir cualquier información escrita, oral, audiovisual o electrónica.
4	Resolución N° 205-PE-ESSALUD-2014	Plan Estrategia Publicitaria 2014	07.Abr.2014	ORI	Instrumento de gestión que contiene los lineamientos de la política publicitaria de ESSALUD para el año 2014.
5	Resolución N° 001-SG-ESSALUD-2014	Plan Anual del Centro de Documentación e Información 2014.	26.Mar.2014	SG	Plan Anual del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondiente al 2014.
6	Resolución N° 010-SG-ESSALUD-2005	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información	21.Oct.2005	SG	Normas Generales para los usuarios del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Tabla N° 97

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBCOMPONENTE 4.9 CANALES DE COMUNICACIÓN (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014	02.Set.2014	SG	"Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD". Dejar sin efecto la Directiva N° 016-GG-ESSALUD-2009, "Normas para la Atención de Solicitudes e Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD" aprobada por Resolución N° 1406-GG-ESSALUD-2009.
2	Resolución N° 01-ORI-ESSALUD-2011	Actualizar el Manual de Identidad Corporativa	25.Ene.2011	ORI	Regula los lineamientos vigentes de imagen corporativa de los diversos productos y servicios que presta ESSALUD.
3	Resolución N° 08-ORI-ESSALUD-2011	Manual de Prensa y Comunicación	17.Ago.2011	ORI	Uniformiza la comunicación interna y externa de ESSALUD bajo el principio de respeto a la persona y su dignidad al momento de difundir cualquier información escrita, oral, audiovisual o electrónica.
4	Resolución N° 205-PE-ESSALUD-2014	Plan Estrategia Publicitaria 2014	07.Abr.2014	ORI	Instrumento de gestión que contiene los lineamientos de la política publicitaria de ESSALUD para el año 2014.



Tabla N° 98

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE SUPERVISIÓN

SUBCOMPONENTE 5.1 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO (1 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 1397-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011		OCPD	"Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional".
6	Resolución N° 005-ODN-PE-ESSALUD-2004	"Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Seguro Social de Salud"	25.Jun.2004	ODN	Aprueba el "Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Seguro Social de Salud".
7	Resolución N° 002-ODN-PE-ESSALUD-2005	"Plan de Preparación en Defensa Nacional"	31.Mar.2005	ODN	Aprueba el "Plan de Defensa Nacional".
8	Resolución N° 004-ODN-PE-ESSALUD-2004	Plan de Movilización y Desmovilización frente a Emergencias y Desastres"	28.May.2005	ODN	Aprobar el "Plan de Movilización y Desmovilización frente a Emergencias y Desastres".
9	Resolución N° 733-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 015-GG-ESSALUD-2008	16.Jun.2008	ODN	"Normas para la Formulación, Ejecución y Supervisión del Plan Nacional de Operaciones de Emergencias por Desastres Naturales y/o Tecnológico".
11	Resolución N° 001-SG-ESSALUD-2014	Plan Anual del Centro de Documentación e Información 2014	26.Mar.2014	SG	Plan Anual del Centro de Documentación e Información del Seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondiente al 2014.
12	Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2013	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014	10.May.2013	SG	Plan Institucional de lucha contra la corrupción en ESSALUD 2013 - 2014.
13	Resolución N° 1337-GG-ESSALUD-2008	Directiva N° 022-GG-ESSALUD-2008	04.Nov.2008	ODN	"Normas de Prevención y Seguridad para la Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil en el Órgano Central y Órganos Desconcentrados en ESSALUD".
14	Resolución N° 448-PE-ESSALUD-2011	Política de Seguridad y Defensa Institucional ESSALUD 2011-2015	20.Jun.2011	ODN	Se aprueba la Política de Seguridad y Defensa Institucional ESSALUD 2011-2015, y se incluye en el Plan Estratégico Institucional 2008-2011, aprobado por Consejo Directivo 5-2 ESSALUD 2008.
15	Resolución N° 667-GG-ESSALUD-1999	Directiva N° 004-GG-ESSALUD-1999	06.Jul.1999	GCI	"Normas para la Ejecución, Registro y Supervisión de Actividades de Mantenimiento Hospitalario".
16	Resolución N° 071-OCPD-ESSALUD-2008	Directiva N° 003-OCPD-ESSALUD-2008	31.Jul.2008	GCI	"Procedimiento para la Elaboración, Supervisión y Aprobación de Estudios Definitivos de Proyectos de Inversión en Infraestructura".

17	Resolución N° 039-GCI-ESSALUD-2011	Directiva N° 001-GCI-ESSALUD-2011	13.Jun.2011	GCI	"Procedimientos para la Supervisión de la Gestión de Mantenimiento de los Órganos Desconcentrados de ESSALUD".
18	Resolución N° 001-ODN-PE-2014	Plan de Respuesta Hospitalario ante situaciones de Emergencia y Desastres en los Órganos Desconcentrados	01.Ago.2014	ODN	Artículo 1°.- La Oficina de Defensa Nacional difundirá el modelo base del "Plan de Respuesta Hospitalario ante situaciones de Emergencia y Desastres en los Órganos Desconcentrados" en el ámbito nacional, para su posterior aprobación. Artículo 2°.- Los Órganos Desconcentrados elaboraran sus "Planes de Respuesta Hospitalario ante situaciones de Emergencia y Desastres", para una oportuna actuación.



Tabla N° 99

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE SUPERVISIÓN

SUBCOMPONENTE 5.1 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO (2 de 2)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
20	Resolución N° 062-GCPS-ESSALUD-2010	Plan Nacional de atención Integral de Salud Mental 2010-2015	04.Ago.2010	GCPS	Plan Nacional de Atención Integral de Salud Mental 2010-2015. Prevenir, detectar, tratar y rehabilitar los trastornos mentales y del comportamiento en la población asegurada en ESSALUD.
22	Resolución N° 1397-GG-ESSALUD-2011	Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011	20.Set.2011	GCPS	Aprobar la Directiva "Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012 - 2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional". Dejar sin efecto la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2008 "Formulación y Evaluación de Planes de Gestión" aprobada mediante la Resolución N° 204-GG-ESSALUD-2008.
23	Resolución N° 1042-PE-ESSALUD-2011	Aprobar el Plan de Vigilancia Sanitaria y Atención Integral del Niño con Parálisis Flácida Aguda asociada a la Vacuna Anti Polio Oral	11.Oct.2011	GCPS	Aprobar el Plan de Vigilancia Sanitaria y Atención Integral del Niño con Parálisis Flácida Aguda asociada a la Vacuna Anti Polio Oral.
24	Resolución N° 645-GG-ESSALUD-2014	"Plan de Prevención de ESSALUD 2014"	25.Jun.2014	GCPS	"Plan de Prevención de ESSALUD 2014".
28	Resolución N° 004-OCTIC-ESSALUD-2011	Directiva N° 001-OCTIC-ESSALUD-2011	27.Oct.2011	OCTIC	"Guía para la elaboración del Plan de Seguridad ante contingencias de las Oficinas de Soporte Informático".
30	Resolución N° 038-GCPEyS-ESSALUD-2014	Proceso Back Office en la Evaluación de Expedientes de Prestaciones Económicas	10.Abr.2014	GCPEyS	Aprobar el Procedimiento PE-20 "Proceso Back Office en la Evaluación de Expedientes de Prestaciones Económicas", para su inclusión en el Manual de Procedimientos para el Otorgamiento y Autorización de Pago de Prestaciones Económicas aprobado mediante la Resolución N° 010-GCF-ESSALUD-2002 y modificado por la Resolución N° 167-GCPEyS-ESSALUD-2007.

31	Resolución N° 56-GCPEyS-ESSALUD-2014	Guía para la Supervisión de los Centros del Adulto Mayor - ESSALUD	10.Jun.2014	GCPEyS	Aprobar la Guía para la Supervisión de los Centros del Adulto Mayor - ESSALUD. Dejar sin efecto la Resolución N° 145-GCPEyS-ESSALUD-2008.
34	Resolución N° 980-GG-ESSALUD-2013	Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD	18.Jul.2013	OCT	Aprobar el Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD. Dejar sin efecto el Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD aprobado mediante Resolución N° 283-GG-ESSALUD-2005.
36	Resolución N° 680-GG-ESSALUD-2007	Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD.	25.Abr.2007	OCPD	Aprobar el "Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD".
36	Resolución N° 680-GG-ESSALUD-2007	Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD.	25.Abr.2007	OCPD	Aprobar el "Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD".



Tabla N° 100

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE SUPERVISIÓN

SUBCOMPONENTE 5.2 SEGUIMIENTO DE RESULTADOS (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 599-GG-ESSALUD-2014	Directiva N° 0006-GG-ESSALUD-2014	11.Jun.2014	OCPD	Aprobar la Directiva N° 0006-GG-ESSALUD-2014 "Seguimiento y Evaluación del Plan Operativo Institucional 2014". Dejar sin efecto el numeral 8.7 de la Directiva N° 0024-GG-ESSALUD-2011 "Formulación e Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional" aprobada por Resolución de Gerencia General N° 1397-GG-ESSALUD-2011.
2	Resolución N° 015-OCPD-ESSALUD-2007	Indicadores de Referencia de Rendimientos Médicos Laborales.	16.Abr.2007	OCPD	Aprobar los Indicadores de Referencia de Rendimientos Médicos Laborales.
3	Resolución N° 680-GG-ESSALUD-2007	Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD.	25.Abr.2007	OCPD	Aprobar el "Tablero de Monitoreo de la Gestión de los Centros Asistenciales de ESSALUD".
4	Resolución N° 1005-GCGP-ESSALUD-2014	Indicadores de Rendimiento Laboral de las principales actividades del profesional Obstetrix/Obstetra en ESSALUD	27.Jun.2014	GCGP	Resolución N° 1005-GCGP-ESSALUD-2014 del 27.06.2014 que resuelve aprobar los indicadores de rendimiento laboral de las principales actividades asistenciales del profesional obstetrix/obstetra en ESSALUD.
5	Resolución N° 064-GDP-ESSALUD-2005	Directiva N° 004-GDP-ESSALUD-2005	20.Dic.2005	GCPEyS	Aprobar la Directiva N° 004-GDP-ESSALUD-2005 "Directiva del Sistema de Monitoreo Evaluación y Supervisión de los CAM".



Tabla N° 101

CONCORDANCIA NORMATIVA

COMPONENTE SUPERVISIÓN

SUBCOMPONENTE 5.3 COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO (1 de 1)

N°	RESOLUCIÓN	INSTRUMENTO APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	ÓRGANO FORMULADOR	SUMILLA
1	Resolución N° 980-GG-ESSALUD-2013	Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD	18.Jul.2013	OCT	Aprobar el Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD. Dejar sin efecto el Plan Operativo para la Atención de Contingencias frente a paralizaciones de Funciones de los Trabajadores de ESSALUD aprobado mediante Resolución N° 283-GG-ESSALUD-2005.



Anexo 2: Matriz de Priorización de Recomendaciones

Tabla N° 102

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.1	Filosofía de la Dirección				
1.1.1	Formular e implementar estrategias y acciones que faciliten a los funcionarios de los diferentes Órganos Centrales, integrar el control interno a todos sus procesos, actividades y tareas.	1	2	A	2A
1.1.2	Reforzar las acciones de sensibilización en materia de control Interno a los colaboradores de los diversos órganos centrales, con el propósito de que, entre otros aspectos, entiendan la importancia de la implementación en sus respectivos ámbitos de competencia de ejercer y ejecutar acciones controles internos.	1	2	A	2A
1.1.3	Que el área responsable de la gestión de recursos humanos, diseñe los procedimientos más adecuados que permitan la retroalimentación permanente entre el personal de dirección y los diferentes colaboradores; los mismos que deberán incluir mecanismos que faciliten a los responsables de los órganos centrales y de las unidades orgánicas promover, reconocer y valorar los aportes del personal, estimulando de esta forma la mejora continua en los procesos.	1	2	A	2A
1.1.4	Disponer las acciones que sean necesarias a fin que en el menor plazo posible, se culmine con la elaboración del Código de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD; debiendo el mismo ser aprobado a través del correspondiente acto resolutivo.	2	3	A	6A
1.1.5	Establecer un procedimiento documentado y aprobado para el seguimiento y control de la implementación por parte de los diferentes Órganos Centrales y Desconcentrados, de las recomendaciones del OCI, formuladas por los Órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. Asimismo, evaluar la factibilidad de la utilización de un aplicativo que facilite la labor de seguimiento y control.	2	2	A	4A

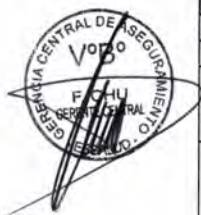


Tabla N° 103

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.2	Integridad y valores éticos				
1.2.1	Evaluar e implementar nuevas estrategias que incluyan indicadores para el cumplimiento y difusión del Código de Ética. Para ello podría considerarse, entre otras, las siguientes acciones: - o Comunicaciones a través del correo electrónico, mediante las cuales de manera didáctica se dé a conocer y se expliquen los temas incluidos en el Código de Ética. - o Charlas de capacitación y sensibilización dirigidas al personal en general, con énfasis en aquellos colaboradores que presten servicios en áreas susceptibles a actos de corrupción. - o Elaboración de un documento suscrito por los trabajadores, mediante el cual declaren su conocimiento y compromiso de cumplimiento de los principios y deberes propios del Código de Ética, y de no incurrir en las prohibiciones incurridos en él. - o Elaboración de encuestas de evaluación interna.	1	2	A	2A
1.2.2	Diseñar, establecer, aplicar y difundir normas internas destinadas a implementar incentivos y estímulos para el adecuado cumplimiento de aprobó el Código de Ética del Personal del Seguro Social; así como los mecanismos de protección a favor de quienes denuncien infracciones al mismo.	1	1	A	1A
1.2.3	Aprobar un nuevo Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en ESSALUD, sugiriéndose, incluir como acciones a llevar a cabo en dicho marco, las siguientes: Implementar una política o procedimiento para el monitoreo de los responsables de registrar la información propia del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido. Adecuación de las disposiciones en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador interno, a las disposiciones emitidas sobre la materia en la Ley N° 30057 (Ley del Servicio Civil) y su Reglamento General aprobado mediante Decreto Supremo N° 040-2014-TR). Que la normativa interna que se dicte sobre este extremo, considere la elaboración de una base de datos a nivel nacional que contenga la información de los procesos disciplinarios promovidos a los servidores de los distintos regímenes laborales de la entidad. Seencargue al órgano a cargo del Sistema de Gestión de los Recursos Humanos, cautele el cumplimiento de las disposiciones sobre este materia, emitiendo reportes periódicos sobre el estado situacional de los procesos disciplinarios en curso.	2	3	M	6M

Tabla N° 104

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.3	Administración Estratégica				
1.3.1	Establecer flujos de comunicación y sensibilización de forma que los Órganos Centrales, hagan conocer a sus colaboradores cuáles son los objetivos y metas de la organización, y su contribución con el cumplimiento de las mismas.	1	2	A	2A
1.3.2	Evaluar y alinear el PEI de acuerdo con los lineamientos que se vienen desarrollando en el Plan Maestro, con la finalidad de actualizar los objetivos estratégicos, las metas y los indicadores.	3	3	M	9M
1.3.3	Implementar un Tablero de Control de Gestión (TGC), a través del cual se presente la información de eficacia desde tres visiones: (i) según objetivo, (ii) responsables de cumplimiento, y (iii) según criterios temáticos de ejecución de recursos (ejemplo: proyectos, programas). Asimismo, en cada visión se habrían de analizar logros (rendición de cuentas) y metas (compromisos a futuro).	2	2	M	4M
1.3.4	La Alta Dirección deberá cautelar que el nuevo esquema organizacional a aprobarse, se adecúe a los principios referidos en el Informe Final "Reorganización del Seguro Social de ESSALUD – Diagnóstico y Propuestas"	3	2	A	6A
1.3.5	Se establezcan los mecanismos institucionales necesarios, y se otorgue la prioridad que corresponda para la atención de la necesidad de contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión.	2	2	M	4M
1.4	Estructura Organizacional				
1.4.1	Se concrete la actualización de la estructura orgánica, redefiniendo líneas de autoridad y responsabilidad según establecen los procedimientos de cada unidad orgánica; considerando asimismo los roles y disposiciones contenidas en la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.	2	2	A	4A
1.4.2	Teniendo en cuenta las nuevas disposiciones sobre la materia contenidas en la Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057) y su Reglamento General aprobado mediante Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como las directivas que sobre la materia emita SERVIR; la OCAJ, GCGP y OCPD, deberán proponer a la Alta Dirección las acciones a seguir para la actualización de los documentos de gestión (CAP y MOF / MPP-CPE).	2	2	M	4M
1.4.3	Dar prioridad a la aprobación del Mapa de Macroprocesos de la Institución, que permita identificar de acuerdo con la cadena de valor los procesos críticos de la entidad.	2	2	A	4A
1.4.4	La OCPD deberá proponer a la Alta Dirección una estrategia acompañado de un Plan de Trabajo que incluya plazos de ejecución para la implantación de gestión por procesos, conforme a los "Lineamientos para la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014.	3	2	M	6M

Tabla N° 105

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.5	Administración de los RRHH				
1.5.1	Se plantea como necesario actualizar los documentos de gestión tales como el Clasificador, Manual de Perfiles de cargos, CAP y Manual de Organización y Funciones. Para este efecto se deberá tener presente las nuevas disposiciones emitidas sobre la materia contenidas en la Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057), y su Reglamento aprobado por D.S. N° 040-2014-PCM; como también lo señalado en segundo punto a implementar del Sub Componente 1.4. Estructura Organizacional, en relación a los diversos documentos de gestión; así como la nueva estructura organizacional a aprobarse.	2	3	M	6M
1.5.2	Actualizar las normas de capacitación, las que deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.	2	1	M	2M
1.5.3	Establecer una metodología que permita determinar las reales necesidades del personal asistencial.	2	2	A	4A
1.5.4	Establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal.	2	2	B	4B
1.5.5	Establecer lineamientos o procedimientos para el proceso de solución de controversias con las organizaciones sindicales.	3	2	M	6M
1.5.6	Actualizar de Reglamento Interno de Trabajo, de acuerdo con la normatividad vigente.	2	2	M	4M
1.5.7	Desarrollar una evaluación del clima laboral y establecer los planes de acción necesarios para cubrir las brechas identificadas.	2	1	B	2B
1.5.8	Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos. Asimismo, disponer acciones inmediatas que garanticen la confiabilidad de los procedimientos de pagos de planillas, bajo el soporte de tecnologías de la información.	3	3	B	9B



Tabla N° 106

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.6	Competencia profesional				
1.6.1	Se deberá proceder a la actualización de los documentos de gestión tales como Clasificador de Cargos, Manual de Perfiles etc., en los términos señalados en los puntos precedentes, cautelando que el mismo se encuentre alineado a la nueva estructura organizativa de ESSALUD.	2	2	M	4M
1.6.2	Se deberá actualizar Reglamento de Capacitación de ESSALUD, el cual deberá estar de acuerdo con las competencias y el desempeño del personal.	2	2	M	4M
1.6.3	Actualizar normas de capacitación, las cuales deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la evaluación del desempeño.	2	2	A	4A
1.6.4	Implementar lineamientos y mecanismos a fin que los funcionarios y servidores en general adquieran y mantengan un nivel de competencia que les permita entender la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento de un buen control interno, así como practicar sus deberes para poder alcanzar los objetivos de éste y la misión de la entidad.	1	2	A	2A



Tabla N° 107

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Críticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.7	Asignación de autoridad y responsabilidad				
1.7.1	Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, sus perfiles y funciones de puestos, alineando los mismos a la nueva estructura organizativa.	2	2	M	4M
1.7.2	Elaborar un registro de delegación de funciones a los órganos y los funcionarios, que incluya las responsabilidades de supervisión como de rendiciones de cuentas periódicas; debiendo precisar que la delegación de autoridad no exime a los funcionarios y servidores de la responsabilidad conferida como consecuencia de dicha delegación. Es decir la autoridad se delega, en tanto que la responsabilidad se comparte.	2	1	A	2A
1.7.3	Actualizar el Manual de Políticas y Procedimientos para que establezca claramente las líneas de autorización y de responsabilidad.	2	2	M	4M



Tabla N° 108

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
1	AMBIENTE DE CONTROL				
1.8	Órgano de Control Institucional				
1.8.1	Implementar progresivamente los OCI's descentralizados en el ámbito nacional, en coordinación con la Jefatura de dicha Oficina y de acuerdo a la disponibilidad de recursos.	2	2	M	4M
1.8.2	Reforzar la capacidad operativa (recursos humanos) de acuerdo con las necesidades del OCI, a las posibilidades institucionales.	2	2	M	4M
1.8.3	Establecer procedimientos internos, en coordinación con el OCI, que garanticen la implantación oportuna de las recomendaciones derivadas de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	1	2	A	2A
1.8.4	(IDEM 1.1.5).	1	2	A	2A



Tabla N° 109
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
2	EVALUACIÓN DE RIESGO				
2.1	Planeamiento de la administración de riesgos				
2.1.1	Revisar y estandarizar las metodologías de gestión de riesgos existentes en ESSALUD, para lo cual se deberá evaluar si se considerará utilizar el Manual de Gestión de Riesgos, procedimiento y formatos elaborados por la Gerencia Central de Aseguramiento o elaborar uno nuevo integrado para toda la entidad, que establezca la metodología de gestión de riesgos, definiendo cómo se planificará, identificará, valorará, y dará respuesta a los riesgos. También deberá considerarse: • Metodología: que incluye los métodos, herramientas y fuentes de información a utilizarse para realizar la gestión de riesgos. • Roles y responsabilidades: definición del líder y miembros de equipo para cada tipo de actividad del plan de gestión de riesgos, asignación de personas a cada rol y determinación de sus responsabilidades. • Periodicidad: definición del momento y frecuencia con la que se realizará el proceso de gestión de riesgos durante la implementación. • Matriz de ponderación (probabilidad e impacto): priorización de los riesgos en función a la probabilidad de ocurrencia e impacto. • Criterios de evaluación del riesgo: definir los criterios operativos, técnicos, regulatorios, legales, financieros, sociales, etc., con los cuales se evaluará el riesgo.	2	2	A	4A
2.1.2	Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos (Plan de Actividades) que comprenda las actividades que se desarrollarán anualmente en la institución para la implementación de la metodología de gestión de riesgos.	2	2	A	4A
2.1.3	Conformar un equipo implementador que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.	2	2	A	4A
2.1.4	Efectuar cursos especializados en Gestión de Riesgos para el personal encargado de la implementación, así como charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal.	2	2	A	4A



Tabla N° 110

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
2	EVALUACIÓN DE RIESGO				
2.2	Identificación de los Riesgos				
2.2.1	Establecer un proceso de identificación de riesgos, el cual deberá ser permanente, interactivo e integrado con el proceso de planeamiento. Este proceso deberá tomar como punto de partida los objetivos estratégicos de la entidad.	2	2	M	4M
2.2.2	Se deberá identificar los riesgos generales a nivel de entidad y los riesgos de cada proceso, asimismo, se deberá considerar, entre otras, las siguientes técnicas para la identificación de riesgos: • T tormenta de ideas • Técnica Delphi (metodología para buscar consensos entre los responsables de gestionar el riesgo) • Cuestionarios o encuestas • Entrevistas • Análisis de fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas tomando en consideración los aspectos externos e internos con influencia sobre la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad, tales como factores económicos, factores políticos, factores regulatorios, factores sociales, capacidad de dirección, capacidad técnica, infraestructura, entre otros. • Diagramación Ishikawa para la identificación de las causas de los riesgos.	2	2	M	4M
2.2.3	Conformar un equipo implementador para la Gestión de Riesgos, el cual deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.	2	2	A	4A



Tabla N° 111
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
2	EVALUACIÓN DE RIESGO				
2.3	Valoración de los Riesgos				
2.3.1	Establecer un proceso de valoración de los riesgos identificados, mediante la cuantificación de la probabilidad de ocurrencia y del impacto o efecto de cada riesgo en las operaciones de la entidad. El proceso de valoración de los riesgos debe considerar, entre otros, lo siguiente: • El establecimiento de una escala cualitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo • El establecimiento de una escala cuantitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo • Matriz de determinación de niveles de riesgos en función de la valoración tanto de la probabilidad de ocurrencia como del efecto de cada riesgo	2	2	M	4M
2.3.2	Establecer y documentar los criterios utilizados para el establecimiento de las escalas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de las combinaciones de probabilidad e impacto que determinan la ponderación del riesgo.	2	2	M	4M



Tabla N° 112

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
2	EVALUACIÓN DE RIESGO				
2.4	Respuesta al Riesgo				
2.4.1	Se deberá establecer una metodología estándar para dar respuesta a los riesgos identificados en la entidad.	2	2	A	4A
2.4.2	Establecer las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender el análisis costo / beneficio de los mismos. Las estrategias de respuesta al riesgo podrán ser: - Evitar el riesgo - Reducir el riesgo - Compartir o transferir el riesgo - Asumir el riesgo	2	2	M	4M
2.4.3	Se debe efectuar una evaluación del riesgo residual, el cual deberá estar alineado con la tolerancia y apetito al riesgo que defina la entidad.	2	2	M	4M



Tabla N° 113
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.1	Procedimientos de autorización y aprobación				
3.1.1	Como parte de la mejora de los procesos y la identificación de riesgos, se deberá revisar y evaluar los niveles de autorización y aprobación que requieren ser implementados en cada proceso.	2	1	M	2M
3.1.2	Efectuar la entrega a todos los trabajadores los documentos de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas, lo cual se podrá realizar a través de sus Gerencias o Jefaturas.	2	2	M	4M



Tabla N° 114

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.2	Segregación de funciones				
3.2.1	Identificar las actividades y tareas que se realizan en las áreas de la institución y evaluar si existen funciones incompatibles que no permitan realizar una adecuada segregación de funciones. Las actividades, transacciones y tareas que serán evaluadas son productos de funciones de • Autorización • Procesamiento • Revisión • Control • Custodia • Registro de operaciones • Archivo de la documentación	2	2	M	4M
3.2.2	Establecer políticas y procedimientos para la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude (v.g. manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, entre otros).	1	2	M	2M



Tabla N° 115

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.3	Evaluación Costo-Beneficio				
3.3.1	Establecer y difundir los lineamientos documentados para realizar el análisis costo/beneficio de forma estandarizada, previo a la decisión sobre la implementación de controles en los procesos críticos, con la finalidad de garantizar que dicha decisión no afectará la eficiencia y eficacia de la organización.	1	1	M	1M



Tabla N° 116

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.4	Controles sobre el acceso a recursos o archivos				
3.4.1	Revisar y mejorar los lineamientos establecidos por la entidad para la adecuada custodia de los recursos o archivos, determinando controles de entrada, salida y mantenimiento de los recursos o archivos.	1	2	M	2M
3.4.2	Implementar la Gestión de Seguridad de la Información, el cual implica establecer políticas y controles de TI para resguardar los accesos de la información institucional.	2	2	M	4M



Tabla N° 117

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Críticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.5	Verificaciones y conciliaciones				
3.5.1	Disponer se efectúe la revisión de los procesos para determinar la implementación de actividades de control de verificaciones y conciliaciones según corresponda. Esta determinación deberá tener como base la evaluación de riesgos del proceso.	2	2	M	4M
3.5.2	Emitir instrucciones expresas y formales para que el personal adopte la buena practica de realizar actividades de verificación y conciliación en las principales actividades y tareas que realiza, con la finalidad de detectar posibles errores, o inconsistencias.	1	2	A	2A

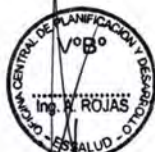


Tabla N° 118
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.6	Evaluación de desempeño				
3.6.1	Establecer indicadores en los procesos, con la finalidad de medir la eficacia y eficiencia de las operaciones.	2	2	M	4M
3.6.2	IDEM 1.5	2	2	B	4B
3.6.3	Actualizar la normativa sobre la gestión de desempeño, así como establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal.	2	2	M	4M



Tabla N° 119
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.7	Rendición de cuentas				
3.7.1	Establecer políticas internas que identifiquen los recursos y bienes sobre los cuales los responsables de manejo, están obligados a rendir cuentas al nivel de supervisión correspondiente. Asimismo, esta política debe mencionar cuales son los reportes de gestión críticos según las operaciones del ESSALUD y sobre los cuales la Alta Dirección requiere ser informada con una periodicidad establecida.	1	2	M	2M
3.7.2	Se regule a través del correspondiente instrumento interno el sistema de rendiciones de cuenta a través de audiencias públicas implantado por la Alta Dirección, en orden a asegurar la continuidad de dicha buena práctica por parte de los responsables de la gestión.	1	2	M	2M



Tabla N° 120
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.8	Documentación de procesos, actividades y tareas				
3.8.1	Emitir y aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual deberá estar formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos por la entidad para la implementación de la Gestión por Procesos.	3	3	M	9M
3.8.2	Concluir con la elaboración y la correspondiente aprobación del Mapa de Procesos que permita clasificar los procesos en estratégicos, misionales y de apoyo.	3	3	A	9A
3.8.3	Identificar los procesos críticos para ESSALUD.	3	3	A	9A
3.8.4	Emitir instrucciones o pautas para que las tareas, actividades y procesos que realicen los servidores y funcionarios, cuenten con evidencia documental a través de informes, memorandos, u otro medio similar.	1	2	A	2A



Tabla N° 121

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.9	Revisión de procesos, actividades y tareas				
3.9.1	Contar con registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, etc.).	2	2	M	4M
3.9.2	(IDEM 3.6.1)	2	2	M	4M



Tabla N° 122

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
3	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
3.10	Controles para las TIC				
3.10.1	Efectuar las revisiones de los lineamientos que regulan la adecuada acreditación de los perfiles de usuarios de los sistemas considerando las actuales funciones de su cargo.	2	3	M	6M
3.10.2	Establecer un Plan de Continuidad de Negocios, que detalle los procesos críticos para la continuidad, y las acciones necesarias para continuar operando. Asimismo, se deberá establecer un plan de pruebas para la evaluación de la efectividad del plan de continuidad establecido, las cuales deberán ser adecuadamente documentadas.	2	3	M	6M
3.10.3	Continuar con la implementación de la Gestión de la Seguridad de la Información, que permita establecer políticas y controles de seguridad y resguardo de la información de la institución	2	3	M	6M



Tabla N° 123
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.1	Funciones y características de la información				
4.1.1	Establecer normas internas que regulen las funciones y características de la información, tales como: - Integridad - Oportunidad - Actualización - Exactitud - Accesibilidad. Asimismo, se deberá Diseñar y ordenar la información para cada uno de los niveles de la entidad, a fin de facilitar su acceso y utilización; y cubrir aspectos financieros y de gestión.	1	2	M	2M
4.1.2	Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de: - Uniformizar y simplificar el proceso documentario - Regular la adecuada distribución de todos los documentos - Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD.	1	2	M	2M



Tabla N° 124

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.2	Información y responsabilidad				
4.2.1	Establecer políticas para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal. Estas políticas deberán: o Contemplar la comunicación directa con el personal, cuando sea posible o Generar un clima de confianza mutua. o Dejar constancia de la comunicación de los problemas detectados.	1	2	M	2M
4.2.2	Establecer lineamientos para que cada unidad elabore un inventario de su información (acervo documental físico y electrónico) definiendo al responsable, la periodicidad y clasificación de la información, con el objetivo de identificar aquella de carácter confidencial y adoptar las medidas de protección correspondientes.	1	1	M	1M



Tabla N° 125

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.3	Calidad y suficiencia de la información				
4.3.1	Desarrollar procedimientos para la evaluación periódica de la calidad de la información generada por las diferentes unidades orgánicas de ESSALUD, con el objeto de asegurar que dicha información sea íntegra y confiable.	1	1	M	1M
4.3.2	(IDEM 4.1.2)	1	2	M	2M



Tabla N° 126

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Críticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.4	Sistemas de información				
4.4.1	Establecer lineamientos y políticas para que todo SISTEMA DE INFORMACIÓN, que se adquiera o desarrolle, cumpla con ciertos estándares de calidad: - o Ser realizado con base en los requerimientos de información que soliciten las áreas y funcionarios del ESSALUD para cumplir sus obligaciones y responsabilidades con mayor eficiencia y eficacia - o Perfiles de usuario para controlar el acceso del personal de la institución al sistema y a la información que le concierne, según los privilegios y limitaciones del perfil al que pertenece - o Manual de usuario del sistema que permita dar a conocer a los usuarios finales del ESSALUD las características y las formas de funcionamiento del sistema de información - o Realizar pruebas funcionales a los sistemas de información que se quieran implementar en la entidad, cuyo objetivo sea validar que las funcionalidades requeridas por el usuario están siendo cumplidas por la aplicación - o Considerar en los lineamientos para el desarrollo de los Sistemas de Información criterios de calidad tales como: integración, escalabilidad de la aplicación, portabilidad del código, reutilización del código, funcionalidad, precisión, robustez, compatibilidad, rendimiento, oportunidad.	2	1	B	2B



Tabla N° 127

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.5	Flexibilidad al cambio				
4.5.1	Desarrollar Reporte de incidencias que permita recoger de las Áreas las mejoras de los Sistemas de Información de toda la Entidad.	1	2	M	2M
4.5.2	Establecer lineamientos sobre los requisitos de los sistemas de información los cuales deben ser adaptables y flexibles en su funcionamiento, actualización y mantenimiento, asimismo, se podrá establecer: o Políticas y procedimientos para realizar revisiones periódicas de los sistemas de información. o Mecanismos para tomar conocimiento de las necesidades, reclamos opiniones e inquietudes de los usuarios de los Sistemas. o Mecanismos para constatar periódicamente la relevancia de la información brindada por los sistemas de información para los objetivos de la entidad o Niveles de acceso a los sistemas de información. o Niveles de autorización para realizar cambios a los sistemas de información. o Rediseños periódicos cuando se detecten deficiencias en su funcionamiento.	2	2	B	4B



Tabla N° 128

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.6	Archivo institucional				
4.6.1	Asignar al Archivo Central un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y materiales necesarios para su organización física.	2	2	B	4B
4.6.2	Implementar un sistema de gestión electrónica de archivos.	2	2	M	4M
4.6.3	Asignar recursos materiales e implementar los archivos periféricos y desconcentrados en cada órgano central y desconcentrado, y establecer lineamientos que regule su funcionamiento.	2	1	A	2A
4.6.4	Incorporación de las funciones de archivo en los MOF de cada área.	1	2	M	2M
4.6.5	Contratación de especialistas en materia archivística	1	2	A	2A
4.6.6	Sensibilización y capacitación en materia de archivos a todo el personal de la Entidad.	1	2	A	2A



Tabla N° 129
PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.7	4.7 Comunicación interna				
4.7.1	Establecer los tipos de documentos que deben ser utilizados para la comunicación interna horizontal o vertical al interior de ESSALUD (tipología de documentos, formatos y uso en la comunicación interna).	1	1	M	1M
4.7.2	Establecer líneas de comunicación para que el personal pueda transmitir: a) oportunidades de mejora o, b) denuncia de posibles actos indebidos.	1	2	A	2A
4.7.3	(IDEM 4.1.2)	1	2	M	2M



Tabla N° 130

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Críticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.8	Comunicación externa				
4.8.1	Actualizar la norma que regula la actualización del Portal Web y el Portal de Transparencia, considerando que esta debe incluir roles y responsabilidades del administrador y de los usuarios internos que publiquen la información institucional.	2	2	A	4A
4.8.2	(IDEM 4.1.2)	1	2	M	2M



Tabla N° 131

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
4.9	Canales de comunicación				
4.9.1	Identificar canales para la comunicación, según el tamaño de la población, necesidades de información y acceso a tecnologías.	1	1	A	1A
4.9.2	Evaluar la mejora del ancho de banda del acceso a Internet.	1	2	M	2M



Tabla N° 132

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
5	SUPERVISION				
5.1	Actividades de Prevención y monitoreo				
5.1.1	Definir y difundir los mecanismos de monitoreo que deben ser adoptados por cada unidad orgánica con el objetivo de garantizar el eficiente desarrollo de los procesos, para esto será necesario evaluar los riesgos del proceso e implementar actividades de monitoreo donde correspondan.	1	2	M	2M
5.1.2	Establecer políticas de prevención y monitoreo que permitan registrar las deficiencias o debilidades encontradas y determinar las acciones necesarias para su corrección.	1	2	M	2M



Tabla N° 133

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
5	SUPERVISION				
5.2	Seguimiento de resultados				
5.2.1	Implementar el "Reportes de deficiencias", el cual deberá contener las deficiencias y debilidades identificadas por los responsables de los Órganos Centrales y las unidades orgánicas de éstas, como producto del monitoreo y supervisión que realizan a sus procedimientos y actividades.	1	2	A	2A
5.2.2	Disponer la implementación de las recomendaciones realizadas por el OCI, como resultado de las evaluaciones realizadas.	2	2	A	4A
5.2.3	Documentar el seguimiento a las recomendaciones obtenidas de las diferentes evaluaciones efectuadas por los diferentes entes fiscalizadores. Los reportes de seguimiento deberá incluir al menos: - Recomendación - Fecha en que la Entidad recibió la recomendación - Responsable de la implementación de la recomendación - Plazo de implementación - Estatus actual de la implementación - Observaciones (en caso de que las recomendaciones no hayan sido implementadas en las fechas pactadas)	2	2	A	4A

Tabla N° 134

PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES

ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS		Factores a Ponderar			
		Criticidad	Impacto	Factibilidad	Resultado
5	SUPERVISION				
5.3	Compromiso de mejoramiento				
5.3.1	Establecer procedimientos de autoevaluación aplicables a todas las áreas y procesos de la Entidad con la finalidad que se midan la efectividad de los controles que usan en sus labores para cumplir sus metas, las cuales deben fijarse en forma semanal, quincenal o mensual de acuerdo a sus aspiraciones de mejorar.	1	2	B	2B
5.3.2	Emitir lineamientos para efectuar actividades de Autoevaluación de Control anual, del cual se emitirá un Informe de Autoevaluación sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno.	2	2	A	4A

