ESSALUD
RED ASISTENCIAL ALMENARA
14 DIC 2015
OF. DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO - O.G.D.
FIRMA: ..... HORA: .....

OFICINA DE GESTION Y DE... Folio Nº 27 ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA Nº 1601 G-RAA-ESSALUD-2015

Lima, 12 DIC 2015

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, 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 de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 6º de la Ley Nº 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control –SNC y de la Contraloría General de la República, el control gubernamental es interno y externo; su desarrollo constituye un proceso integral y permanente que implica supervisión, vigilancia, verificación de los actos y resultados de la gestión pública;

Que, la Ley Nº28716, Ley del Control interno de las Entidades del estado tiene por objeto establecer las normas para regular la elaboración, aprobación, implementación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado;

Que el Artículo 3º de la norma acotada señala que el sistema de control interno es el conjunto de acciones, actividades, planes políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de la autoridad y el personal organizado e instituido en cada entidad, para la consecución de los objetivos indicados en el artículo 4º de la precitada ley;

Que el Artículo 4º de la Ley Nº 28716 señala que corresponde al Titular y a los responsables de los órganos, directivos y ejecutivos de la Entidad, la aprobación de las disposiciones y acciones necesarias para implementación del Sistema de Control Interno;

Que, en cumplimiento de las precitadas normas, por Resolución de Contraloría Nº320-2006-CG se aprobó las "Normas de Control Interno" y por Resolución de Contraloría General Nº458-2008-CG, la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", con el objeto principal de promover 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);

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 del Seguro Social de Salud (ESSALUD);

Que, EsSALUD mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº552-PE-ESSALUD-2013, dispuso la constitución de Sub Comités de Implementación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados;

Que, en dicho contexto mediante Resolución de Gerencia Nº934-G-RAA-ESSALUD-2013, se conformó el Sub Comité de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, el mismo que fue reconformado mediante Resolución de Gerencia Nº1146-G-RAA-ESSALUD-2014;

Que, en sesión del Sub Comité de Control Interno del mes de Junio 2015, se aprobó el Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, el mismo que sirve como punto de referencia para elaborar el "Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno 2016-2017 de la Red Almenara"; aprobado en sesión del Sub Comité de Control Interno del mes de Octubre de 2015;

RESOLUCIÓN DE GERENCIA Nº 1601 G-RAA-ESSALUD-2015. Pag. 2

Que, en ese sentido mediante Carta Nº1336-SG-ESSALUD-2015, la Secretaria General de EsSALUD, indica que dicho Plan debe ser aprobado por Resolución de Gerencia o Dirección, y que la citada resolución debe resolver la constitución de un grupo de trabajo responsable de la ejecución de dicho plan.

Que, a fin de garantizar el cumplimiento del indicado Plan de Trabajo, las Gerencias o Direcciones de órganos desconcentrados u órganos prestadores nacionales deberán emitir las disposiciones complementarias necesarias en su jurisdicción;

Que, con las visaciones de la Oficina de Gestión y Desarrollo, Oficina de Administración, Gerencia Clínica y Quirúrgica, así como de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Red Asistencial Almenara, y;

Que, estando a lo expuesto y en mérito a las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el "Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno" 2016-2017; aprobado en 10º sesión del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno.

2. **CONFORMAR** el Grupo de Trabajo, responsable de la ejecución del presente plan de trabajo, el mismo que se encuentra conformado, por los titulares de los siguientes órganos:

- Jefe de Oficina de Administración, o su representante.
- Jefe de Oficina de Gestión y Desarrollo, o su representante.
- Jefe de División de Comunicación, o su representante.
- Jefe de Oficina de Recursos Humanos, o su representante.
- Jefe de Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, o su representante.
- Jefe de Oficina de Planificación Operativa, o su representante.
- Jefe de Oficina de Gestión de Calidad y Control Interno, o su representante.
- Jefe de Oficina de Soporte Informático, o su representante.
- Jefe de Unidad de Estadística, o su representante.
- Jefe de Unidad de Salud Ocupacional y Medio Ambiente, o su representante.
- Jefe de Unidad de Bienestar de Personal, o su representante.
- Coordinador de Equipo de Procesos
- Coordinador de Equipo de Gestión de Riesgos

3. **DEJAR SIN EFECTO** cualquier disposición o norma que se oponga a esta resolución.

4. **DISPONER que la** Gerencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, distribuya copia de la presente resolución a las áreas correspondientes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

RED ASISTENCIAL ALMENARA
Dra. CARMEN MIYASATO MIYASATO
GERENTE
ESSALUD

CMM/MBR/MRM
NIT: 029-2015-0365/0029-2015-0409
CC: OGyD - OAJ – Gerencias de Línea – Administración, interesados, Archivo
Adj: folios ( )

EsSalud

RED ASISTENCIAL ALMENARA

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO Folio Nº 06 ESSALUD

PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA DE ESSALUD

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINICA - R.A.A. V°B° Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - R.A.A. V°B° M. BARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION - R.A.A. V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA CLINICA - R.A.A. V°B° R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° L. SALAS L. JEFE ESSalud

Oficina de Gestión y Desarrollo
Octubre 2015

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 25

Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Presidenta Ejecutiva
Virginia Baffigo Torré De Pinillos

Gerente de la Red Asistencial Almenara
Carmen Hisaco Miyasato Miyasato

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara
Carmen Miyasato Miyasato
Gina Concha Flores
Rosa Reátegui Rengifo
Ana Pareja Fernandez
Marienela Barco Rondan
Antenor Milla Meza

GERENCIA CLINICA - RAA V°B° Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

Equipo de trabajo

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - RAA V°B° M. BARCO R. JEFA ESSALUD

Av. Arenales Nº 1402 – Lima 11.
Teléfonos: +51 (1) 265-6000 / 265-7000.
Página Web: http://www.essalud.gob.pe/
Impreso en Lima – Perú.
Junio de 2015.

OFICINA DE ADMINISTRACION - RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA - R.A.A. V°B° R. REATEGUI R. GERENTE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° M. VILLAS L. JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO Folio Nº 24 ESSALUD

INDICE

		Pág.
1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	ANTECEDENTES	4
2.1	Origen	
2.2	Objetivos	
2.3	Alcance	
3.	BASE LEGAL Y DOCUMENTAL	5
4.	DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DETECTADOS (Según Informe de Diagnóstico)	6
5.	DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO	11
6.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, CRONOGRAMA Y RESPONSABLES	12
7.	DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO	15
7.1	Etapa1: Capacitación y Sensibilización	
7.2	Etapa 2: Implementación de las recomendaciones	
7.3	Etapa 3: Autoevaluación	
7.4	Etapa 4: Actualización del Plan de Trabajo	
8.	CRONOGRAMA GENERAL	16
9.	ELABORACIÓN DETALLADA DEL PLAN	17
10.	CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS	23
11.	ANEXO	
	Anexo 1: Estructura del Informe de Avance	24
	Anexo 2: Estructura del Informe de Autoevaluación	25

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINICA VºBº Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION-R.A.A. VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA VºBº R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio N° 23

I. INTRODUCCIÓN

La Alta Dirección del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en cumplimiento de la Ley N°28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, Resolución de Controlaría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno y la Resolución de Contraloría General Nº458-2008-CG, se aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", documento orientador para la gestión pública y el control gubernamental; asumió el compromiso de implementar en la organización el Sistema de Control Interno.

En este marco, y de acuerdo a los lineamientos y procedimientos contenidos en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", con el objeto de propiciar el fortalecimiento del sistema de control interno y la mejora de la Gestión Pública, en relación con uso de los recursos públicos y el logro de los objetivos y metas de las entidades comprendidas en el ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control.

A través de Resolución de Gerencia N° 1146-G-RAA-ESSALUD-2014, con fecha 25 de Junio de 2015, se reconformó el Subcomité de Control Interno de la Red Asistencial Almenara, el mismo que se encuentra integrado por la Gerente de la Red Asistencial Almenara, quien lo preside, Gerentes de línea Clínica y Quirúrgica, Jefe de Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y Jefe de Oficina de Gestión y Desarrollo; quienes en sesión del mes de Junio aprobó el "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

Como resultado del mencionado diagnóstico, se ha elaborado el presente Plan de Trabajo, el cual incluye las estrategias a seguir para la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), conforme a los lineamientos proporcionados por la Guía aprobada por la Contraloría de General de la república y la Guía de la Sede Central. Este documento contiene principalmente las actividades y acciones ejecutadas, las actividades y accione programadas, los responsables de la implementación, los recursos necesarios, los tiempos y plazos y el cronograma de ejecución de las actividades.

GERENCIA CLINICA - R.A.A. V°B° Dra. A. Pareja F. GERENTE

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - R.A.A. V°B° M. BARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION - R.A.A. V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA - R.A.A. V°B° R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° JEFE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 22

II. ANTECEDENTES

2.1 ORIGEN

El Sistema de Control Interno, de acuerdo a la Ley Nº28716, articulo 3º, se define como 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 os objetivos relacionados al Control Interno Institucional.

La Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado, reúne lineamientos, herramientas y métodos que permitirá realizar una adecuada implementación del Sistema de Control Interno en la gestión de las operaciones de la entidad, con la finalidad de fortalecer la organización y contribuir al logro de sus objetivos, siempre de acuerdo con la naturaleza de sus actividades.

Para el Proceso de implementación del Sistema de Control Interno, la Guía considera tres fases:

La primera es la fase de **Planificación**, la cual tiene como objetivo la formulación de un Plan de trabajo que incluya los procedimientos orientados a implementar adecuadamente el SCI, en base a un diagnóstico previamente elaborado. Son aspectos inherentes a esta fase asegurar el compromiso de la Alta Dirección y la constitución formal de un Comité de Control Interno, encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su eficaz funcionamiento a través de la mejora continua.

La segunda fase es la **Ejecución**, en la que se implantará el Sistema de Control Interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, para lo cual la entidad procede al desarrollo del Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno.

La tercera fase es la **Evaluación**, en la que se evalúan los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación como parte de la autoevaluación mencionada en el componente de Supervisión.

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

Mediante Resolución de Gerencia N° 1146-G-RAA-ESSALUD-2014, de la Red Asistencial Almenara, se reconformó el Subcomité de Control Interno; con la finalidad de dar cumplimiento a las normas de la Contraloría General de la República, el cual tiene dentro de sus funciones la de monitorear el proceso de sensibilización y capacitación del personal de la entidad, desarrollar el diagnóstico de Control Interno y formular el Plan de Trabajo que contenga las acciones a implementar, los responsables de la implementación, los recursos necesarios, los tiempos y plazos, y el cronograma de ejecución de las actividades.

GERENCIA CLINICA - RAA VºBº Dra. A. Parejas GERENTE ESSALUD

2.2 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 de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - RAA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

2.3 ALCANCE

El "Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", está elaborado para ejecutarse durante los años 2016 al 2017. El cual define el curso de acción a seguir para la implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), teniendo en consideración los resultados proporcionados por el "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), considerando las funciones y responsabilidades de cada área respecto a las Normas de Control Interno.

OFICINA DE ADMINISTRACION - RAA VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA - RAA VºBº R. REATEGUI R. GERENTE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 21

III. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

El presente Plan de Trabajo ha sido elaborado en el marco de siguiente normativa y documentos internacionales:

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
3. Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
4. Ley Nº 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.2002
5. Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.2006.
6. Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
7. Resolución de Contraloría General Nº 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
8. Resolución de Contraloría General Nº 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
9. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguros Social de Salud (EESALUD).
10. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº545-PE-ESSALUD-2011, que aprueba "Estructura Orgánica de la Red Asistencial Almenara, La Micro Estructura del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y el Reglamento de Organización y Funciones".
11. Resolución de Gerencia Nº979-G-RAA-ESSALUD-2014, que aprueba el Manual de de Organización y Funciones del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
13. Resolución de Gerencia Nº1146-G-AA-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Sub comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara
14. Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados ESSALUD.
15. Internal Control –Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
16. Gestión de Riesgos Corporativos – Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.
17. Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD. Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD. 2015.

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINIC... Dra. A. Pareja F. GERENTE

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA V°B° M. MARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION-RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA V°B° R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° ... JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 29

IV. DEBILIDADES DE CONTROL INTERNO DETECTADAS

Considerando los resultados obtenidos del "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), se observan situaciones que por su relevancia pueden resultar impedimentos en el cumplimiento de los objetivos y metas. Estas debilidades se detallan a continuación, las mismas que se encuentran dentro de un riesgo potencial, que de efectivizarse puede influir negativamente en el grado de eficiencia, eficacia y economía de los objetivos y metas, afectando el cumplimiento de la misión institucional.

1. AMBIENTE DE CONTROL

1.1. Filosofía de la dirección

DEBILIDADES
1. Desconocimiento y falta de motivación del personal de la institución para el establecimiento de una cultura de Control Interno. 2. Los Jefes de Oficinas, Divisiones, Unidades, Departamentos y Servicios aún no han tomado la debida importancia, ni interiorizado los aspectos que involucra el Control Interno en la RAA.

1.2. Integridad y valores éticos

DEBILIDADES
1. Desconocimiento de las normas contenidas en la ley del Código de ética de la Función Pública y de las nuevas disposiciones y transición de la Ley N°30057, "Ley del Servicio Civil", en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador. 2. Desconocimiento de los mecanismos de "Protección, Incentivos y estímulos para los Funcionarios y Servidores de ESSALUD, a favor de quienes denuncien infracciones a las normas contenidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

1.3. Administración estratégica

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

DEBILIDADES
1. No se han implementado estrategias de difusión al personal de los documentos de gestión institucional, teniendo un limitado conocimiento de los alcances de estos, lo que se refleja en falta de compromiso al cumplimiento eficiente de los objetivos estratégicos y actividades programadas (Plan Estratégico, Plan Operativo). 2. Existencia de algunos colaboradores que desconocen o no tienen definiciones claras los conceptos de misión, visión y los objetivos institucionales y en algunos casos de su propia unidad orgánica.

1.4. Estructura organizacional

GERENCIA CLINICA VºBº Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

DEBILIDADES
1. La Reorganización Institucional se encuentra en proceso, lo que originará cambios en las unidades orgánicas, creación y/o desaparición de otras; por consiguiente modificación y/o actualización de los Manuales de Organización y Funciones, entre otros. 2. El Cuadro de Asignación de Personal (CAP), no refleja las necesidades actuales de la Red Asistencial Almenara 3. Aún no se ha implementado una Gestión por Procesos en la Red Asistencial Almenara; necesaria para realizar un adecuado control y seguimiento del accionar de las distintas unidades orgánicas.

1.5. Administración de recursos humanos

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN-RAA VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

DEBILIDADES
1. La Normativa relacionada con la Calificación de los Cargos, Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, Cuadro de Asignación de Personal (CAP); se encuentran desactualizados. 2. El Plan de Capacitación de la RAA, no se ajusta a las necesidades y competencias que requiere el personal de la Red Asistencial Almenara. 3. No se cuenta con evaluación del clima laboral en la Red Asistencial Almenara. 4. No se ha determinado la real necesidad de personal asistencial para el desarrollo de los procesos misionales.

1.6. Competencia profesional

GERENCIA QUIRURGICA-RAA VºBº R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

DEBILIDADES
1. La normativa relacionada al Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, se encuentra desactualizada. 2. Falta de lineamientos para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas; con enfoque en el fortalecimiento de las competencias profesionales.

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº L. SALAS L. JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 19

1.7. Asignación de autoridad y responsabilidad

DEBILIDADES
1. La Reorganización Institucional se encuentra en proceso, lo que originará cambios en las unidades orgánicas, creación y/o desaparición de otras; por consiguiente modificación y/o actualización de los Manuales de Organización y Funciones, entre otros.

1.8. Órgano de control institucional

DEBILIDADES
1. Limitada coordinación del Órgano de Control Institucional con el Titular de la Entidad, que contribuya a la implementación del Control interno, o informe situaciones de riesgo para la entidad.

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1. Planeamiento de gestión de riesgos

DEBILIDADES
1. Ausencia de un marco normativo institucional que señale la metodología a emplear, estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la Red Asistencial Almenara. 2. La Planificación de las aéreas no incorporan formalmente y documentariamente los aspectos de prevención y gestión de riesgos. 3. La Red Asistencial Almenara no cuenta con un Plan de Gestión de Riesgo de toda la organización.

2.2. Identificación de los riesgos

DEBILIDADES
1. Si bien existen áreas de la entidad donde se identifican los riesgos; esto no se aplican a todas las unidades orgánicas que conforman la organización, como las áreas operativas, financieras, entre otras 2. Ausencia de un marco normativo Institucional que señale la metodología a emplear y que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA. 3. No se cuenta con recurso humano especializado en Gestión de Riesgos en la Red Asistencial.

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

2.3. Valoración del riesgo

DEBILIDADES
1. Ausencia de un marco normativo que señale la metodología a emplear que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA; dificultan estandarizar los criterios cualitativos y cuantitativos que permita valorar los riesgos. 2. No se ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia) ni el efecto que pueda causar (impacto) en todas las unidades orgánicas que conforman la RAA.

GERENCIA CLINICA VºBº Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

2.4. Respuesta al riesgo

DEBILIDADES
1. Ausencia de un marco normativo que señale la metodología a emplear y que estandarice e integre la gestión de riesgos en las diferentes áreas de la RAA; ausencia de criterios cualitativos y cuantitativos estandarizados que permita valorar los riesgos. 2. No se establecen acciones necesarias (controles) en todas las unidades orgánicas para afrontar los riesgos.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1. Procedimiento de autorización y aprobación

DEBILIDADES
1. Si bien se tienen procedimientos de autorización y aprobación documentados, existen actividades o tareas pendientes de definir y actualizar. 2. Limitación en la comunicación a los trabajadores de la RAA, con relación a los procedimientos de autorización y aprobación documentados.

OFICINA DE ADMINISTRACION R.A.A. VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA CLINICA R.A.A. VºBº R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº M. SALAS L. JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 18

3.2. Segregación de funciones

DEBILIDADES
1. No se contempla dentro de la gestión la política de rotación periódica del personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos y que realizan tareas o funciones afines.

3.3. Evaluación de costo-beneficio

DEBILIDADES
1. No se cuenta con procedimientos definidos de revisión o actualización de los controles existentes.

3.4. Controles sobre accesos a recursos o Archivo

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

3.5. Verificaciones y conciliaciones

DEBILIDADES
1. No todas las unidades orgánicas que conforman la Red Asistencial Almenar, verifican sus actividades y tareas; al carecer de una gestión por procesos a nivel institucional, quedando como una acción individual más no sistémica e integrada.

3.6. Evaluación de desempeño

DEBILIDADES
1. La ausencia de una Gestión por procesos dificulta la evaluación de la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas de toda la Red Asistencial Almenara. 2. El Reglamento de Evaluación del Desempeño Laboral de los Trabajadores del Seguro Social de Salud, se encuentra desactualizado. (2004)

GERENCIA - RAA V°B° MIYASATO GERENTE ESSALUD

3.7. Rendición de cuentas

DEBILIDADES
1. Desconocimiento del personal de los mecanismos de rendición de cuentas a nivel Institucional. 2. Incumplimiento de las Unidades, Servicios para la presentación oportuna de información requerida para la rendición de cuentas.

GERENCIA CLINICA - RAA V°B° GERENTE ESSALUD

3.8. Documentación de procesos, actividades y tareas

DEBILIDADES
1. Aun no se ha implementado en la Red Asistencial Almenara la Directiva Nº09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; donde se establece los aspectos del diseño, documentación y mejora de los procesos en la entidad. 2. No se cuenta con un Mapa de Procesos, Inventario de Procesos y Manual de Procedimientos de toda la RAA.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - RAA V°B° M. MARCO R. JEFA ESSALUD

3.9. Revisión de procesos, actividades y tareas

DEBILIDADES
1. Desconocimiento del personal de la Directica Nº09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD" en la Red Asistencial Almenara y de metodología para aplicarla a nivel de la entidad. 2. Si bien las unidades revisan el desarrollo de las actividades, no cuentan con procedimientos documentados, que orienten dicha revisión, no realizándola de manera sistémica.

OFICINA DE ADMINISTRACION - RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA LOGISTICA - RAA V°B° R. MATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° SALAS L. JEFE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 17

3.10. Controles de tecnologías de la información y comunicaciones

DEBILIDADES
1. Existe desconocimiento de los funcionarios sobre la implementación de controles para las tecnologías de la información y comunicación. 2. No existe actividades de capacitación en tecnologías de la información al personal de la institución o en algunos casos es restringida y limitada.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1. Funcionamiento y características de la información

DEBILIDADES
1. Si bien existe un buen manejo de la información, no se encuentra definidos los procesos y procedimientos para la selección, análisis, evaluación y síntesis de la información gerencial para la toma de decisiones. 2. El marco normativo del Sistema de administración documentario de ESSALUD (2003), no se encuentra actualizado.

4.2. Información y responsabilidad

DEBILIDADES
1. No se tiene una política definida y procedimientos establecidos para la obtención de la información de todos los procesos de la entidad; que permitan implementar controles. (características, tipo de información, reportes, responsables y frecuencia y oportunidad de la información).

4.3. Calidad y suficiencia de la información

DEBILIDADES
1. Los procedimientos no se encuentran definidos formalmente, para asegurar la calidad y suficiencia de información. 2. Los lineamientos institucionales para el control y calidad de la información, no se encuentran actualizados.

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

4.4. Sistema de información

DEBILIDADES
1. Si bien se cuenta con información, esta no se encuentra integrada a un solo sistema, lo cual limita su uso y aplicabilidad. 2. El personal de la Red Asistencial percibe que no existe una práctica de recoger reclamos de sugerencias de mejora.

4.5. Flexibilidad al cambio

GERENCIA CLINICA VºBº Dra. A. Pareja F GERENTE ESSALUD

DEBILIDADES
1. No se evidencia la revisión periódica de los sistemas de información y su rediseño para responder a las necesidades de los usuarios o reclamos para asegurar un óptimo funcionamiento.

4.6. Archivo institucional

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

DEBILIDADES
1. Los ambientes utilizados para el archivo no cuentan con ubicación y condicionamiento apropiado. 2. El personal de la entidad desconoce la normativa referida a la transferencia de documentos al Archivo Central.

4.7. Comunicación interna

DEBILIDADES
1. Falta de conocimiento del personal de los procedimientos y formatos de comunicación interna; dentro de ellos la denuncias de Actos indebidos.

OFICINA DE ADMINISTRACION-RAA VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA ESTRATEGICA-RAA VºBº R. PEÑAFIEL R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO Folio Nº 16 ESSALUD

4.8. Comunicación externa

DEBILIDADES
1. Falta de estandarización de los procesos de información o comunicación externa.

4.9 Canales de comunicación

DEBILIDADES
1. Los lineamientos que regulan los canales de comunicación interna y externa se encuentran desactualizadas 2. La comunicación y coordinación existente entre las unidades de la entidad no fluye de manera clara, ordenada dificultando una atención oportuna de los requerimientos.

5. SUPERVISIÓN

5.1. Actividades de prevención y monitoreo

DEBILIDADES
1. Si bien las unidades orgánicas realizan acciones de monitoreo, estas actividades no han sido establecidas considerando un análisis de riesgos y los procesos críticos de la entidad. 3. La ausencia de una Gestión por procesos dificulta la evaluación de la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas de toda la institución.

5.2. Seguimiento de resultados

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

DEBILIDADES
1. Existe en algunas áreas que muestran falta de interés por realizar el seguimiento a la implementación de mejoras y recomendaciones propuestas, persistiendo las observaciones.

5.3. Compromisos de mejoramiento

GERENCIA CLINICA VºBº Dra. A. Pareja F. GERENTE

DEBILIDADES
1. Las limitaciones de los recursos no permite que la entidad realice las autoevaluaciones de manera periódicamente, lo cual contribuya al proceso de mejoramiento. 2. Limitado conocimientos de aspectos relacionados con la Gestión por Procesos, Gestión de Riesgos y Mejora de la calidad en las áreas de la entidad.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA VºBº M. BARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION-RAA VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA VºBº R. REYEGUI P. GERENTE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº M. SALAS L. JEFE EsSalud

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 15

V. PLAN DE TRABAJO

El presente Plan de Trabajo considera la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD) de manera progresiva, de forma que permita lograr como mínimo, al término del periodo de dos (02) años, el nivel de implementación de "establecido o implementado" en todos sus componentes.

El presente Plan ha sido elaborado por el Comité de Control Interno y su Equipo de Trabajo, integrado por funcionarios y servidores de diferentes unidades orgánicas de la institución, usando como insumo principal los resultados proporcionados del Informe de diagnóstico conducentes a la implementación de las Normas de Control interno.

Las acciones consideradas en el Plan de trabajo, se incorporaran en el plan operativo institucional, con el fin de asegurar los recursos necesarios y la sostenibilidad del mismo. La Gerencia de la Red Asistencial Almenara cautelará su implementación y seguimiento.

Se consideran dos (2) fases en la elaboración del Plan de Trabajo:

1. Descripción de actividades, cronograma y responsables
2. Desarrollo del Plan de Trabajo

GERENCIA R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINICA V°B° Dra. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA V°B° M. BARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION-RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA V°B° R. REYEGUI R. GERENTE

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° JEFE EsSalud

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD Folio Nº 14

VI. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, CRONOGRAMA Y RESPONSABLES

6.1 ETAPAS DE TRABAJO:

6.1.1 ETAPA 1: CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL

Los miembros del Sub Comité de implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguros Social de Salud (ESSALUD) y su Grupo de Trabajo deberán ser capacitados en materia de Control Interno, Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos, con la finalidad de complementar las capacidades y competencias técnicas necesarias para el proceso de implementación de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo.

De igual forma, será necesario continuar con el proceso de socialización y sensibilización a los colaboradores de los Establecimientos y Unidades Orgánicas que participen en el desarrollo de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo; así mismo se hará conocer sobre los roles y responsabilidades que tienen que asumir con respecto al proceso de implementación del Sistema de Control Interno.

6.1.2 ETAPA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

En esta etapa, se implementará las recomendaciones establecidas en el "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguros Social de Salud (ESSALUD)" de acuerdo con su prioridad y dentro del periodo estimado de dos (02) años. La implementación de las recomendaciones se realizará considerando lo siguiente:

a) Desarrollo de entregables y responsables

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

De acuerdo con los aspectos a implementar, se han determinado diversos entregables que permitirán evidenciar los avances en el proceso de implementación de las recomendaciones contempladas en el Plan de Trabajo; así mismo en función a las competencias fijadas en los documentos de gestión de la Red Asistencial Almenara, se identificaron las unidades orgánicas responsables de su desarrollo e implementación.

b) Informe de Avance

V°B° Dra. A. Pareja F. GERENTE

La presente implementación requerirá el monitoreo constante del Grupo de Trabajo en orden a garantizar la ejecución del Plan de trabajo, el mismo que coordinará con las unidades orgánicas responsables, el cumplimiento de los plazos establecidos; para lo cual se deberá presentar un informe de avance trimestralmente.

En el anexo 01 se presenta la estructura del informe de avance.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA V°B° M. BARCO R. JEFA ESSALUD

6.1.3 ETAPA 3: AUTOEVALUACIÓN

a) Desarrollo de autoevaluación

El Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD) se encargará de efectuar la autoevaluación anual. La autoevaluación implica la verificación del cumplimiento del Plan de Trabajo, así como la identificación de nuevas debilidades de Control Interno que requieran ser implementadas, para ser incorporadas en el 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", aprobada por Resolución de Contraloría General Nº 458-2008-CG.

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN-RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRÚRGICA-RAA V°B° R. RESTEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° L. SALAS L. JEFE EsSalud

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO Folio Nº 13 ESSALUD

b) Determinación del cuadro de madurez del Sistema de Control Interno.

Como resultado del seguimiento y las evaluaciones, deberá determinarse el nuevo grado de madurez del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Para ello, se considerará los aspectos implementados y aquellos que aun se encuentren pendientes de implementación.

En ese contexto, se considerará el modelo de maduración utilizado en el "Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Tabla Nº 2 Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno

Criterios para la escala de calificación del nivel de implementación

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

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

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

c) Elaboración del informe de autoevaluación

De la autoevaluación efectuada por el Sub Comité de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), se emitirá un informe donde se detallará los resultados obtenidos, tales como:

- Porcentaje de avance del aspecto a implementar por las unidades orgánicas responsables.
- Limitaciones que impidieron implementar algunas actividades del Plan de Trabajo.
- Identificación de nuevos aspectos relacionados a los componentes del Control Interno a implementar.
- Nueva determinación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD)
- Los nuevos aspectos a implementar deberán ser incorporados en el Plan de Trabajo.

GERENCIA CLINICA - R.A. V°B° GERENTE ESSALUD

En el anexo 03 se presenta la estructura del informe de autoevaluación.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-R.A.A. V°B° M. MARCO R. JEFA ESSALUD

6.1.4 ETAPA 4: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

a) Plan de Trabajo

Al finalizar el año se actualizará el Plan de Trabajo de acuerdo con la las recomendaciones de las evaluaciones realizadas y la autoevaluación. En este nuevo Plan se incluirá los nuevos aspectos a ser implementados, así como la fecha y responsable de su implementación. Se determinaran los recursos necesarios para continuar con la implementación del Plan de Trabajo, debiendo preverse oportunamente en el presupuesto de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD)

OFICINA DE ADMINISTRACION-R.A.A. V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-R.A.A. V°B° R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° M. SALAS L. JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 13

6.2 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN:

PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RAA

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2016 ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	2017 ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	ETAPA 1: SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN																									
1.1	Desarrollo de Sensibilización	Div. Comun./ RRHH																								
1.2	Desarrollo de Capacitación	Of. Capacitación / RRHH																								
2	ETAPA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES																									
2.1	Desarrollo de entregables y responsables	Unidades Orgánicas																								
2.2	Informes de avances	Equipos de trabajo																								
3	ETAPA 3: EVALUACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN																									
3.1	Desarrollo de autoevaluación	Equipos de trabajo																								
3.2	Informes de autoevaluación	Equipos de trabajo																								
4	ETAPA 4: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO																									
4.1	Elaboración del Plan de Trabajo	Sub Comité de Control Interno																								
4.2	Determinación del cuadro de necesidades	Sub Comité de Control Interno																								

GERENCIA - R.A.A. V°B° C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINICA V°B° Lic. A. Pareja F. GERENTE

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA-RAA V°B° M. MARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION-RAA V°B° Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA V°B° R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO M. JEFE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD Folio Nº 17

VII. DESARROLLO DEL PLAN DE TRABAJO

7.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA:

La ejecución del Plan de Trabajo estará bajo responsabilidad de todos los Establecimientos y unidades orgánicas que conforman la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), siendo liderado por el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Este último a su vez contará con un Grupo de Trabajo encargado de realizar el seguimiento de los aspectos a ser implementados contemplados en el Plan de Trabajo; según Carta Nº 1336-SG-ESSALUD-2015, del 13 de Noviembre de 2015. Secretaría General, señala que dicho grupo de Trabajo estará conformado de la siguiente manera:

Un representante de la Oficina de Administración o quien haga sus veces
Un representante de la Oficina de Gestión y Desarrollo, o quien haga sus veces
Un representante del área responsable de la ejecución de la actividad

Para llevar a cabo la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD) es necesario establecer niveles de autoridad y responsabilidad, que aseguren la viabilidad del Plan de trabajo, después de aprobado y concordante con la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de la Contraloría General de la República. La cual se detalla a continuación:

GERENCIA - R.A.A. V°B° MIYASATO GERENTE ESSALUD

a) Primer Nivel: El Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno

El Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), coordina e informa a Secretaría General del nivel Central sobre los avances de la ejecución del Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno

GERENCIA CLINICA - R.A.A. V°B° GERENTE ESSALUD

b) Segundo Nivel: Grupo de Trabajo

El Grupo de trabajo realizará las coordinaciones con los Establecimientos y Unidades Orgánicas para la ejecución del Plan de Trabajo, para su posterior comunicación al Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD),

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - RAA V°B° JEFA ESSALUD

c) Tercer Nivel: Establecimientos y Unidades Orgánicas

Los Establecimientos y Unidades Orgánicas que conforman la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD), son los responsables de la implementación de las recomendaciones contempladas en el Plan de Trabajo, según lo señalado y en el ámbito de sus competencias.

OFICINA DE ADMINISTRACION - R.A.A. V°B° JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA - RAA V°B° GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO V°B° JEFE ESSALUD

ANEXO N° 3
FICHA DE PROGRAMACION Y SEGUIMIENTO DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la Actividad: Fortalecer el Sistema de Control Interno en los CAS de la Red Asistencial Almenara

Descripción de la actividad:	Fortalecer el Sistema de Control Interno en los CAS de la RAA		
Responsable (Lider):	Dra. Carmen Miyasato	Areas involucradas:	Todas
Gerente / Jefe / Director de Órgano Central o Desconcentrado	Dra Carmen Miyasato		
Descripción de la Meta:	Alcanzar el grado de implementación de **"Desarrollo"** (3) en todos los Subcomponetes del SCI.		

N°	Sub Actividades	Entregable	Responsable (uno solo)	Involucrados	Valor (%)	Presupuesto (S/.)	Fecha de Inicio	Fecha de Término
1	Reconformar al Sub Comité de Control Interno de la RAA.	Resolución	Gerente/Director CAS	Oficina de Gestión y Desarrollo	5%	S/. 0	01-Ene-16	30-Ene-16
2	Actualizar el Acta de Compromiso que establece como prioridad la implementación del Sistema de Control Interno	Acta	Gerente/Director CAS	Oficina de Gestión y Desarrollo	5%	S/. 0	01-Ene-16	30-Ene-16
3	Organizar charlas de sensibilizacion y hacer difusión en materia de Control Interno, Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos.	Requerimiento	Gerente/Director CAS	Div. Comunicación Institucional/ Of. de Recursos Humanos	5%	S/. 3,000	01-Ene-16	30-Dic-17
4	Conformar un equipo de trabajo multidisciplinario, encargado de liderar la implementación de la gestión por procesos.	Resolución	Gerente/Director CAS	Oficina de Gestión y Desarrollo	5%	S/. 1,500	01-Feb-16	30-Abr-16
5	Conformar un equipo de trabajo multidisciplinario encargado de implementar la gestión de riesgos.	Resolución	Gerente/Director CAS	Oficina de Gestión y Desarrollo	5%	S/. 1,500	01-Feb-16	31-Mar-16
6	Capacitar a lo miembros del Subcomite, Equipos de trabajo y funcionarios en materia de Control Interno, Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos.	Requerimiento	Gerente/Director CAS	Equipo de Trabajo Of. de Capacitación Docencia e I.	10%	S/. 15,000	01-Abr-16	30-Jul-16
7	Elaborar Plan de Actividades para la Implementación de la Gestión por Procesos.	Plan de trabajo	Equipo de Trabajo	Equipo de Procesos	5%	S/. 5,000	01-May-16	30-Jul-16
8	Identificar, elaborar el inventario de procesos, clasificar y elaborar el Mapa de Procesos de las Areas/Unidades	Resolución	Equipo de Trabajo / Funcionarios	Oficina de Gestión y Desarrollo	20%	S/. 25,000	01-Ago-16	01-Ago-17
9	Elaborar Plan de Actividades para implementar la Gestión de Riesgos	Plan de trabajo	Equipo de Trabajo	Equipo de Riesgos	5%	S/. 5,000	01-May-16	30-Jul-16
10	Identificar y elaborar Matriz de Procesos Críticos e implementar la Gestión de Riesgos en Areas/Unidades	Informe	Equipo de Trabajo	Equipo de Riesgos	20%	S/. 25,000	01-Ago-16	01-Ago-17
13	Implementar controles internos en los procesos actividades y tareas priorizados	Informe	Equipo de Trabajo	Equipo de Trabajo	5%	S/. 5,000	01-Sep-16	01-Sep-17
14	Evaluación del grado de implementación	Informe	Equipo de Trabajo	Equipo de Trabajo	5%	S/. 500	01-Oct-16	01-Nov-17
15	Informe final	Informe	Equipo de Trabajo	Sub Comité de Control Interno	5%	S/. 0	01-Oct-16	01-Dic-17
Total de la Actividad					90%	S/. 86,500		

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio N° 10

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD Folio Nº 09

IX. ELABORACIÓN DETALLADA DEL PLAN DE TRABAJO

En el siguiente cuadro se describe detalladamente las actividades del Plan por Componentes y Sub Componentes, los entregables y el órgano responsable según las debilidades identificadas en el Diagnóstico del Control Interno de la Red Asistencial Almenara del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Tabla Nº 1: CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	RESPONSABLE
1. AMBIENTE DE CONTROL		1.1.1 Reforzar las acciones de sensibilización en materia de Control Interno a los colaboradores de toda la Red Asistencial Almenara; con el propósito de interiorizar la importancia de su implementación en sus respectivas áreas de trabajo.	Informe	04.01.2016	30.11.2017	División de Comunicaciones.
	1.1 Filosofía de la dirección	1.1.2 Incluir en el Plan de Capacitación, cursos relacionados con el Sistema de Control Interno, a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación a los nuevos funcionarios que conforman la Red Asistencial Almenara.	Programa de Capacitación	04.01.2016	30.12.2017	Of. RRHH/ Of Capacitación, Investigación y Docencia.
		1.1.3 Promover y reconocer los aportes del personal para mejorar el desarrollo de las actividades laborales.	Cartas de Felicitación	01.03.2016	30.11.2017	Jefes Unidades orgánicas / Of. Recursos Humanos
	1.2 Integridad y valores éticos	1.2.1 Elaborar nuevas estrategias para difundir y sensibilizar sobre la importancia y aplicación de la Ley del Código de Ética de la Función Pública y del Código de Ética del personal del Seguro Social de Salud –ESSALUD	Informe	04.01.2016	30.11.2017	Of. Recursos Humanos / División de Comunicaciones.
		1.2.2 Difusión de la nueva Ley N°30057" "Ley del Servicio Civil" en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador, así como el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) de ESSALUD.	Cronograma de difusión	04.01.2016	30.11.2017	Of. Recursos Humanos – División de Comunicaciones
	1.3 Administración estratégica	1.3.1 Establecer flujos de comunicación y sensibilización que permitan difundir y hacer de conocimiento al personal, los objetivos y metas de la organización, con la finalidad de generar compromiso para contribuir al cumplimiento de los mismos.	Cronograma de difusión y Charlas	04.01.2016	30.12.2017	Of. Recursos Humanos – División de Comunicaciones.
	1.4 Estructura organizacional	1.4.1 Adoptar e Implementar la nueva estructura organizacional de ESSALUD y elaborar los documentos de Gestión necesarios para su funcionamiento (CAP, MOF)	Elaboración y Aprobación del MOF/CAP	04.01.2016	30.11.2016	Of. Planificación Operativa – Unidades Orgánicas

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

GERENCIA CLINICA VºBº Ma. A. Pareja F. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA VºBº M. MARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA VºBº R. ATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº L. CALAS L. JEFE EsSalud

		1.4.2 Implementar la Directiva de Gestión por Procesos en todos los establecimientos de la RAA, a fin de generar mejoras en la gestión, orientadas a la satisfacción de los usuarios internos y externos.	Plan de Trabajo Equipo de Procesos	01.03.2016	30.11.2017	Equipo Procesos/ Unidades Orgánicas
		1.5.1 Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con de la Calificación de Cargos, Manual de Perfiles Básicos de los Cargos, Cuadro de Asignación de Personal (CAP).	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	1.5 Administración de Recursos Humanos	1.5.2 Implementar y desarrollar la evaluación del Clima Organizacional y establecer un plan de acción, para cubrir las brechas identificadas.	Plan de Trabajo	01.03.2016	30.11.2017	Of. Bienestar de Personal – Of. Gestión Calidad
		1.5.3 Solicitar a la Gerencia Central Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Of. RRHH / Gerencia de la RAA
		1.6.1 Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, disponga la actualización del marco normativo relacionado con el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Of. RRHH / Gerencia de la RAA
	1.6 Competencia Profesional	1.6.2 Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas de ESSALUD, establezca lineamientos para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas; con enfoque en el fortalecimiento de las competencias profesionales.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Of. RRHH / Gerencia de la RAA
	1.7 Asignación de autoridad y responsabilidad	1.7.1 Dar prioridad a la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, perfiles y funciones, alineados a la nueva estructura de ESSALUD.	Plan de Trabajo para elaboración de documentos de gestión	04.01.2016	30.12.2016	Of. Planificación Operativa – Unidades Orgánicas
	1.8 Órgano de Control Institucional	1.8.1 Establecer puentes de comunicación efectivas entre el órgano de Control Institucional y el titular de la entidad.	Carta de Invitación	04.01.2016	30.12.2017	Gerencia de la RAA
2 EVALUACIÓN DE RIESGOS		2.1.1 Solicitar al nivel Central, dicte lineamientos y el marco normativo que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	2.1. Planeamiento de Gestión de Riesgos	1.1.2 Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que involucre a todas las unidades orgánicas y que implementen actividades a desarrollar para la identificación, valoración y gestión de los riesgos que afectan a la RAA.	Resolución conformando Equipo de Trabajo	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA

		2.2.1 Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre Cultura de Gestión del riesgo a todo el personal de la entidad.	Programa de Capacitación.	04.01.2016	30.12.2017	Equipo de Procesos / Of. Capacitación, Investigación y Docencia.
	2.2 Identificación de Riesgos	2.2.2 Asignar a los Jefes de cada unidad orgánica, como responsables a fin de determinar por áreas los riesgos de cada proceso, siguiendo una técnica y esquema para la identificación de Riesgos.	Plan de Trabajo	01.09.2016	30.09.2017	Equipo de Riesgos
		2.2.3 Conformar un equipo multidisciplinario, integrado por profesionales especializados, encargado de orientar a cada unidad orgánica, sobre aspectos relacionados con la implementación de la gestión de riesgos.	Resolución conformando Equipo de Trabajo	01.02.2016	30.04.2016	Gerencia de la RAA
		2.3.1 Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	2.3 Valoración del Riesgo	2.3.2 Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que comprenda la identificación de los riesgos que afectan a la RAA.	Resolución conformando Equipo de Trabajo	01.02.2016	30.04.2016	Gerencia de la RAA
		2.3.3 Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal de la entidad.	Programa de Capacitación.	04.01.2016	30.12.2017	Equipo de Trabajo / Of. Capacitación, Investigación y Docencia.
		2.4.1 Solicitar al nivel Central, dicte el marco normativo y lineamientos que establezcan la metodología a aplicar para la "Gestión de Riesgos de forma integral en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	2.4 Respuesta al Riesgo	2.4.2 Conformar un equipo de trabajo responsable de desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos, que comprenda la identificación de los riesgos que afectan a la RAA.	Resolución	01.02.2016	30.04.2016	Gerencia de la RAA
		2.4.3 Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, la organización de un curso especializado en "Gestión de Riesgos" para el personal que conforma el Equipo de trabajo; e incluir charlas de sensibilización sobre cultura de riesgos a todo el personal de la entidad.	Programa de Capacitación.	04.01.2016	30.12.2017	Equipo de Trabajo / Of. Capacitación, Investigación y Docencia.
		2.4.4 Implementar controles para afrontar los riesgos evaluados, previa evaluación costo-beneficio de los mismos.	informes	01.10.2016	30.11.2017	Equipo de Trabajo Riesgos – Unidades Orgánicas

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD Folio Nº 06

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	3.1 Procedimientos de autorización y aprobación	3.1.1 Implementar la Directiva Nº 09-GG-ESSALUD-2014, que establece la Gestión por Procesos de ESSALUD; en todas las áreas de la Red Asistencial y Difundir los documentos que detallen funciones, actividades y tareas a través de su jefatura solicitando el cargo de recepción.	Resolución conformando Equipo de Trabajo	01.02.2016	30.04.2016	Gerencia de la RAA
		3.2.1 Identificar actividades o tareas donde existan funciones incompatibles, o que no garanticen una adecuada segregación de funciones.	Plan de Gestión de Riesgos	01.08.2016	01.10.2016	Equipo de Riesgos/ Unidades Orgánicas
	3.2 Segregación de funciones	3.2.2 Establecer procedimientos para implementar la rotación periódica del personal que se encuentra asignado a puestos susceptibles a riesgos (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros).	Informes de implementación	01.10.2016	30.11.2017	Equipo de Riesgos/ Unidades Orgánicas
	3.3 Evaluación de Costo-Beneficio	3.3.1 Establecer procedimientos documentados para la realización del análisis Costo-Beneficio de los controles existentes y de los nuevos a implementar.	Informes Plan de Trabajo	01.10.2016	30.11.2017	Equipo de trabajo de Control Interno / Unidades Organicas
	3.4 Controles sobre accesos a recursos o Archivo	3.4.1 Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Directivas de Gestión de la Historia Clínica, entre otras	Plan de Difusión	04.01.2016	30.12.2017	Of. Administración / Informática / Patrimonio / Unidades Orgánicas
		3.4.2 Revisar e implementar periódicamente controles para resguardar el acceso y conservación de la información en la Red Asistencial Almenara.	Informes Plan de Trabajo	01.10.2016	30.11.2017	Of. Informática / Unidades Orgánicas
	3.5 Verificaciones y Conciliaciones	3.5.1 Supervisar los procedimientos de "Verificación y Conciliación" en todas las áreas de la RAA, por el Jefe inmediato superior de manera periódica; con énfasis en los procedimientos críticos de la entidad.	Informe	01.10.2016	30.11.2017	Jefes de Unidades Orgánicas
	3.6 Evaluación de desempeño	3.6.1 Implementar la Directiva Nº09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD"; para establecer indicadores en los procesos, el flujo de los procesos a evaluar, las actividades críticas y establecer los responsables de las distintas etapas del proceso y medir la eficacia y eficiencia de las operaciones de la RAA.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipo de Procesos – Unidades Orgánicas
		3.6.2 Solicitar a la Gerencia de Recursos Humanos actualizar el Reglamento de Evaluación del Desempeño laboral que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Of. Recursos Humano /Gerencia RAA
	3.7 Rendición de Cuentas	3.7.1 Difusión, seguimiento y cumplimiento oportuno del personal, respecto al marco legal relacionado con los mecanismos de rendición de cuenta de los servidores de la RAA.	Informes semestrales	04.01.2016	30.11.2017	Of. Recursos Humano

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

A CLINICA VºBº GERENTE ESSALUD

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA VºBº MARCO R. JEFA ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACION RAA VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA-RAA VºBº R. AREATEGUI R. GERENTE

GESTION Y DESARROLLO M. SALAS L. JEFE EsSalud

		3.7.2 La Administración deberá continuar con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.	Informes semestrales	04.01.2016	30.11.2017	Of. Recursos Humano
	3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas	3.8.1 Iniciar el proceso de Implementación de la Directica Nº09-GG-ESSALUD-2014: "lineamientos para la Gestión por Procesos de ESSALUD" en la Red Asistencial Almenara.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipo de Procesos/ OPO – Unidades Orgánicas
		3.8.2 Elaborar el Mapa de Procesos, Inventario de Procesos y los Manuales de Procedimientos de todas las áreas de la RAA.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipo de Procesos/ OPO – Unidades Orgánicas
	3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas	3.9.1 Sensibilizar y capacitar al personal de la Red Asistencial Almenara sobre los lineamientos de la Gestión por Procesos e iniciar su implementación en todas las unidades orgánicas de la entidad.	Informe	01.04.2016	30.11.2017	Equipo de Procesos OPO – Unidades Orgánicas
		3.9.2 Diseñar los procedimientos que orienten la revisión de procesos, actividades y tareas (Mejora Continua)	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipo de Procesos OPO – Unidades Orgánicas
	3.10 Controles de tecnologías de la información y comunicación	3.10.1 Difundir el marco normativo relacionado con el acceso a los Sistemas de Información y comunicación.	Informe	01.04.2016	30.12.2017	Of. Soporte Informático
		3.10.2 Incluir dentro del Plan de Capacitación de la RAA, talleres para el manejo eficaz de las herramientas de información que se utilizan en la RAA.	Plan de Trabajo	01.04.2016	30.10.2017	Of. Soporte Informático / Of. Capacitación.
4 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	4.1 Funcionamiento y características de la información	4.1.1 Solicitar al nivel central actualizar el marco normativo para la organización de Archivos digitales, mediante herramientas de contenido, clasificación, entre otros.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Oficina de Soporte Informático / Gerencia de la RAA
		4.1.1 Diseñar e implementar los procesos y procedimientos para la obtención de información gerencial oportuna y de calidad para la toma de decisiones.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Of. Soporte Informatico / Equipos de Procesos – Unidades Orgánicas
		4.2.1 Diseñar e implementar los procesos y los flujos de información en todas las áreas de la Red Asistencial Almenara, con la finalidad optimizar la gestión.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipos de Procesos – Unidades Orgánicas
	4.2 Información y responsabilidad	4.2.2 Solicitar al nivel central una política para el uso adecuado de la información según las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características, frecuencia y oportunidad.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Unidad de Archivo /Gerencia de la RAA
	4.3 Calidad y suficiencia de la información	4.3.1 Solicitar al nivel central lineamientos que garanticen la calidad y suficiencia de la información; señalando las áreas, tipo de información, reporte, responsable, características y frecuencia.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
		4.3.2 Elaborar el inventario de procesos relacionado a flujo de la información de la entidad y definir claramente su proceso, con la finalidad de generar controles.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.10.2017	Equipos de Procesos – Unidades Orgánicas

6 SUPERVISIÓN	4.4 Sistema de información	4.4.1 Solicitar a nivel central la integración de la información y actualización de la normativa relacionada con el acceso a la información, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, Unificación de los sistemas de información.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	4.5 Flexibilidad al cambio	4.5.1 Solicitar a nivel central la actualización y revisión de la normativa sobre los requisitos de los sistemas de información, niveles de acceso, niveles de autorización y rediseño periódico cuando se detectan deficiencias.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
	4.6 Archivo Institucional	4.6.1 Capacitación periódica del personal en materia de transferencia de documentos al archivo central, especialmente a los responsables de cada unidad orgánica.	Plan de Capacitación	04.03.2016	30.12.2017	Gerencia RAA/ Of. Capacitación,
		4.6.2 Asignar al Archivo de la RAA un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y material necesarios para su organización.	Informe	04.03.2016	30.12.2017	Gerencia de la RAA
	4.7 Comunicación interna	4.7.1 Solicitar al nivel central la actualización y revisión de la normativa del sistema de administración documentaria.	Carta	04.01.2016	30.03.2016	Gerencia de la RAA
		4.7.2 Elaborar el Mapa de Procesos e identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos.	Informe Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipos de Procesos – Unidades Orgánicas
	4.8 Comunicación externa	4.8.1 Establecer procedimientos y difundir las disposiciones que regulan la comunicación externa.	Manual de Procedimiento	01.07.2016	30.10.2017	División y Comunicación
	4.9 Canales de Comunicación	4.9.1 Identificar e implementar nuevos canales de comunicación efectivos que agilicen el flujo de información en todos los niveles de la RAA.	Manual de Procedimiento	01.07.2016	30.11.2017	Of. Informática / Estadística / División de Comunicación
	5.1 Actividades de Prevención y monitoreo	5.1.1 Implementar la Gestión por Procesos en las unidades orgánicas de la entidad que permita identificar los procesos críticos e implementar controles correspondientes.	Plan de Trabajo	01.07.2016	30.11.2017	Equipos de Procesos – Unidades Orgánicas
		5.1.2 Establecer un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas, el seguimiento continuo y su posterior subsanación.	Reporte de incidencias	01.07.2016	30.11.2017	Equipo de Riesgos
	5.2 Seguimiento de Resultados	5.2.1 Establecer el procedimiento para la información documentada y oportuna de las deficiencias y problemas detectados en el monitoreo de las actividades; con la finalidad de tomar las acciones necesarias para su corrección.	Informe	01.07.2016	30.11.2017	Jefes de Unidades orgánicas /Equipo de Riesgos
		5.2.2 Establecer el procedimiento para el seguimiento a las recomendacioneseimplementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control.	Informe	01.07.2016	30.11.2017	Jefes de Unidades Orgánicas / Equipo de Trabajo
	5.3 Compromisos de Mejoramiento	5.3.1 Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de informes de Autoevaluaciones en forma periódica.	Informe	01.07.2016	30.11.2017	Jefes de Unidades Orgánicas / Equipo de Trabajo
		5.3.2 Definir el proceso y procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control.	Informe	01.07.2016	30.11.2017	Equipos de Procesos – Jefes de Unidades Orgánicas

X. CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS

Para la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Trabajo, se utilizaran los recursos materiales y humanos, que serán cubiertos por los costos fijos de a institución. Se requerirá adicionalmente de servicios especializados de terceros con el fin de implementar algunas actividades de carácter técnico, tal como se muestra de manera referencial en el siguiente cuadro:

Tabla Nº 3

Cuadro de Necesidades de Recursos

ACTIVIDADES	HORAS TRABAJADAS	MONTO REFERENCIAL (S/.)
SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:		
Charlas de Sensibilización sobre importancia del Control Interno, Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos y otros. (Código de ética, Calidad, Humanización)	20	3,000.00
Curso sobre Control Interno, dirigido a miembros del Sub Comité de Ci y funcionarios.	25	5,000.00
Curso sobre Gestión por Procesos, dirigido a Equipo de trabajo y Funcionarios.	25	5,000.00
Curso sobre Administración de Riesgos, dirigido a Equipo de Trabajo y Funcionarios.	25	5,000.00
IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES:		
Reconformar el SubComité de Control Interno y Actualizar el Acta de Compromiso.		0.00
Conformar un equipo multidisciplinario de trabajo, encargado de liderar la implementación de la Gestión por Procesos, Gestión de Riesgos.	10	1,500.00
Elaborar Plan de actividades para implementar la Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos.	10	1,000.00
Identificar, elaborar el inventario de procesos, clasificar y elaborar el Mapa de procesos de las áreas y unidades de la RAA.	160	25,000.00
Identificar y elaborar la Matriz de procesos Críticos e implementar la Gestión de Riesgos.		25,000.00
Implementar controles internos en los procesos, actividades y tareas priorizados.	33	5,000.00
EVALUACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN:		
Elaboración de Informes de avances, desarrollo de autoevaluación.	26	4,000.00
Participación y supervisión permanente de todas las actividades previstas para la implementación del Sistema de Control Interno.	6	1,000.00
TOTAL		86,500.00

XI. ANEXOS

ANEXO 1:
ESTRUCTURA DEL INFORME DE AVANCE

Objetivos:
Identificar aquellos objetivos que se quiere lograr en la presente evaluación.

Alcance:
Identificar el periodo de evaluación.

Cumplimiento del Plan de Trabajo:
Evaluar la utilidad que se le ha dado, y como se ha desarrollado las actividades en el proceso de implementación, así como el cumplimiento de los plazos de ejecución de las actividades que fueron programadas, si estas fueron realizadas acorde al cronograma y si el tiempo fue suficiente para llevarlas a cabo; como resumen se presenta el porcentaje de avance:

Aspectos a Implementar	Entregable	Fecha de Término	Avance (%)

Recursos necesarios:
Determinar si los recursos (humanos, logísticos y de información) han sido suficientes.

Limitaciones o debilidades:
Determinar aquellas que hayan sido detectadas durante la ejecución de la implementación.

Conclusiones y recomendaciones:
Incluir aquellas acciones correctivas que son necesarias implementar para la mejora del proceso de implementación; asimismo, en forma resumida, determinar el nuevo nivel de implementación alcanzado.

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO - ESSALUD - Folio Nº 01

ANEXO 2:
ESTRUCTURA DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

Objetivos:
Identificar aquellos objetivos que se quiere lograr en la presente evaluación.

Alcance:
Identificar el periodo de evaluación.

Cumplimiento del Plan de Trabajo:
Evaluar la utilidad que se le ha dado, y como se ha desarrollado las actividades en el proceso de implementación, así como examinar si es conveniente cambiar, agregar o retirar alguna actividad que no sea indispensable.
También se podrá señalar las dificultades inconvenientes presentados durante la e ejecución de las actividades que fueron programadas, si estas fueron realizadas; como resumen se presenta el porcentaje de avance:

Aspectos a implementar	Entregable	Organo responsable	Fecha de Término	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	Avance total (%)

Cronograma de Actividades:
Revisar los plazos de ejecución de las actividades que fueron programadas, evaluar si fueron realizadas acorde al cronograma y si el tiempo fue suficiente para ejecutarlas.

GERENCIA - R.A.A. VºBº C. MIYASATO GERENTE ESSALUD

Recursos necesarios:
Determinar si los recursos (humanos, logísticos y de información) han sido suficientes.

Limitaciones o debilidades:
Determinar si los recursos humanos, logísticos e informáticos han sido suficientes para la implementación.

GERENCIA CLINICA - R.A.A. VºBº Dra. A. Pareja C. GERENTE ESSALUD

Desempeño de los Equipos de trabajo y participantes:
Evaluar el trabajo de los equipos designados o participantes en el desarrollo de las diferentes actividades; se evaluara si se requiere la inclusión de un mayor número de participantes, con la finalidad de apoyar labores específicas.

OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - R.A.A. VºBº M. BARCO R. JEFE ESSALUD

Limitaciones o debilidades:
Determinar aquellas dificultades detectadas durante la ejecución de la implementación.

Conclusiones y recomendaciones:
Incluir aquellas acciones correctivas que son necesarias implementar para la mejora del proceso; asimismo, en forma resumida, determinar el nuevo nivel de implementación del Sistema de Control Interno alcanzado.

OFICINA DE ADMINISTRACION - R.A.A. VºBº Dr. A. Milla M. JEFE (e) ESSALUD

GERENCIA QUIRURGICA - R.A.A. VºBº R. REATEGUI R. GERENTE ESSALUD

OFICINA DE GESTION Y DESARROLLO VºBº E. SALAS L. JEFE