

RESOLUCION DE INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN N° 4 2 -IETSI-ESSALUD-2017

Lima, 18 SEP 2017

VISTO:

El acta del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, reconstituido a través de la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 32-IETSI-ESSALUD-2017, el cual solicita la aprobación del Plan de Implementación del Sistema de Control Interno; y

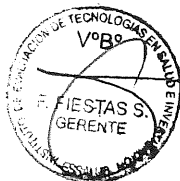
CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 200 del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (EsSalud), aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, concordante con el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 152-PE-ESSALUD-2015, define al IETSI como el órgano desconcentrado responsable de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación, supresión, utilización o cambio en la institución, así como de proponer las normas y estrategias para la innovación científica tecnológica, la promoción y regulación de la investigación científica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia, eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la red prestadora de servicios de salud en el ámbito nacional. Asimismo, es el responsable del petitorio de medicamentos y del listado de bienes de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica en la institución;

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; en tal sentido, 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, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-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), estableciendo, además, su composición, la disposición de suscripción de un Acta de Compromiso por parte de los principales funcionarios del Órgano Desconcentrado;

Que, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 13-IETSI-ESSALUD-2016, se conformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto, reconstituido a través de la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 32-IETSI-ESSALUD-2017; el cual presentó el Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, a efectos de implementar las recomendaciones señaladas;

Que, mediante documento de vistos, el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación presentó el Plan de Implementación del Sistema de Control Interno, con ejecución a partir del IV Trimestre de 2017 hasta el IV trimestre del 2018; por tanto, corresponde aprobar el presente acto resolutivo;

Estando a lo propuesto por el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación y en uso de las facultades conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 152-PE-ESSALUD-2015;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Plan de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación 2017-2018, el cual en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución; por los fundamentos antes expuestos.
2. **APROBAR** la conformación del Grupo de Trabajo responsable de la ejecución del Plan de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación 2017-2018, de la siguiente manera:
 - Un representante de la Oficina de Asesoría Jurídica.
 - Un representante de la Oficina de Administración.



IETSI
INSTITUTO
DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS
EN SALUD
E INVESTIGACIÓN

- Un representante de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Un representante de la Dirección de Investigación en Salud.
- Un representante de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.



3. **DISPONER** que los Gerentes de las Direcciones y Jefes de Oficinas del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación cumplan con designar a sus representantes encargados de la ejecución del Plan de Implementación del Sistema de Control Interno, debiendo informar a la Presidenta del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en un plazo de 10 días hábiles de aprobada la presente Resolución.



4. **DISPONER** que todas las unidades orgánicas del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación cumplan con la implementación del Plan de Implementación del Sistema de Control Interno, de acuerdo a las actividades y responsabilidades establecidas.

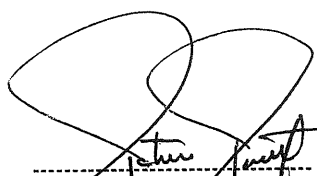


5. **DISPONER** que la Oficina de Asesoría Jurídica haga de conocimiento la presente Resolución a las unidades orgánicas y al Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación y coordine con la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la página Web de EsSalud.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE




Dra. PATRICIA PIMENTEL ALVAREZ
Director del Instituto de Evaluación
de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)(e)
EsSalud

NIT: 8208/14/3

PLAN DE TRABAJO

PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN

2017- 2018



ANTECEDENTES

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; disponiendo que corresponde al Titular y a los funcionarios responsables de los órganos directivos y ejecutivos de la entidad, la aprobación de las disposiciones y acciones necesarias para la implantación de dichos sistemas y que éstos sean oportunos, razonables, integrados y congruentes con las competencias y atribuciones de las respectivas entidades;

De otro lado, en el artículo 10 de la citada Ley se dispone 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, 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; en ese sentido, la Contraloría General de la República aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, modificada por la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, la cual tiene como objetivo principal orientar el desarrollo de las actividades para la aplicación del modelo de implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado de los tres niveles de gobierno, a fin de fortalecer el Control Interno para el eficiente, transparente y adecuado ejercicio de la función pública en el uso de los recursos del Estado.

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", el Seguro Social de Salud (EsSalud), a través de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1092-PE-ESSALUD-2011, modificada por las Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013 y N° 531-PE-ESSALUD-2014, constituyó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD, y mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-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).

En este contexto, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, órgano desconcentrado del Seguro Social de Salud, en cumplimiento de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, y de la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", asumió el compromiso de implantar en el Instituto el Sistema de Control Interno en el IETSI, así como el seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que adopte la Entidad, y convocar a todos los servidores a poner en marcha los procedimientos que sean necesarios para un adecuado establecimiento de control interno que permita el cumplimiento de la misión y los objetivos de la Entidad.

En cumplimiento al compromiso asumido por el IETSI, mediante Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 13-IETSI-ESSALUD-2016, se conformó el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto, cuya función es implementar el Sistema de Control Interno en el IETSI, cuyos integrantes son los siguientes funcionarios:

- Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, quien lo presidirá.
- Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, como Secretario Técnico.
- Jefe de la Oficina de Administración, como miembro.
- Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, como miembro.
- Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, como miembro.
- Gerente de la Dirección de Investigación en Salud, como miembro.

Así también, mediante Acta de Instalación del Subcomité de Implementación de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, de fecha 25 de abril de 2016, los suscritos se comprometieron a monitorear el proceso de sensibilización y capacitación del personal de la Entidad sobre el control interno, desarrollar el diagnóstico actual del control interno dentro del IETSI, desarrollar el cuadro de necesidades propuesto dentro del diagnóstico de control interno, proponer la estimación de los recursos necesarios para la implementación del cuadro de necesidades, comunicar a todo el personal la importancia de contar con un Sistema de Control Interno eficiente e informar a la Alta Dirección sobre los avances realizados en materia de implementación de control interno.

Asimismo, el Subcomité de Implementación de Control Interno del IETSI presentó el Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (diciembre de 2016), el cual tiene los siguientes objetivos:

- Presentar el estado situacional del Sistema de Control Interno del IETSI, como parte de la fase de planificación del Plan de Trabajo del Subcomité.
- Establecer los lineamientos a considerar por el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del IETSI, para regir el proceso de fortalecimiento de su Sistema de Control Interno, en todos sus componentes; con la finalidad de adaptarlo y mejorarlo, coadyuvar en la mejora de la gestión institucional.
- Conocer las fortalezas y debilidades del sistema de control interno del IETSI.
- Proponer acciones a implementarse para alcanzar la madurez del sistema de control interno.

De otro lado, a través de la Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 032-IETSI-ESSALUD-2017, se reconformó el Subcomité de Implementación de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI, dado que la designación del Subcomité, aprobada por Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 13-IETSI-ESSALUD-2016, contemplaba nombres de funcionarios y cargos, alguno de los cuales a la fecha no se encuentran laborando en la Institución.

En tal sentido, teniendo el Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, elaborado por el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del IETSI, corresponde elaborar el Plan de Trabajo del Sistema de Control Interno del IETSI, alineadas a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", modificada por la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, para su puesta en marcha a partir del último trimestre del año 2017 hasta el último trimestre de 2018.

I. OBJETIVO. -

Establecer las actividades, responsables, recursos y plazos para la implementación de las recomendaciones contempladas en el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, alineadas a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".

II. ALCANCE DEL PLAN DE TRABAJO. -

El Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación se elaboró para ejecutarse desde el último trimestre del año 2017 hasta el último trimestre del año 2018, ello se efectuará considerando los aspectos a implementar según prioridad, definidos en el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del IETSI, alineadas a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", considerando además las funciones y responsabilidades de cada área, respecto del Control Interno.

Comprende las siguientes Oficinas que forman parte de la Institución:

Órgano de Dirección:

Dirección de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación.

Órgano de Asesoramiento:

Oficina de Asesoría Jurídica.

Órgano de Apoyo:

Oficina de Administración.

Órganos de Línea:

Dirección de Investigación en Salud.

Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Gerente de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

Estructura Orgánica del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación



III. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud ESSALUD
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus modificatorias
- Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016.
- Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015.
- Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 152-PE-ESSALUD-2015.
- Normas de Control Interno, Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG.
- Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado, aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, modificada por Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG.
- Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", Resolución de Contraloría General N° 149-2016-CG.

IV. ETAPAS DE LA IMPLEMENTACIÓN

El plan de trabajo considera la implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud de manera progresiva, a efectos de lograr, como mínimo, al término del período de dos (02) años, el nivel de "implementado el Sistema de Control Interno" en todos sus componentes, el cual se irá fortaleciendo a medida que sus áreas participen activamente, según la responsabilidad asignada en este plan de trabajo.

4.1 ETAPA 1: Capacitación y sensibilización del personal. –

Los miembros del Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación –IETSI, deberán ser capacitados en materia de Control Interno y Gestión de Riesgos, con la finalidad de complementar las actividades contempladas en el plan de trabajo.

De igual manera, será necesario socializar y sensibilizar a los colaboradores de los órganos responsables que participan en el desarrollo de las actividades contempladas en el plan de trabajo en temas de implementación del Sistema de Control Interno.

4.2 ETAPA 2: Aspectos a Implementar recomendados en el Diagnóstico. -

En esta etapa se implementará los aspectos recomendados en el Informe de Diagnóstico del IETSI alineados a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado" modificada por la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, a partir del último trimestre de 2017 hasta el último trimestre del 2018.

La implementación de las recomendaciones se realizará considerando lo siguiente:

- Desarrollo de entregables y responsables

De acuerdo a los aspectos a implementar establecidos en el Informe de Diagnóstico del IETSI, alineados a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", se ha determinado diversos entregables que permitirán evidenciar la implementación de las recomendaciones.

- El Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del IETSI cautelará las actividades a desarrollar a fin de superar las debilidades detectadas en el Informe de Diagnóstico, alineados a la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", y los entregables que se desarrollen en el presente Plan de Trabajo.

TABLA N° 1

DESCRIPCION DE LAS ACCIONES PARA EL CIERRE DE CADA BRECHA IDENTIFICADA. –
ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS

1. Ambiente de Control

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
1.La entidad demuestra compromiso con la integridad y valores éticos	Acta o charla de sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participantes con las firmas correspondientes.	Coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas para brindar charla de sensibilización sobre el Sistema de Control Interno al IETSI.	Jefe de OAD IETSI
	Difusión del Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 296-PE-ESSALUD-2012.	Informe de la difusión a los trabajadores del IETSI –Difundiendo el Código de Ética de ESSALUD	Jefe de OAD IETSI
	Implementar un libro de actas para las sesiones del Subcomité.	Libro de Actas al día	Jefe de OAJ IETSI
3. La Gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas para la consecución de los objetivos.	Desarrollar mecanismos de comunicación efectiva con el personal para cumplir con las metas propuestas y seguir socializando los avances del POI.	Informes trimestrales de los avances del POI	Gerentes de Direcciones y Jefes de Oficinas IETSI
	Estructura Orgánica – organigrama	Difusión del ROF del IETSI	Jefe de OAJ del IETSI
	Elaborar el mapa de procesos del IETSI.	Elaborar el Manual de Procesos del IETSI.	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Solicita la inclusión de los requerimientos del IETSI en el Plan Anual de Contrataciones de ESSALUD.	Carta elevando Requerimientos, términos de referencia y solicitud de certificación y provisión presupuestal.	Jefe de OAD IETSI
	Elabora el Manual de Organización y Funciones del IETSI.	Difusión del Manual de Perfiles de Puestos a las Direcciones del IETSI.	Jefe de OAD IETSI
4.La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar	Difusión del Reglamento Interno de Trabajo de ESSALUD	Informe sobre difusión del RIT de ESSALUD	Jefe de OAD IETSI
	Evaluaciones del clima laboral	Coordinación con la Gerencia Central de	Jefe de OAD IETSI

y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización		Gestión de las Personas para elaborar Diagnóstico del clima laboral del IETSI	
	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD realizar capacitaciones externas del personal del IETSI puesto que en el país el IETSI es el líder de estas capacidades.	Informe que sustente la necesidad de las capacitaciones externas para incluir en el PDP y llevar a cabo la organización de las capacitaciones	Gerentes de las Direcciones /Jefe de OAD IETSI
	Reforzar a través de un plan de capacitación en materia de control interno a los colaboradores de todo el IETSI.	Plan Local de capacitación en materia de control interno.	Jefe de OAJ/ Jefe de OAD IETSI
5. La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.	Informes con las recomendaciones implementadas	Jefe OAJ IETSI

2. Evaluación de Riesgos

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
6. La entidad define los objetivos con suficiencia claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.	Impulsar conjuntamente con la Alta Dirección un marco normativo respecto de la Gestión de Riesgos.	Proyecto de Manual de Gestión del Riesgo del IETSI	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI
7. La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar	Registro de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.	Actas o registros de asistencia	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Inventario de riesgos de la entidad.	Matriz de Riesgos del IETSI	Jefe de OAD
	Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o análisis y evaluación de riesgos.	Plan para mitigar riesgos del IETSI Gerentes de las Direcciones del IETSI	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas		
8. La entidad considera la probabilidad de fraude al	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.	Directiva que establezca los	

evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.	procedimientos para la identificación y registro de controles para reducir riesgos y/o posibles fraudes en los procesos del IETSI.	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.		
9. La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI	Reportes del monitoreo de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el SCI.	Reportes de Monitoreo	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI

3. Actividad de Control Gerencial

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
10. La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos	Procedimientos de autorización y aprobación documentados y comunicados a los funcionarios y servidores responsables.	Difusión de la Directiva de Gestión de Procesos	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.	Difusión del Reglamento Interno de Trabajo del IETSI	Jefe de OAD IETSI
	Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.	Identificar los procesos del IETSI	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: instalaciones, recursos económicos, tecnología de información, bienes y equipos patrimoniales.	Informe sobre difusión de las normas aprobadas por ESSALUD.	Jefe de OAD IETSI

	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.		
	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.		
	Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.	Reporte sobre arqueos de caja chica	Responsable del Fondo Fijo y Jefe OAD IETSI
11. La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	Lineamientos sobre la política de seguridad informática	Difusión de los Lineamientos sobre política de seguridad informática	Jefe de OAJ IETSI
	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.	Difusión del Manual de Perfil de Puestos	Jefe de OAD IETSI
	Normas para el uso y conservación de las computadoras personales (PC) y periféricos.	Difusión del Marco Normativo para el buen uso y conservación de PC	Jefe OAJ IETSI
12. La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.	Difusión del ROF del IETSI	Gerentes de las Direcciones del IETSI.

4. Información y Comunicaciones

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
13. La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	Normas internas que regulen los requisitos de la información	Difusión de la Directiva que establece los procedimientos del IETSI	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.	Difusión de la norma de archivo de ESSALUD	Jefe de OAJ IETSI

	Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.	Difusión del ROF IETSI	Jefe OAJ IETSI
	Plan Anual de Trabajo archivístico (Directiva N° 003-2008-AGN/DNDAAI)	Elaborar Plan de Trabajo de Archivo del IETSI	Jefe de OAD IETSI
	Ambientes del archivo institucional adecuados	Implementación del archivo Desconcentrado del IETSI	Jefe de OAD IETSI
	Normativa interna sobre préstamo de documentación del archivo y transferencia de documentación al archivo.	Difusión del Manual de Archivo de ESSALUD	Jefe de AOJ IETSI
14. La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI	Normas para la administración y uso de internet y correo electrónico.	Difusión de las normas aprobadas por ESSALUD respecto a los sistemas informáticos	Jefe de OAJ/ Gerentes de las Direcciones del IETSI
15. La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	Difusión de las normas para atención de la información pública	Jefe de OAJ IETSI

5. Supervisión

PRINCIPIOS	DOCUMENTOS DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
16. La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento.	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.	Coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas para brindar capacitación sobre control interno al personal del IETSI.	Jefe OAD IETSI
17. La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.	autoevaluación sobre la gestión y el control interno del IETSI.	Gerentes de las Direcciones del IETSI
	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI. Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.	Informe de las recomendaciones implementadas	Jefe OAJ IETSI

- **Informe de Avance.** - La presente implementación requerirá el monitoreo constante del Sub Comité, con el fin de garantizar la ejecución del Plan de Trabajo, que coordinará con los órganos responsables el cumplimiento de los plazos establecidos. En ese sentido, los órganos responsables de los aspectos a implementar contemplados en el Plan de Trabajo deberán presentar un informe de avance trimestralmente, que deberá tener la siguiente estructura: objetivo, alcance, cumplimiento del plan de trabajo, recursos necesarios, limitaciones o debilidades, conclusiones y recomendaciones.

4.3 Autoevaluación. –

- Desarrollo de autoevaluación.** - El proceso de implementación del Sistema de Control Interno del IETSI se irá fortaleciendo a medida que los aspectos a implementar se ejecuten según el presente Plan de Trabajo.

El Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno del IETSI se encargará de efectuar la autoevaluación anual, que será realizada al final del periodo. La autoevaluación implica la verificación del cumplimiento del presente Plan de Trabajo, así como la identificación de nuevas debilidades de Control Interno que requieran ser implementadas e incorporadas al Plan de Trabajo.

El proceso de autoevaluación corresponde a la última fase del proceso de implementación del Sistema de Control Interno denominada "Evaluación", tal como

lo establece la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".

- b. **Determinación del cuadro de madurez del Sistema de Control Interno.** - Luego de realizada la autoevaluación se determinará el grado de madurez del Sistema de Control Interno en el IETSI, para lo cual se considerará los aspectos implementados y los que se encuentren pendientes de implementación.

- c. **Elaboración de los informes de autoevaluación.** - Luego de la autoevaluación que realice el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, emitirán el informe donde se detalla los resultados obtenidos:

- o Porcentaje de avance del aspecto a implementar por órganos responsables.
- o Limitaciones por los cuales no pudieron ser implementadas algunas actividades del plan de trabajo.
- o Identificación de nuevos aspectos de control interno a implementar.
- o Nueva determinación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno del IETSI.
- o Los nuevos aspectos a implementar deberán ser incorporados en una nueva matriz de priorización, con la finalidad de determinar su importancia y su incorporación al plan de trabajo.

El informe deberá tener la siguiente estructura: Objetivo, Alcance, Cumplimiento del plan de trabajo (dificultades y porcentaje de avance), cronograma de actividades (revisar plazos de ejecución y si fue suficiente para llevar a cabo las actividades), recursos necesarios (determinar si los recursos humanos, logísticos y de información han sido suficientes, desempeño de los equipos de trabajo y participantes (evaluar el trabajo de los equipos designados o participantes en el desarrollo de las diferentes actividades, teniendo en cuenta si se requiere de una mayor participación de la organización, para el apoyo de las labores específicas), limitaciones o debilidades (determinar aquellas detectadas al momento de la ejecución de implementación), conclusiones y recomendaciones (incluir aquellas acciones correctivas que es necesario implementar para la mejora del proceso de implementación; asimismo, en forma resumida, determinar el nuevo nivel de implementación alcanzado.

4.4 Etapa 4 de Actualización del Plan de Trabajo

- a. **Plan de Trabajo.** - Al cierre de año 2018 se actualizará al plan de trabajo de acuerdo con la nueva matriz que se desarrollará como producto de la autoevaluación y de las evaluaciones, en donde se incluirán los nuevos aspectos a ser implementados, así como también la fecha y responsable de su implementación.
- b. **Determinación del Cuadro de Necesidades.** - Se determinarán los recursos necesarios para continuar con la implementación del Plan de Trabajo, debiendo preverse oportunamente en el presupuesto institucional del IETSI.
- c. **Cuadro de Necesidades de Recursos.** - La ejecución de las actividades establecidas en el presente Plan será en el período correspondiente al último trimestre del año 2017 al último trimestre del año 2018, se utilizará los recursos materiales, humanos y financieros de la entidad. De ser el

caso se requerirá adicionalmente de servicios especializados de terceros con el fin de implementar algunas actividades de carácter técnico y/o especializado, tal como se refleja en el siguiente cuadro.

TABLA N° 2
RECURSOS PRESUPUESTALES POR COMPONENTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EJECUCIÓN IV TRIMESTRE 2017 AL IV TRIMESTRE 2018

Nº	COMPONENTE	2017	2018			
		IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
1	Ambiente de Control	-	-	S/. 52,000.00	-	-
2	Evaluación de Riesgos	-	-	S/. 28,000.00	-	-
3	Actividad de Control Gerencial	-	-	-	-	-
4	Información y Comunicaciones	-	-	S/. 20,000.00	-	-
5	Supervisión	-	-	-	-	-

V. CONCLUSIONES

- El Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno será puesto en marcha a partir del cuarto trimestre del año 2017 hasta el último trimestre del año 2018.
- El Plan de Trabajo será actualizado al término del año 2018, luego de la evaluación anual, incorporándose nuevos aspectos a implementar según los resultados de la evaluación efectuada.
- El Plan de Trabajo servirá como herramienta para sustentar el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, de acuerdo con lo exigido por las normas de control vigente.
- Se implementará progresivamente el presente Plan de Control Interno, de acuerdo con el cronograma establecido en el Plan de Trabajo.
- ~~Efectuar el seguimiento oportuno al proceso de implementación con el fin de~~ asegurar el adecuado cumplimiento de las actividades establecidas en el presente Plan.
- Aprobar el Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno del IETSI.
- Conformación del Grupo de Trabajo que se encargará de las coordinaciones con los órganos del IETSI para la ejecución del Plan de Trabajo.

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar progresivamente el presente Plan de Trabajo de acuerdo al cronograma establecido y de acuerdo a los recursos asignados.
- Efectuar el seguimiento oportuno al proceso de implementación con el fin de asegurar el adecuado cumplimiento de las actividades establecidas en el presente plan de trabajo.
- Aprobar el plan de trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno del IETSI, mediante acto resolutivo.
- Las actividades del plan de trabajo deberán ser incluidos y alineados con el Plan Operativo Institucional del IETSI.

VII. ANEXO: CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES POR COMPONENTES – EJECUCIÓN IV TRIMESTRE 2017 AL IV TRIMESTRE 2018

1. Ambiente de Control

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ÓRGANO RESPONSABLE	2017	2018				
			IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
1.La entidad demuestra compromiso con la integridad y valores éticos	Acta o charla de sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participantes con las firmas correspondientes.	Jefe de OAD IETSI						
	Difusión del Código de Ética del Personal del Seguro Social de Salud, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 296-PE-ESSALUD-2012.	Jefe de OAD IETSI						
	Implementar un libro de actas para las sesiones del Subcomité.	Jefe de OAJ IETSI						
3. La Gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas para la consecución de los objetivos.	Desarrollar mecanismos de comunicación efectiva con el personal para cumplir con las metas propuestas y seguir socializando los avances del POI.	Gerentes de Direcciones y Jefes de Oficinas IETSI						
	Estructura Orgánica – organigrama	Jefe de OAJ del IETSI						
	Elaborar el mapa de procesos del IETSI.	Gerentes de las Direcciones del IETSI						
	Solicita la inclusión de los requerimientos del IETSI en el Plan Anual de Contrataciones de ESSALUD.	Jefe de OAD IETSI						
	Elabora el Manual de Organización y Funciones del IETSI.	Jefe de OAD IETSI						

4. La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización	Difusión del Reglamento Interno de Trabajo de ESSALUD	Jefe de OAD IETSI					
	Evaluaciones del clima laboral	Jefe de OAD IETSI					
	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD realizar capacitaciones externas del personal del IETSI puesto que en el país el IETSI es el líder de estas capacidades.	Gerentes de las Direcciones /Jefe de OAD IETSI					
	Reforzar a través de un plan de capacitación en materia de control interno a los colaboradores de todo el IETSI.	Jefe de OAJ/ Jefe de OAD IETSI					
5. La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.	Jefe OAJ IETSI					

2. Evaluación de Riesgos

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ÓRGANO RESPONSABLE	2017	2018				
			IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
6. La entidad define los objetivos con suficiencia claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.	Impulsar conjuntamente con la Alta Dirección un marco normativo respecto de la Gestión de Riesgos.	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI						
7. La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar	Registro de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.	Gerentes de las Direcciones del IETSI						
	Inventario de riesgos de la entidad.	Jefe de OAD						
	Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o análisis y evaluación de riesgos.							

	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
8. La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/ o fraudes.	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
9. La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI	Reportes del monitoreo de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el SCI.	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI					

3. Actividad de Control Gerencial

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ÓRGANO RESPONSABLE	2017	2018			
			IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
10. La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos	Procedimientos de autorización y aprobación documentados comunicados a los funcionarios y servidores responsables.	Dirección / Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.	Jefe de OAD IETSI					



	Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: instalaciones, recursos económicos, tecnología de información, bienes y equipos patrimoniales.	Jefe de OAD IETSI					
	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.						
	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.						
	Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.	Responsable del Fondo Fijo y Jefe OAD IETSI					
11. La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	Lineamientos sobre la política de seguridad informática	Jefe de OAJ IETSI					
	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.	Jefe de OAD IETSI					
	Normas para el uso y conservación de las computadoras	Jefe OAJ IETSI					

	personales (PC) y periféricos.						
12. La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.	Gerentes de las Direcciones del IETSI.					

4. Información y Comunicaciones

PRINCIPIOS	ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS	ÓRGANO RESPONSABLE	2017	2018			
			IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
13. La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	Normas internas que regulen los requisitos de la información	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.	Jefe de OAJ IETSI					
	Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.	Jefe OAJ IETSI					
	Plan Anual de Trabajo archivístico (Directiva N° 003-2008-AGN/DNDAAI)	Jefe de OAD IETSI					
	Ambientes del archivo institucional adecuados	Jefe de OAD IETSI					
	Normativa interna sobre préstamo de documentación del archivo y transferencia de documentación al archivo.	Jefe de AOJ IETSI					

14. La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI	Normas para la administración y uso de internet y correo electrónico.	Jefe de OAJ/ Gerentes de las Direcciones del IETSI					
15. La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	Jefe de OAJ IETSI					

5. Supervisión

PRINCIPIOS	DOCUMENTOS DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	ÓRGANO RESPONSABLE	2017	2018			
			IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
16. La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento.	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.	Jefe OAD IETSI					
17. La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.	Gerentes de las Direcciones del IETSI					
	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI.	Jefe OAJ IETSI					
	Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.						