

# Control Interno

Instructivo

## Fase de Planificación

Órganos Desconcentrados

ESSALUD



## **PRESENTACIÓN**

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

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

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

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

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

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

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

**El Comité.**

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

### I. OBJETIVO

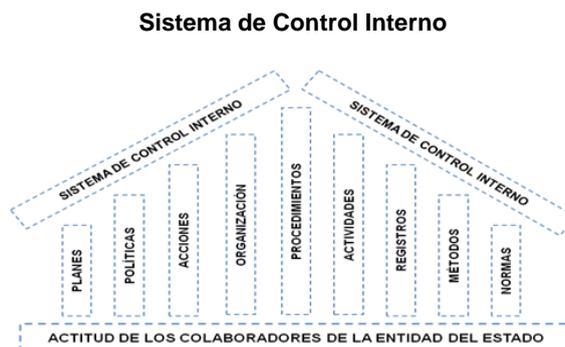
El presente instructivo tiene como objetivo de brindar orientación a los Subcomités de Implementación del Sistema de Control Interno respecto a la ejecución de la fase de planificación del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud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

### II. BASE LEGAL

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

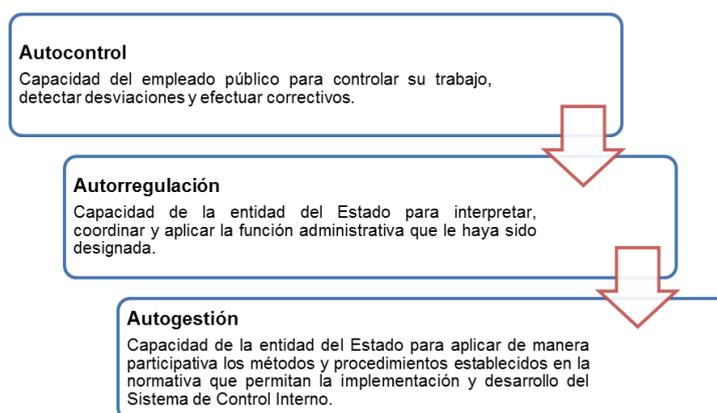
### III. MARCO CONCEPTUAL

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



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

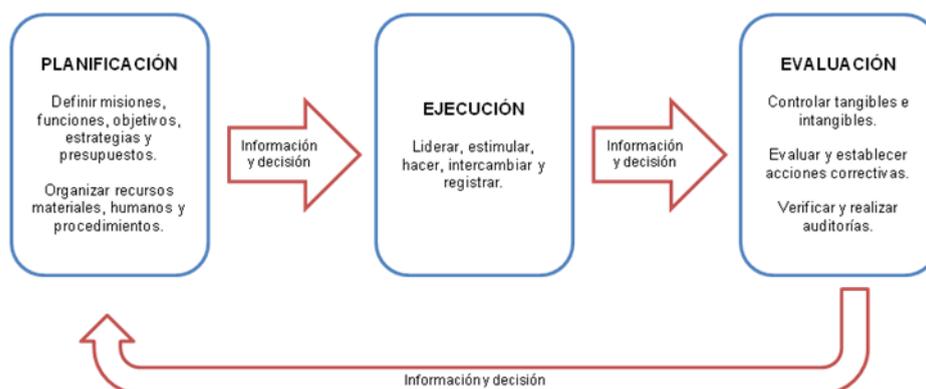
### Principios del Sistema de Control Interno



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

En ese sentido, la Contraloría General de la República aprobó la Resolución de Contraloría Nº 458-2008-CG, “Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado”, que detalla el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, contemplando la fase de planificación (formulación de un Plan de Trabajo que incluya los procedimientos orientados a implementar adecuadamente el Sistema de Control Interno, en base a un diagnóstico previamente elaborado), la fase de ejecución (desarrollo del Plan de Trabajo para la implantación del Sistema de Control Interno en los procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales) y la fase de evaluación (valoración de los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación del Sistema de Control Interno).

### Fases del Sistema de Control Interno



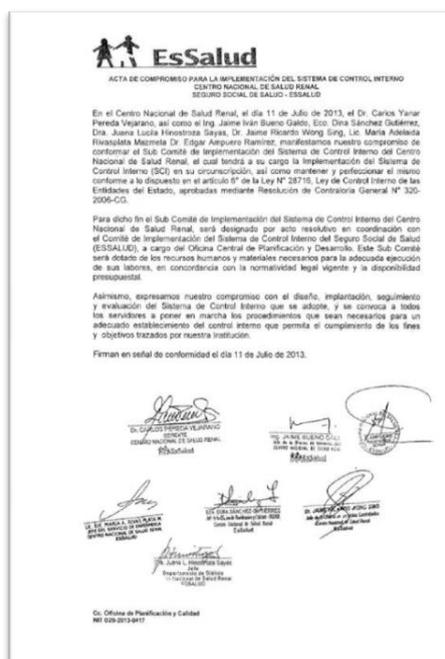
## IV. DESARROLLO DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN

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

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

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

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

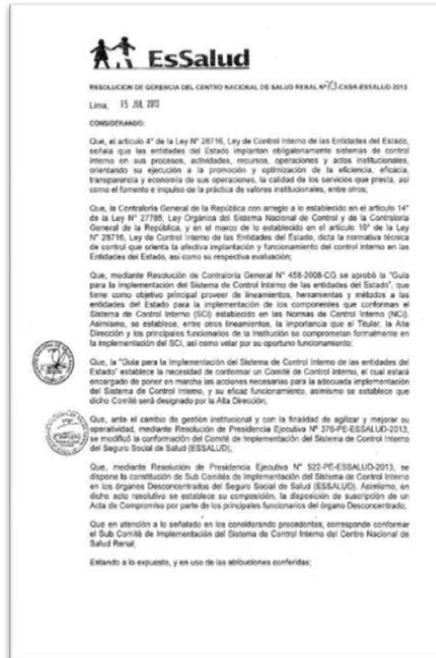


En el caso de la incorporación de nuevos miembros a la plana ejecutiva del Órgano Desconcentrado, posterior a la suscripción del compromiso formal (Acta de Compromiso) para con el proceso de implementación del Sistema de Control Interno en el ámbito de su competencia, estos deben suscribir individualmente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

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

Administración, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y dos funcionarios que representen a las áreas médicas, los mismos que asumen la responsabilidad de la implementación, el seguimiento y la evaluación del Sistema de Control Interno en el ámbito de su competencia (ver **Anexo 1**).

**Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal  
que constituye el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno**



El Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno debe formular, orientar, dirigir y coordinar el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, asegurando que se desarrollen a cabalidad cada una de las fases

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

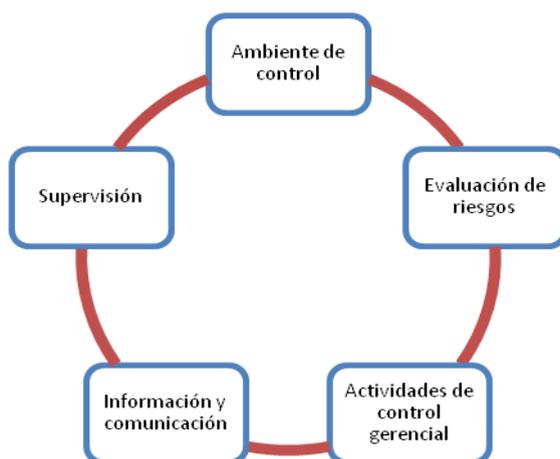
La sensibilización para todos los empleados públicos debe ser una actividad previa al proceso de implementación, así como la capacitación de los miembros que conforman el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el Control Interno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

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

## 2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO

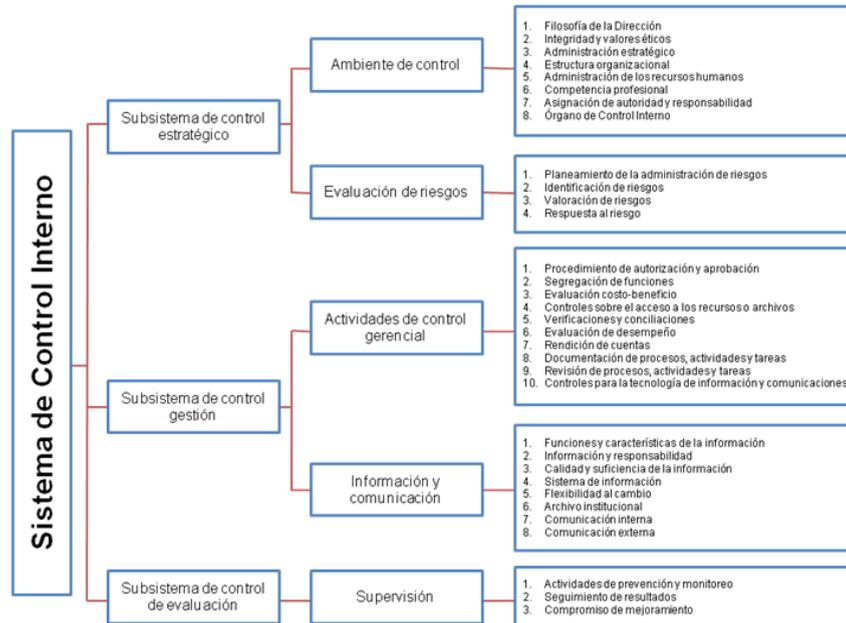
El punto de partida para el proceso de implementación del Sistema de Control Interno es el diagnóstico previsto en la “Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado”, aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, mediante el cual se determina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

**Componentes del Sistema de Control Interno**



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

## Estructura del Sistema de Control Interno



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

### a. Elaboración de herramientas

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

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

### b. Definición de la muestra

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

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

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

**Ejemplo:**

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

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

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

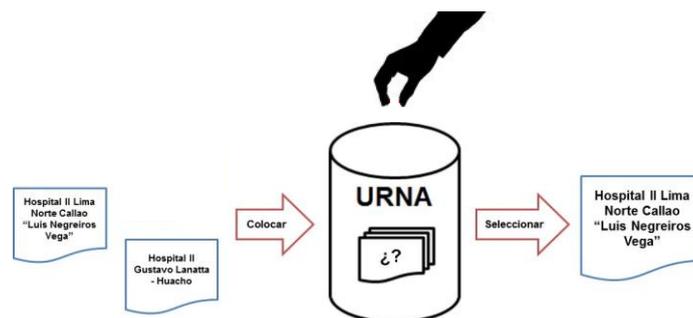
¿De qué forma se realiza la selección?

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

**Ejemplo:**

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### d. Desarrollo de listas de verificación



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

#### Lista de verificación

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

Completado por la unidad orgánica

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

#### Escala de valoración de respuesta

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

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

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



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

#### Tabla de valoración

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	OFICINA 1	OFICINA 2	OFICINA ...
<b>INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS</b>								
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.	4,25	5	5	5
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	3,63	5	3	4
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas.	1,81	0	1	1
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	2,13	1	2	1
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	1,63	3	0	0

Datos obtenidos de la lista de verificación

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

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

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

**Tabla de valoración**

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	OFICINA 1	OFICINA 2	OFICINA ...
<b>INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS</b>								
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.	4,25	5	5	5
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	3,63	5	3	4
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas.	1,81	0	1	1
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	2,13	1	2	1
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	1,63	3	0	0

} **Resultado automático**

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

**Escala de nivel de madurez**

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

Luego de finalizada la tabulación de todas las afirmaciones, la Secretaría Técnica del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno debe ingresar a la Hoja de Cálculo denominada “Tabla de Puntaje” (incluida en el disco compacto), con la finalidad de observar los resultados obtenidos, los cuales serán los insumos principales para identificar las debilidades y fortalezas (ver **Anexo 4**).



**Ingresar aquí**

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

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

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

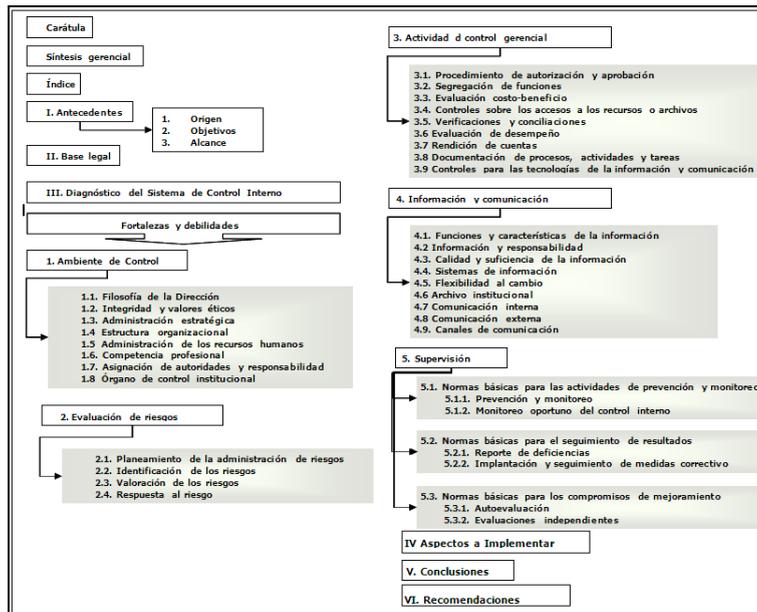
#### f. Identificación de debilidades y fortalezas

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

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

#### g. Elaboración de diagnóstico

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



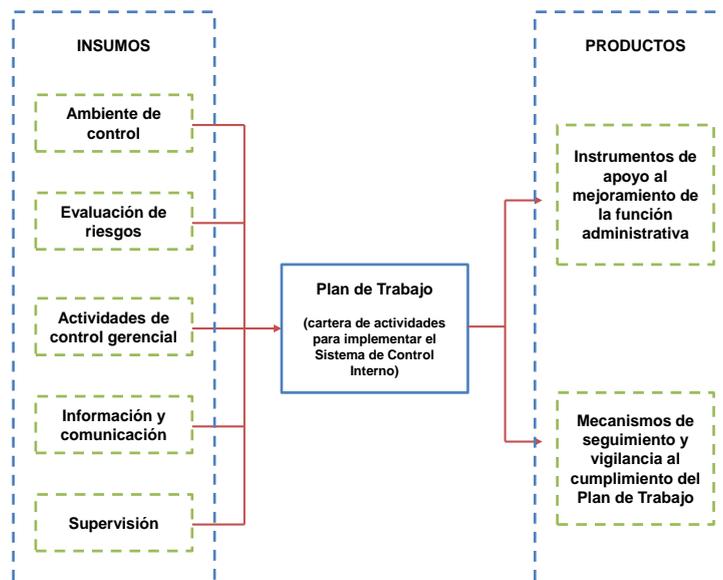
### h. Aprobación del diagnóstico

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

### 3. TERCERA ETAPA: PLAN DE TRABAJO

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

#### Insumos y productos del Plan de Trabajo



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

**a. Descripción de actividades:**

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

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

**Formulario de Plan de Trabajo**

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

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

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

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

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

## ANEXO 1

Av. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María - Lima Perú  
T.: 2653000 / 2657000  
www.essalud.gob.pe

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

Lima, 14 de junio del 2013

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

#### CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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

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



029-2013-0417

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

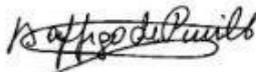
Órganos Desconcentrados, asignándoles a éstos la tarea de la implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno en el ámbito de sus funciones, como una estrategia para lograr la aplicación y regulación del Sistema de Control Interno en los diferentes centros asistenciales de ESSALUD a nivel nacional, acción que deberán llevar a cabo conforme a las disposiciones contenidas en la Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", y los lineamientos que imparta para el efecto el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), constituido por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013;

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

**SE RESUELVE:**

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

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**



VIRGINIA BAFIGO DE PINILLOS  
PRESIDENTE EJECUTIVO  
ESSALUD

ANEXO

**MODELO DE RESOLUCION DE CONSTITUCION DE LOS SUB COMITÉS DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD.(ESSALUD)**

**RESOLUCION DE GERENCIA DE RED N°**

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

**CONSIDERNADO:**

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

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

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

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



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

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

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

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

**SE RESUELVE:**

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

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

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



**REGISTRESE Y COMUNIQUESE<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> O quien haga sus veces.

<sup>2</sup> Indicar cargos de cada uno.

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

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

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

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

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



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

## ANEXO 2

### LISTA DE VERIFICACIÓN

VALOR	DESCRIPCIÓN	IDENTIFICACIÓN				
1	No se cumple	<b>ÓRGANO DESCONCENTRADO:</b>				
2	Se cumple insatisfactoriamente	<b>UNIDAD PRESTADORA:</b>				
3	Se cumple aceptablemente	<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>				
4	Se cumple en alto grado					
5	Se cumple plenamente					

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	SUBCOMPONENTE	VALORIZACIÓN					EVIDENCIA	
					1	2	3	4	5		
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	Filosofía de la Dirección								
			1	La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del control interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.							
			2	La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.							
			3	La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.							
			4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas.							
			5	La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control.							
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del OCI.							
			Integridad y Valores Éticos								
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.							
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".							
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas.							
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.							
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.							
			Administración Estratégica								
			12	La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.							
			13	La Dirección asegura que todas las Áreas, Departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su plan operativo institucional.							
			14	Los planes estratégicos, operativos y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados.							
15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su plan operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.										
16	La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios.										
17	Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados.										

SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	Estructura Organizacional							
			18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.						
			19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas.						
			20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.						
			21	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el PAP y un cargo incluido en el de Asignación de Personal (CAP).						
			22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad.						
			23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (Flujogramas).						
			Administración de los Recursos Humanos							
			24	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal.						
			25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa relacionados con el puesto al que ingresa y los principios éticos que su cargo conlleva.						
			26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.						
			27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo.						
			28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.						
			Competencia Profesional							
			29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el CAP y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo).						
			30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo.						
			31	El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del control interno.						
			Asignación de Autoridad y Responsabilidad							
			32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.						
			33	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.						
			34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden.						
			Órgano de Control Institucional							
			35	Los Órganos de Control Institucional (OCI) evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo.						
			36	Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del OCI.						
			37	El OCI evalúa periódicamente el sistema de control interno de la entidad.						

SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	EVALUACIÓN DE RIESGOS	Planeamiento de la Administración de Riesgos									
			38	Se ha desarrollado un Plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.								
			39	La Dirección (Directorio, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos.								
			40	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.								
			41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos.								
			Identificación de Riesgos									
			42	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.								
			43	Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.								
			44	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.								
			45	En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).								
	Valoración de Riesgos											
	46	En el desarrollo de sus actividades se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).										
	47	En el desarrollo de sus actividades se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (IMPACTO).										
	48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.										
	Respuesta al Riesgo											
	49	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.										
	50	Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos.										
	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	Procedimiento de Autorización y Aprobación									
			51	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades.								
			52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.								
			Segregación de Funciones									
			53	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.								
			54	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude.								
			Evaluación Costo - Beneficio									
			55	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).								
			56	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener.								
Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos												
57			Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos.									
58			El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas entre otros.									
59			Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (por ejemplo arqueos, inventarios u otros).									
60			Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.									
61			Los documentos internos que genera y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos.									

SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	Verificaciones y Conciliaciones							
			62	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.						
			63	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes.						
			Evaluación de Desempeño							
			64	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas.						
			65	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales, disposiciones normativas vigentes.						
			Rendición de Cuentas							
			66	La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas.						
			67	La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal.						
			68	Conoce sus responsabilidades con respecto a las rendiciones de cuenta.						
			Documentación de Procesos, Actividades y Tareas							
			69	El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos.						
			70	Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidas, establecidas y documentadas al igual que sus modificaciones.						
			Revisión de Procesos, Actividades y Tareas							
			71	Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.						
			72	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias.						
			Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones							
			73	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información.						
			74	Es restringido el acceso a la sala de cómputo, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup).						
			75	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.						
			76	La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático.						
			77	El área de informática cuenta con un Plan de Contingencias.						
			78	Se han definido los controles de acceso general (Seguridad física y lógica de los equipos centrales).						
			79	Se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.						
			80	Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso.						
			81	La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).						
			82	Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas.						
			83	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones.						
			84	La entidad ha establecido controles para la adquisición de paquetes de software.						

SISTEMA DE CONTROL INTERNO		SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN		INFORMACION Y COMUNICACIÓN		Funciones y Características de la Información					
85	La información Gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones.										
86	Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información										
Información y Responsabilidad											
87	Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas.										
88	Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.										
Calidad y Suficiencia de la Información											
89	La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades.										
90	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.										
Sistemas de Información											
91	La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades.										
92	Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras.										
Flexibilidad al Cambio											
93	Se revisan periódicamente los sistemas de información y de ser necesario se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento.										
Archivo Institucional											
94	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad.										
95	La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónico, magnéticos y físicos).										
96	Los ambientes utilizados por el archivo insititucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado.										
Comunicación Interna											
97	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna.										
98	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otros eventos resultantes.										
99	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.										
Comunicación Externa											
100	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.										
101	El portal de transparencia de la entidad se encuentra adecuadamente actualizado.										
102	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).										
Canales de Comunicación											
103	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: memorando, paneles informativos, boletines, revistas.										
104	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.										

				Actividades de Prevención y Monitoreo							
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACION	SUPERVISIÓN	105	En el desarrollo de sus labores, se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencia de ello.							
			106	Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos (monitoreo).							
			Seguimiento de resultados								
			107	Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección.							
			108	Cuando se descubre oportunidades de mejora se disponen medidas para desarrollarlas.							
			109	Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el OCI.							
			Compromiso de mejoramiento								
			110	La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente.							
			111	Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas.							
			112	Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento.							

## ANEXO 3

### TABLA DE VALORACIÓN

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	OFICINA 1	OFICINA 2	OFICINA ...				
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	<b>Filosofía de la Dirección</b>									
			1	La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del Control Interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.								
			2	La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.								
			3	La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.								
			4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados consensados, dejándose evidencia mediante actos.								
			5	La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de los procesos de control.								
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Organismo de Control Institucional.								
			<b>Integridad y Valores Éticos</b>									
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y difundido mediante talleres o reuniones.								
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".								
			9	Se comunican debidamente, dentro de la entidad, las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.								
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.								
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.								
			<b>Administración Estratégica</b>									
			12	La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.								
			13	La Dirección asegura que todas las áreas y departamentos formulan, implementen y evalúan actividades concordantes con su Plan Operativo Institucional según procedimientos documentados.								
			14	Los Planes Estratégicos, Operativos y de Contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados.								
			15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su Plan Operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.								
			16	La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios.								
			17	Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados.								
			<b>Estructura Organizacional</b>									
			18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.								
			19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas.								
			20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.								
			21	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el Presupuesto Anualístico de Personal (PAAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).								
			22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (ROF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad.								
			23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (fluigramas).								
			<b>Administración de los Recursos Humanos</b>									
			24	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal.								
			25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa relacionado con el puesto al que ingresa y los principios éticos que su cargo conlleva.								
			26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.								
			27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo.								
			28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.								
			SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	<b>Competencia Profesional</b>						
						29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo).					
						30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias solicitadas en el perfil del cargo.					
						31	El titular, funcionario y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del Control Interno.					
						<b>Asignación de Autoridad y Responsabilidad</b>						
						32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.					
						33	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.					
34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden.											
<b>Organismo de Control Institucional</b>												
35	Los Organismos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos y tienen a su disposición oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo.											
36	Se ha comprobado competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del Organismo de Control Institucional.											
37	El Organismo de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno de la entidad.											
<b>Planeamiento de la Administración de Riesgos</b>												
38	Se ha desarrollado un plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.											
39	La Dirección (Directorio, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos.											
40	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.											
41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos.											
<b>Identificación de Riesgos</b>												
42	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.											
43	Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.											
44	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.											
45	En la identificación de riesgos, se ha tomado en consideración aspectos internos de la entidad y externos (fuera de la entidad).											
<b>Valoración de Riesgos</b>												
46	En el desarrollo de sus actividades, se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).											
47	En el desarrollo de sus actividades, se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados.											
48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.											
<b>Respuesta al Riesgo</b>												
49	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.											
50	Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos.											
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL			<b>Procedimiento de Autorización y Aprobación</b>							
					51	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades.						
					52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.						
					<b>Segregación de Funciones</b>							
					53	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.						
					54	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude.						
					<b>Evaluación Costo - Beneficio</b>							
					55	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).						
					56	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener.						
					<b>Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos</b>							
57	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos.											
58	El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas, entre otros.											
59	Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (pagos, inventarios u otros).											
60	Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.											

## ANEXO 4

### TABLA DE PUNTAJE

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	AFIRMACIÓN	CALIFICACION	PROMEDIO	INTERPRETACION	PUNTAJE POR COMPONENTE	INTERPRETACION	PUNTAJE POR SUBSISTEMA	INTERPRETACION	PUNTAJE POR SISTEMA	INTERPRETACION		
			<b>Filosofía de la Dirección</b>												
			1	La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mejoramiento del Control Interno de la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.											
			2	La Dirección muestra y promueve un espíritu de personal que muestra el desarrollo de las actividades laborales.											
			3	La Dirección muestra el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.											
			4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados consensados, oportunas mediante acciones.											
			5	La Dirección promueve el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control.											
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Organismo de Control Institucional.											
			<b>Integridad y Valores Éticos</b>												
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y plasmado mediante talleres o reuniones.											
			8	La administración ha adherido la Ley del Código de Ética de la Función Pública.											
9	Se comunican debidamente, dentro de la entidad, las acciones disciplinarias que se toman sobre funcionarios públicos.														
10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los instrumentos de control de la entidad.														
11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las normas aplicables a la Dirección.														
			<b>Administración Económica</b>												
			12	La Dirección ha elaborado y se da conocimiento general la visión, misión, metas e objetivos estratégicos de la entidad.											
			13	La Dirección asegura que todas las áreas y departamentos formulen, implementen y evalúan actividades concordes con su Plan Operativo Institucional.											
			14	Los Planes Estratégicos, Operativos y de Contingencia se elaboran considerando el presupuesto institucional.											
			15	Todas las unidades orgánicas trabajan periódicamente su Plan Operativo Institucional y el Control Interno institucional y desarrollan proyectos.											
			16	La entidad fomenta el espíritu de la responsabilidad y desarrollo público.											
			17	La entidad fomenta el espíritu de la responsabilidad y desarrollo público en todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios.											
			18	Los resultados de los indicadores elaborados a los planes operativos en los diversos ámbitos están dentro de los límites esperados.											
			<b>Estructura Organizacional</b>												
			19	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y prioridades de la entidad y se dirige a la calidad.											
20	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente alineadas.														
21	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.														
22	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).														
23	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP) y demás manuales que regulan las actividades de la entidad.														
24	Se han revisado manuales de procesos con sus respectivos Equipos de Información (Ei) programados.														
			<b>Procedimientos de los Procesos Normativos</b>												
			25	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, mejoramiento social, evaluación de personal.											
			26	Se cuenta con un programa de inducción al personal que incluye relacionamiento con el puesto al que ingresa y los principios éticos que le rigen.											
			27	La entidad asegura contar con la cantidad de personal necesario para el adecuado desarrollo de sus actividades.											
			28	La entidad asegura su inversión en plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al cargo.											
			29	La acción formativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.											
			<b>Competencia Profesional</b>												
			30	Se han identificado los competencias requeridas para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido documentados en un instrumento legal del cargo.											
			31	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias solicitadas en el perfil del cargo.											
			32	El nivel, funcional y demás serendos son concordantes con la importancia del desarrollo, implementación y mejoramiento del Control Interno.											
<b>Asignación de Autoridad y Responsabilidad</b>															
33	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidos en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.														
34	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.														
35	Toda el personal conoce sus responsabilidades y actos de acuerdo con la misión de la entidad y la correspondiente.														
			<b>Organos de Control Institucional</b>												
			36	Los Organos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos, vigencias y deficiencias oportunamente de manera acorde a su plan de trabajo.											
			37	Se da cumplimiento a la competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del Organismo de Control Institucional.											
			38	El Organismo de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Gestión de la Entidad.											
			<b>Planeamiento de la Administración de Riesgos</b>												
			39	Se ha desarrollado un plan de actividades de identificación, análisis e valoración, riesgo a evaluar y monitoreo y documentación de los riesgos.											
			40	La Dirección (Directores, Gerentes y Jefaturas) ha establecido y plasmado documentos y matrices para la administración de riesgos.											
			41	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los riesgos.											
			42	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos.											
			<b>Identificación de Riesgos</b>												
43	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.														
44	Se han identificado los riesgos negativos (negativos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.														
45	Se han identificado los riesgos positivos (positivos) que pueden afectar los diferentes unidades organizadas y procesos.														
46	Se ha identificado de riesgos, se ha tomado en consideración aspectos críticos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).														
<b>Valoración de Riesgos</b>															
47	En el desarrollo de sus actividades, se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).														
48	En el desarrollo de sus actividades, se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados.														
49	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.														
<b>Respuesta al Riesgo</b>															
50	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.														
51	Se han definido instrumentos para efectuar seguimiento periódico a los riesgos documentados con respecto a los riesgos.														
			<b>Procedimientos de Autorización y Aprobación</b>												
			52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están debidamente definidos en manuales o directivos y son aplicados para todos los procesos y actividades.											
			53	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido debidamente comunicados a los interesados.											
			<b>Seguimiento de Funciones</b>												
			54	Las actividades expuestas al riesgo de error o fraude han sido controladas mediante procedimientos de control de riesgos.											
			55	Se aplican controles periódicos del personal asignado en puestos críticos y riesgos de fraude.											
			<b>Evaluación Control: Beneficio</b>												
			56	El costo de los controles establecidos para las actividades está en relación a los resultados esperados (beneficio).											
			57	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supera el beneficio que se puede obtener.											
			<b>Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos</b>												
58	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que aseguran para la utilización y protección de los recursos e archivos.														
59	El acceso a los recursos e archivos queda establecido en documentos que controlan, restringen, autorizan, etc.														
60	Periódicamente se comparan los registros asignados con los registros de seguridad (eventos, incidentes o control).														
61	Se ha identificado los activos expuestos al riesgo como datos o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.														
62	Los documentos normativos que generan y reciben los controles organizados del sistema normados y controlados.														
<b>Verificación de Resultados</b>															
63	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.														
64	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintos formatos.														
<b>Control de Desempeño</b>															
65	La entidad cuenta con indicaciones de desempeño para los procesos, actividades y tareas.														
66	Los resultados de desempeño se hacen con base en los planes, reportes y/o indicadores de desempeño.														