

**RESOLUCION DE DIRECCIÓN DE RED ASISTENCIAL N° 233 -D-RAAY-ESSALUD-2015**

Ayacucho, 09 de octubre del 2015.

Memorándum N° 917-GG-EsSalud-2015.

**CONSIDERANDO:**

Que, el Seguro Social de Salud (EsSalud) es un Organismo Público Descentralizado con Personería Jurídica de Derecho Público Interno, con autonomía Técnica, Administrativa, Económica, Presupuestal y Contable de conformidad a lo dispuesto por la Ley N° 27056 de Creación del Seguro Social; y la Red Asistencial Ayacucho un órgano desconcentrado de la misma, encargado de gestionar los centros asistenciales del ámbito territorial de su competencia;

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 210-PE-ESSALUD-2008 se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Tipo C con Hospital Base de Nivel II, en cuyo literal j) del artículo 4° se establece que la Red tiene como función cumplir con los dispositivos legales, las normas y procedimientos emitidos por los órganos rectores de los sistemas que administra y mantener actualizados los procedimientos, guías clínicas, manuales demás procedimientos de gestión que se requieren para la operatividad asistencial y administrativo de la Red Asistencial y del Hospital Base;



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

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

Que, mediante Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG se aprobó la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", la cual tiene por 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 y la Alta Dirección se comprometan formalmente en la implementación del SCI, así como velar por su eficaz funcionamiento;

Que, el numeral 1.1.2 de la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", señala que la constitución 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, es un paso importante para su implementación de manera eficaz, así mismo, se establece que dicho Comité será designado por la Alta Dirección;

Que, con Resolución de Dirección de Red Asistencial N° 079-D-RAAY-EsSalud-2015, se conformó el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Essalud Ayacucho, integrado por cinco funcionarios;

Que, de acuerdo al Acta, "Acta de Compromiso para la Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ayacucho", la Dirección de Red, Funcionarios Administrativos y

Directores Asistenciales, manifestaron su compromiso de continuar con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopte para la Red, indicándose que para dicho fin el citado Sub-Comité continuará con las acciones de implementación correspondiente y será dotado de los recursos humanos y materiales necesarios para la adecuada ejecución de sus labores, en concordancia con la normatividad legal vigente y la disponibilidad presupuestal de la entidad;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **Aprobar el PLAN DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO 2015-2017** de la Red Asistencial Ayacucho, para la Implementación del Sistema de Control Interno en la Red.
2. **Encargar** a la Oficina de Planeamiento y Calidad, realizar el monitoreo y evaluación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2015.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



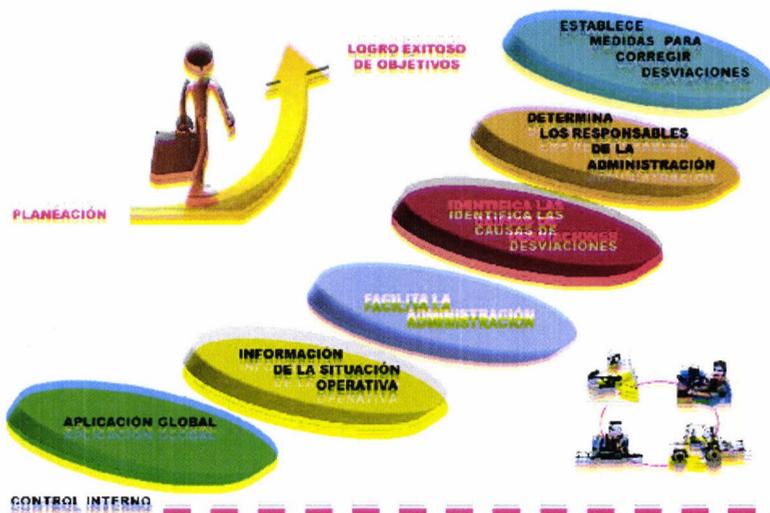
Hugo Vidalon Palomino  
DIRECTOR  
RED ASISTENCIAL AYACUCHO  
**EsSalud**  
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

## SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN ESSALUD

### RED ASISTENCIAL ESSALUD AYACUCHO

# "PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA RED ASISTENCIAL AYACUCHO"

## IMPORTANCIA DEL CONTROL



SECRETARIA TÉCNICA DEL SUB COMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE RED

Ayacucho, octubre 2015

## ÍNDICE

### 1. ANTECEDENTES

1.1 Origen

1.2 Objetivos

1.3 Alcance

### 2. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

### 3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

### 4. ETAPAS

4.1 Etapa 1: Capacitación y sensibilización del personal.

4.2 Etapa 2: Implementación de las recomendaciones.

4.3 Etapa 3: Autoevaluación.

4.4 Etapa 4: Actualización del Plan de Trabajo

### 5. CRONOGRAMA GENERAL

### 6. CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS

CONCLUSIONES

### 8. RECOMENDACIONES

### 9. ANEXOS

9.1 Anexo 1: Cronograma de Implementación de la Matriz de Priorización de Control Interno.



## 1.- ANTECEDENTES

### 1.1 ORIGEN

La Alta Dirección del Seguro Social de Salud (EsSalud), en cumplimiento de la Ley N° 28716, Ley

de Control Interno de las entidades del Estado, y de la Resolución de Contraloría General W 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno, asumió el compromiso de implantar en la organización el Sistema de Control Interno. Para este efecto, desarrolló, en primer término, acciones de sensibilización dirigidas a los colaboradores, para luego pasar a la formulación de un diagnóstico que permita determinar las brechas existentes y que conduzca al establecimiento de los lineamientos, políticas y controles necesarios para la implementación del Sistema de Control Interno.

En este marco, y de acuerdo a los lineamientos y procedimientos contenidos en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General W 458-2008-CG, se reconfirmó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva W 531-PE-ESSALUD-2014, por los siguientes funcionarios:

- El Secretario General, o su representante, quien lo preside;
- El Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, o su representante, quien actuará como Secretario Técnico;
- El Gerente Central de Aseguramiento, o su representante;
- El Gerente Central de Prestaciones de Salud, o su representante;
- El Gerente Central de Gestión de las Personas, o su representante;
- El Gerente Central de Logística, o su representante;
- El Gerente Central de Finanzas, o su representante;
- El Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica o su representante;
- El Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica, o su representante;
- En calidad de veedor, participa un representante del Órgano de Control Institucional de la entidad.

El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, aprobó el "Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

En ese contexto, el Plan de Trabajo fue presentado y sustentado ante los miembros del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en su Décimo Sexta Sesión, llevada a cabo el 29 de diciembre de 2014, el mismo que fue aprobado por unanimidad, tal como consta en la respectiva acta suscrita por los integrantes en señal de conformidad.

Dentro del marco mencionado, el Sub Comité de la Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho, ejecutó la Etapa de Diagnóstico, de la Implementación del Sistema de Control Interno finalizado el primer semestre del Ejercicio 2015.

## 1.2. 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 Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

## 1.3. ALCANCE

El "Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", está elaborado para ejecutarse desde el 2015 al 2017. Para ello se efectuará considerando los aspectos a implementar según su prioridad, definidos en el "Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", considerando las funciones y responsabilidades de cada área respecto del Sistema de Control Interno.

## 2. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

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

- a) Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- b) Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo W 002-99-TR, Ysus modificatorias.
- c) Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- d) Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
- e) Decreto Supremo W 016-20012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
- f) Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
- g) Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
- h) Resolución de Presidencia Ejecutiva W 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- i) Internal Control - Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
- j) Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público, INTOSAI, 1994.
- k) Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.

## 3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La ejecución del Plan de Trabajo estará bajo responsabilidad de todos los órganos de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD), siendo liderado por el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno 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.

Dicho Grupo de Trabajo está compuesto de la siguiente manera:

- a) Un representante de la Dirección de la Red Asistencial Ayacucho.
- b) Un representante de Asesora Legal de la Dirección.
- c) Un representante de la Oficina de Administración.
- d) Un representante de la Unidad de Planificación y Calidad.
- e) Un representante del Órgano del aspecto a implementar.

## 1.- ANTECEDENTES

### 1.1 ORIGEN

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



En este marco, y de acuerdo a los lineamientos y procedimientos contenidos en la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General W 458-2008-CG, se reconstituyó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva W 531-PE-ESSALUD-2014, por los siguientes funcionarios:

- 
- El Secretario General, o su representante, quien lo preside;
- El Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, o su representante, quien actuará como Secretario Técnico;
- El Gerente Central de Aseguramiento, o su representante;
  - El Gerente Central de Prestaciones de Salud, o su representante;
  - El Gerente Central de Gestión de las Personas, o su representante;
  - El Gerente Central de Logística, o su representante;
  - El Gerente Central de Finanzas, o su representante;
  - El Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica o su representante;
  - El Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica, o su representante;
  - En calidad de veedor, participa un representante del Órgano de Control Institucional de la entidad.



El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, aprobó el Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".



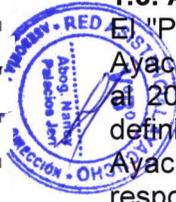
En ese contexto, el Plan de Trabajo fue presentado y sustentado ante los miembros del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en su Décimo Sexta Sesión, llevada a cabo el 29 de diciembre de 2014, el mismo que fue aprobado por unanimidad, tal como consta en la respectiva acta suscrita por los integrantes en señal de conformidad.

Dentro del marco mencionado, el Sub Comité de la Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho, ejecutó la Etapa de Diagnóstico, de la Implementación del Sistema de Control Interno finalizado el primer semestre del Ejercicio 2015.

## 1.2. 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 Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

## 1.3. ALCANCE



El "Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", está elaborado para ejecutarse desde el 2015 al 2017. Para ello se efectuará considerando los aspectos a implementar según su prioridad, definidos en el "Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", considerando las funciones y responsabilidades de cada área respecto del Sistema de Control Interno.

## 2. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL



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

- 
- 
- a) Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
  - b) Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo W 002-99-TR, Ysus modificatorias.
  - c) Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
  - d) Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
  - e) Decreto Supremo W 016-20012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
  - f) Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
  - g) Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Contra/Interno de las entidades del Estado".
  - h) Resolución de Presidencia Ejecutiva W 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
  - i) Internal Control - Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
  - j) Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público, INTOSAI, 1994.
  - k) Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.

## 3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La ejecución del Plan de Trabajo estará bajo responsabilidad de todos los órganos de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD), siendo liderado por el Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno 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.

Dicho Grupo de Trabajo está compuesto de la siguiente manera:

- a) Un representante de la Dirección de la Red Asistencial Ayacucho.
- b) Un representante de Asesora Legal de la Dirección.
- c) Un representante de la Oficina de Administración.
- d) Un representante de la Unidad de Planificación y Calidad.
- e) Un representante del Órgano del aspecto a implementar.

Los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo y ejecución del Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho deberán estar claramente definidos, estructurándose de la siguiente forma:

a) Primer nivel: Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno.

El Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial del Seguro Social de Salud (ESSALUD) informará a la Dirección de Red sobre la ejecución del Plan de Trabajo.

b) Segundo Nivel: Grupo de Trabajo.

El Grupo de Trabajo realizará las coordinaciones con los órganos centrales para la ejecución del Plan de Trabajo, para su posterior comunicación al Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

c) Tercer Nivel: Centros Asistenciales.

En los Centros Asistenciales – CAS de la Red Asistencial Ayacucho se designarán a representantes de cada CAS como responsables de la implementación del Sistema de Control Interno en sus Dependencias, y de la ejecución del Plan de Trabajo, en el ámbito de su competencia.

#### 4. ETAPAS

El presente Plan de Trabajo considera la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) de manera progresiva, de forma que permita lograr como mínimo, al término del periodo de tres (03) años, el nivel de implementación de "implementado o establecido" en todos sus componentes.

La implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) se irá fortaleciendo a medida que las áreas de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) participen activamente según las responsabilidades asignadas en este Plan de Trabajo.

A continuación, se presentan las etapas del trabajo a desarrollar:

##### 4.1. ETAPA 1: CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL

Los miembros del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Grupo de Trabajo deberán ser capacitados en materia de Control Interno 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 socializar y sensibilizar a los colaboradores de los órganos desconcentrados que participen en el desarrollo de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo en temas sobre la implementación del Sistema de Control Interno en la Red Ayacucho.

Asimismo, se les hará conocer sobre los roles y responsabilidades que tienen que asumir con respecto del proceso de implementación del Sistema de Control Interno en la Red.

##### 4.2. ETAPA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

En esta etapa, se implementará las recomendaciones establecidas en el "Informe de diagnóstico de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", de acuerdo con su

prioridad y dentro del periodo estimado de tres (03) años. En el Anexo N°1, se presenta el cronograma propuesto para ejecutar el proceso de implementación.

La implementación de las recomendaciones se realizará considerando lo siguiente:

**a) DESARROLLO DE ENTREGABLES Y RESPONSABLES.**

De acuerdo con los aspectos a implementar establecidos en el "Informe de diagnóstico de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", se han determinado diversos entregables que permitirán evidenciar la implementación de las recomendaciones contempladas en el Plan de Trabajo.

De igual forma, en función a las competencias fijadas en los documentos de gestión interna, se identifican los órganos responsables de su desarrollo e implementación, y los órganos desconcentrados responsables de ejecutar el Plan de Trabajo y de presentar los entregables dentro del plazo establecido. En la Tabla N° 1, se presenta el Cuadro de Implementación de Recomendaciones, que detalle los entregables y responsables de los aspectos a implementar.

El Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Grupo de Trabajo, cautelarán que las actividades a desarrollar para superar las debilidades detectadas en el "Informe de diagnóstico de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", y los entregables que se desarrollen, se encuentren alineados a los objetivos institucionales.

Es necesario que la Gerencia General garantice que las acciones a implementar previstas en el Plan de Trabajo, en caso correspondan, se incorporen en los Planes Operativos Institucionales anuales, en orden a coadyuvar en su seguimiento e implementación; Pero que como requisito fundamental el presupuesto para la ejecución de dichas actividades sean consideradas en el PIA 2016, de forma desagregada.

**TABLA N° 1: CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
AMBIENTE DE CONTROL	Filosofía de la Dirección		1. Programar de Charlas continuas alusivas a Control Interno, dirigidas a todos el personal de la RAAY, en coordinación con el Área de Capacitación.	5M	Informe de Charlas, adjuntando hojas de asistencia.	Área de Capacitación.
			2. Reconocer públicamente y bajo documento al personal que haga aportes para el desarrollo de actividades dentro del marco de Control Interno. Siendo esta una forma de incentivar la transparencia en toda actividad en la Institución.	5M	Resoluciones de Felicitación.	Dirección de Red.
			3. Asignar facilidades de horario a los miembros del Sub Comité de Control Interno para el cumplimiento de sus funciones de control; Así mismo, al cumplimiento de las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.	5M	Carta de autorización de facilidades de horario.	Unidad de Recursos Humanos.
	Integridad y Valores Éticos		1. Sancionar, en cumplimiento de la normativa vigente Institucional, a los servidores que violen el código de ética, éstas sanciones se harán públicas para incentivar un comportamiento ético en la Red.	6A	Resoluciones de Sanciones Administrativas previo PAD Secretaría Técnica.	Secretaría Técnica – SERVIR.
			1. Difundir la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la Institución.	6A	Acta de recepción de la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la Institución.	Unidad de Planificación y Calidad.



COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
  <p><b>AMBIENTE DE CONTROL</b></p>  	Administración Estratégica		2. Incentivar la formulación y actualización del Plan Operativo Institucional, a fin de monitorear los resultados de forma permanente detectando y solucionando desvíos.	6A	Plan Operativo Institucional 2016.	Oficina de Planificación y Calidad.
	Estructura Organizacional		1. Gestionar la actualización del MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO garantizando que los profesionales disponibles se reubiquen en las áreas donde acrediten capacitación y experiencia, ocupando plazas previstas en el PAP; Cuidando de que el MOF, refleje las actividades que se realizan en la entidad.	6A	MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad y Unidad de Recursos Humanos.
			2. Una vez actualizados el MOF, ROF, CAP, PAP, MAPRO se procederá a la difusión a todos los servidores de la Red.	6A	Difusión para su cumplimiento del MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad.
	Administración de los Recursos Humanos		1. Se formularán y validarán mecanismos de inducción, capacitación y evaluación de personal continua en la Red.	4A	Informe de exámenes y capacitaciones realizadas.	Unidad de Recursos Humanos y Capacitación.
			2. El Área de Capacitación elaborará el Programa de Inducción al personal nuevo ingresante a la Red, relacionados a su puesto de trabajo y principios éticos.	4A	Programa de Inducción al personal nuevo ingresante a la Red.	Capacitación.
			3. Se gestionará el Requerimiento de Recursos Humanos CAS para garantizar el adecuado desarrollo de sus actividades.	4A	Requerimiento de Recursos Humanos CAS para atender necesidades nuevas.	Oficina de Planeamiento y Calidad.
			4. Gestionar la ampliación presupuestal para garantizar la ejecución del Plan de Capacitación Anual al 100%, incluyendo temas observados por SUSALUD.	4A	Carta de Requerimiento de Ampliación Presupuestal para ejecutar el PCA, dirigido a la GCF.	Oficina de Administración.
	Competencia Profesional		1. Identificar las competencias para cada cargo previsto en el CAP, los que deben estar en el MOF como "Perfil del Cargo".	6A	Informe de Identificación.	Unidad de Planificación y Calidad.
	Asignación de Autoridad y Responsabilidad		1. Gestionar la actualización del MOF y el RIT, según los últimos casos que se han presentado en la Red.	6A	MOF y RIT actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad y Unidad de Recursos Humanos.
			2. Difundir el MOF y RIT actualizados, además de la Ley SERVIR.	6A	Acta de recepción del MOF, RIT Y de la Ley SERVIR.	Unidad de Recursos Humanos.
Órgano de Control Institucional		1. Supervisar el Sistema de Control Interno en la Red, proponiendo estrategias de mejora.	6A	Estrategias para implementar el SCI en la Red.	Sub Comité de CI de la Red.	

COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	Planeamiento de la Administración de Riesgos		1. Elaborar el Plan de Administración de Riesgos de la Red, que englobe la identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de riesgos.	6A	Plan de Administración de Riesgos de la Red.	Oficina de Administración.
	Identificación de Riesgos		1. Identificar eventos negativos (riesgos) por cada actividad, objetivos y procesos de las unidades orgánicas de la Red, considerando aspectos internos (de la Entidad) y aspectos externos (fuera de la Entidad).	6A	IPERC actualizado.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
	Valoración de Riesgos		1. Trabajar las probabilidades de ocurrencia de riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	6A	Informe de Probabilidades de Ocurrencia de Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
			2. Cuantificar los efectos de los riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	6A	Informe de Cuantificación de los Efectos de Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
			3. Estudiar a futuro el impacto de los riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	6A	Informe del Estudio del Impacto de los Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
	Respuesta al Riesgo		1. Formular acciones para afrontar riesgos en la Red.	6A	Informe de Acciones para Afrontar Riesgos, para su ejecución.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.
			2. Formular mecanismos para hacer seguimiento periódico a los controles de riesgos en la Red.	6A	Informe de Mecanismos para Seguimiento Periódico a Controles de Riesgos, para su ejecución.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.



COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
  <p><b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b></p>  	Procedimiento de Autorización y Aprobación		1. Solicitar a los sectoristas de Control Interno de la Red, información referente a los procesos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas.	4M	Carta de Autorización.	Sub Comité de Control Interno de la Red.
	Segregación de Funciones		1. Gestionar inclusión en el Plan Anual de Capacitación 2015, fortalecimiento de competencias dirigido a todo el personal de la Red, a fin de que las áreas expuestas a riesgos sean cubiertas por personal capacitado, y su ocupación sea rotativa de forma permanente.	6A	Carta de Requerimiento para la autorización de inclusión en el Plan Anual de Capacitación 2016, de actividades de CI.	Área de Capacitación.
	Evaluación Costo - Beneficio		1. Gestionar la habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Finanzas, a fin de garantizar control permanente en las actividades con riesgo potencial.	6A	Carta de Requerimiento de autorización para habilitación presupuestal.	Oficina de Administración.
	Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos		1. Elaborar procedimientos, los cuales serán validados con Resolución, para la protección de recursos o archivos expuestos a riesgos.	6M	Resolución de Validación de Procedimientos.	Oficina de Administración y Dirección de Red.
			2. Implementar recibos, actas, etc., como evidencia del acceso a recursos o archivos expuestos a riesgos.	6M	Formatos.	Área de Archivo Central de la Red.
			3. Establecer cronograma de arqueos e inventarios frecuentes de los recursos o archivos asignados.	6M	Cronograma.	Unidad de Finanzas y Área de Archivo Central de la Red.
			4. Identificar activos expuestos a riesgos (robo o uso no autorizado).	6M	Informe de Identificación.	Oficina de Administración.
			5. Implementar medidas de seguridad para activos expuestos a riesgos (robo o uso no autorizado).	6M	Informe de Medidas para su ejecución.	Oficina de Administración.
			6. Implementar sistemas de registros de documentos internos, de tal manera que sean numerados y protegidos.	6M	Sistema de Registros.	Unidad de Informática y Área de Archivo Central de la Red.
	Verificaciones y Conciliaciones		1. Implementar sistemas de verificación del cumplimiento de procesos, actividades y tareas.	6A	Sistema de Verificación.	Unidad de Informática y Oficina de Administración.
			2. Realizar comparativos de resultados de las verificaciones con los registros.	6A	Informe de Resultados de Comparativos.	Unidad de Informática y Oficina de Administración.
	Evaluación de Desempeño		1. Formular Indicadores de Desempeño para procesos, actividades y tareas.	6A	Indicadores de Desempeño.	Oficina de Administración y Unidad de Planificación y Calidad.
			2. Registrar los resultados de evaluaciones para su análisis y programar actividades para mejora de competencias del personal de la Red.	6A	Resultados de las Evaluaciones, Informe de Análisis y Estrategias para mejorar.	Oficina de Administración y Unidad de Planificación y Calidad.

COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
  <b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>  	Rendición de Cuentas		1. Organizar charlas informativas de la Rendición de Cuentas, a fin de dar a conocer a los servidores de la Red sus responsabilidades con respecto a este tema.	6A	Informe de Capacitación, adjuntando hoja de asistencia.	Asesoría Jurídica y Capacitación.
			2. Implementar procedimientos para la rendición de cuentas.	6A	Procedimientos.	Asesoría Jurídica.
			3. Cronogramar la entrega de declaraciones juradas del personal a la Oficina de Administración de la Red.	6A	Cronograma.	Oficina de Administración
	Documentación de Procesos, Actividades y Tareas		1. Describir de inicio a fin los procesos, actividades y tareas que se realizan en las Áreas a su cargo; lo que se plasmará en el Manual de Procedimientos para su validación. A cargo de los Jefes de Servicios y Funcionarios.	6A	MAPROs	Jefes Asistenciales y Funcionarios Administrativos.
			2. Solicitar a la Sede Central autorización para contratar Consultor Externo para la actualización del MOF de la RAAY.	6A	Carta de Requerimiento de autorización de Contratación de Consultoría.	Oficina de Planeamiento y Calidad.
	Revisión de Procesos, Actividades y tareas.		1. Monitorear de forma permanente, de inicio a fin los procesos, actividades y tareas que se realizan en las Áreas a su cargo. Los resultados de la revisión serán plasmadas en Cuaderno de Actas. A cargo de Los Jefes de Servicios y Funcionarios.	6A	Informe de Monitoreo.	Jefes de Asistenciales y Funcionarios Administrativos.
	Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones		1. Realizar el Diagnóstico situacional de las TIC en la Red. A cargo del Jefe de Informática.	6M	Diagnóstico Situacional.	Unidad de Informática.
			2. Plantear soluciones a la problemática hallada, a corto y mediano plazo.	6M	Estrategias de Solución.	Unidad de Informática.
			3. Formular un Plan Anual de Control de TIC de la Red.	6M	Plan Anual de Control de TIC	Unidad de Informática.
			4. Elaborar por escrito y validado, políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información. Haciendo énfasis en la protección de la información (backup) y acceso a personal autorizado.	6M	Políticas y Procedimientos escritos para la Administración de los Sistemas de Información, validados.	Unidad de Informática y Dirección de Red.
			5. Se formulará el Plan Operativo Informático y el Plan de Contingencias.	6M	Plan Operativo Informático y Plan de Contingencias	Unidad de Informática.
			6. Definir los controles de acceso general (Seguridad física y lógica de los equipos centrales).	6M	Controles de acceso general planteados.	Unidad de Informática.
		7. Consolidar el listado de trabajadores que cuentan con usuario para el acceso a los diferentes Sistemas vigentes en la Red, además de describir su perfil.	6M	Consolidado de Trabajadores con usuario activo.	Unidad de Informática.	
		8. Gestionar las licencias y autorizaciones de uso del software de la entidad.	6M	Licencias autorizadas para software.	Unidad de Informática.	
		9. Elaborar informe de si la Red cuenta con adecuado servicio de soporte técnico para las TIC.	6M	Informe Técnico.	Unidad de Informática.	
		10. Controlar los nuevos productos ingresados a desarrollo, y las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas.	6M	Informe de Control.	Unidad de Informática.	
	11. Definir políticas para el cambio frecuente de contraseñas cuando el personal se desvincule de las funciones.	6M	Políticas planteadas.	Unidad de Informática.		
	12. Controlar la adquisición de paquetes de software.	6M	Informe de Control.	Unidad de Informática.		

COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
  <p><b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b></p>  	Funciones y Características de la Información		1. Definir niveles para el acceso del personal al sistema de información.	4M	Niveles de acceso.	Unidad de Informática.
	Información y Responsabilidad		1. Identificar las necesidades de información cada proceso.	4M	Necesidades identificadas.	Unidad de Informática.
			2. Definir procedimientos para garantizar el adecuado suministro de información para cumplimiento de funciones.	6M	Procedimientos definidos.	Unidad de Informática.
	Calidad y Suficiencia de la Información		Diseñar, validar e implementar mecanismos para asegurar la oportunidad y calidad de la información para el desarrollo de actividades.	4M	Mecanismos diseñados, validados e implementados.	Unidad de Informática.
	Sistemas de Información		1. Elaborar cronograma para la toma de encuestas para recoger opiniones de los trabajadores respecto al sistema de información, registrando reclamos para mejorar.	2A	Cronograma.	Unidad de Informática.
	Flexibilidad al Cambio		Elaborar un cronograma de verificación de los Sistemas de Información para garantizar su uso adecuado, planteando incluso rediseños.	2A	Cronograma de Verificación.	Unidad de Informática.
	Archivo Institucional		1. Reiterar la solicitud de la implementación del Área de Gestión de Archivos en la RAAy (NIT 7622 – 2013 - 018).	6M	Carta Reiterativa.	Unidad de Informática.
			2. Elaborar procedimientos para la administración de documentos e información, a fin de preservar y conservarlos (archivos electrónicos, magnéticos, físicos).	6M	Procedimientos elaborados.	Unidad de Informática.
	Comunicación Interna		1. Difundir documentos de información respecto a la orientación de la comunicación interna.	4M	Acta de recepción.	Unidad de Informática.
			2. Mantener actualizado a la Dirección de Red, sobre el desempeño, desarrollo, riesgos, iniciativas, etc.	4M	Cartas.	Unidad de Informática.
			3. Elaborar procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.	4M	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.
	Comunicación Externa		1. Elaborar procedimientos para informar hacia el exterior sobre la gestión institucional.	6M	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.
			2. Actualizar el portal de transparencia.	6M	Portal actualizado.	Asesoría Jurídica.
			3. Elaborar procedimientos para la atención de requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública), previa autorización del Nivel Central.	6M	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.
Canales de Comunicación		1. Implementar políticas que estandarice la comunicación interna y externa (Memorándums, Paneles Informativos, Boletines, Revistas, etc.), a fin de que la información fluya de forma clara, ordenada y oportuna.	6A	Políticas implementadas.	Asesoría Jurídica.	

COMPONENTES	SUB COMPONENTE	CÓDIGO	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
<b>SUPERVISIÓN</b>	Actividades de Prevención y Monitoreo		1. Implementar sistemas de supervisión y monitoreo de labores del personal, para evaluar si se efectúan de acuerdo a lo establecido, evidenciándolos.	6A	Sistemas de supervisión y monitoreo, implementados.	Unidad de Recursos Humanos.
	Seguimiento de Resultados		1. Registrar y comunicar las deficiencias detectadas a los responsables para que se tomen las acciones necesarias para su corrección.	6A	Informes.	Asesoría Jurídica.
			2. Disponer medidas para desarrollar oportunidades de mejora.	6A	Planes de Mejora.	Asesoría Jurídica.
			3. Realizar seguimiento a la implementación de mejoras propuestas a las deficiencias detectadas.	6A	Informes de seguimiento.	Asesoría Jurídica.
	Compromiso de Mejoramiento		1. Efectuar periódicamente autoevaluaciones que permitan proponer planes de mejora.	6A	Informes de Autoevaluación.	Comité de Autoevaluación.
			2. Implementar recomendaciones, producto de las autoevaluaciones.	6A	Recomendaciones propuestas.	Comité de Autoevaluación.
			3. Implementar recomendaciones de la OCI, como compromisos de mejoramiento continuo.	6A	Informes de Implementación.	Oficina de Administración.



**SUPERVISIÓN**



## b) INFORME DE AVANCE.

La presente implementación requerirá el monitoreo constante del Grupo de Trabajo en orden a garantizar la ejecución del Plan de Trabajo de la Red Ayacucho, 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 de la Red Ayacucho deberán presentar un informe de avance trimestralmente, que deberá tener la siguiente estructura:

### INFORME DE AVANCE

- **Objetivos:** Identificar aquellos objetivos que se quiere lograr en la presente evaluación.
- **Alcance:** Identificar el determinado por el periodo de evaluación.
- **Cumplimiento del Plan de Trabajo:** Evaluar la utilidad que se le ha dado, y cómo se han 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 presentará el porcentaje de avance:

ASPECTO 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.

## 4.3. ETAPA 3: AUTO EVALUACIÓN.

### a) DESARROLLO DE AUTOEVALUACIÓN.

El proceso de implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) se irá fortaleciendo a medida que los aspectos a implementar se ejecuten según el presente Plan de Trabajo.

El Sub-Comité de Implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD), 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", aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG.

**b) DETERMINACIÓN DEL CUADRO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

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

**Tabla N° 2: Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno**

Componentes de Control Interno	Inicial (1)	En proceso de Implementación (2)	Establecido / Implementado (3)	Avanzado (4)	Optimizado (6)
Ambiente de Control Evaluación de Riesgos. Actividades de Control. Análisis de Información y Comunicación. Supervisión.	Los elementos de control interno de este componente casi no existen, ni están definidos y no es posible comprobar su operación.	Algunos elementos de control interno de este componente existen y están definidos de manera general, pero la aplicación en las áreas y procesos críticos de la entidad son inconsistentes.	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera general, pero se aplica en un número reducido de áreas y procesos críticos de la entidad.	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en la mayoría de áreas y procesos críticos de la entidad.	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en todas las áreas y procesos críticos de la entidad.

**c) ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE AUTOEVALUACIÓN.**

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

- Porcentaje de avance del aspecto implementar por el órgano responsable.
- Limitaciones por las cuales no pudieron implementarse algunas actividades del Plan de Trabajo.
- Identificación de nuevos aspectos de Control Interno a implementar.
- Nueva determinación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

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.

A continuación, se presenta la estructura del informe de autoevaluación:

## ESTRUCTURA DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

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

**Alcance:** Identificar el determinado por el periodo de evaluación.

**Cumplimiento del plan de trabajo:** Evaluar la utilidad que se le ha dado, y cómo se han 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 sobre las dificultades o inconvenientes ocasionados durante la ejecución de las actividades y demás situaciones que deban ser mencionadas; como resumen se presentará el porcentaje de avance:

Aspectos a Implementar	Entregable	Órgano Responsable	Fecha de Término	I Trimestre (%)	II Trimestre (%)	III Trimestre (%)	IV Trimestre (%)	Total Avance (%)

**Cronograma de actividades:** Revisar 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.

**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; se tendrá en cuenta si se requiere de una mayor participación de la organización, con la finalidad de apoyar labores específicas.

**Limitaciones o debilidades:** Determinar aquellas que hayan sido detectadas durante la ejecución de la 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: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

#### a) Plan de Trabajo.

Al cierre del año se actualizará el Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho de acuerdo con la nueva matriz de priorización que se desarrollará como producto de la autoevaluación y de las evaluaciones. En este nuevo Plan de Trabajo se incluirán los nuevos aspectos a ser implementados, así como también la fecha y responsable de su implementación.

**b) Determinación de 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 Seguro Social de Salud (ESSALUD).

**6. CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS**

Para la ejecución de las actividades del periodo 2015 señaladas en el Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho, se utilizarán los recursos materiales y humanos que serán cubiertos por los costos fijos de la 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 N° 3: CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS**

SERVICIO DE TERCEROS	HORAS TRABAJADAS	MONTO REFERENCIAL (s/.)
Cursos de Control Interno y Gestión de Riesgos.	100	50,000
Charlas de Sensibilización de Control Interno y Gestión de Riesgos.	50	20,000
Consultoría para la implementación de la gestión de riesgos.	200	50,000
Asistencias Técnicas.		20,000
<b>TOTAL</b>		<b>140,000</b>



## 7. CRONOGRAMA GENERAL

N°	Actividades	2015 - 2017											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<b>1</b>	<b>ETAPA 1: CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN</b>												
1.1	Desarrollo de Capacitación.												
1.2	Desarrollo de Sensibilización.												
<b>2</b>	<b>ETAPA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES</b>												
2.1	Desarrollo de entregables y responsables.												
2.2	Informe de Avances.												
<b>3</b>	<b>ETAPA 3: EVALUACIÓN Y AUTO-EVALUACIÓN</b>												
3.1	Desarrollo de auto-evaluación.												
3.2	Relevamiento de las evaluaciones.												
3.3	Determinación del Cuadro de Madurez del Sistema de Control Interno.												
3.4	Elaboración de los informes de auto-evaluación.												
<b>4</b>	<b>ETAPA 4: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO</b>												
4.1	Plan de Trabajo.												
4.2	Determinación del cuadro de necesidades.												

## 8. CONCLUSIONES

1. El Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho para la implementación del Sistema de Control Interno será puesto en marcha a partir del año 2016 y tendrá una duración de ejecución de tres (03) años.
2. El Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho será actualizado cada año, luego de la autoevaluación anual, incorporándose nuevos aspectos a implementar según los resultados de la evaluación efectuada.
3. El Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho determina los entregables que deberán realizarse para sustentar los aspectos a implementar del Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red.
4. El Plan de Trabajo de la Red Asistencial Ayacucho servirá como herramienta para sustentar el proceso de implementación del Sistema de Control Interno de acuerdo con lo exigido por las normas de control vigentes.

## 10.- RECOMENDACIONES

- 1) Implementar progresivamente el presente Plan de Trabajo de acuerdo con el cronograma establecido.
- 2) 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.
- 3) Aprobar el Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD) con Resolución de Presidencia Ejecutiva.

4) Las actividades del presente Plan deberán ser incluidas y alineadas con el Plan Operativo Institucional de la Red Asistencial Ayacucho del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

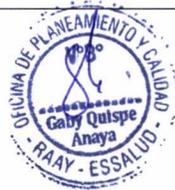
5) Conformación del Grupo de Trabajo que se encargará de las coordinaciones con los órganos centrales para la ejecución del Plan de Trabajo.



**11.- ANEXOS:**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE CONTROL INTERNO**

SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	2015				2016				2017					
				I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17		
Filosofía de la Dirección	1. Programar de Charlas continuas alusivas a Control Interno, dirigidas a todos el personal de la RAAy, en coordinación con el Área de Capacitación.	Informe de Charlas, adjuntando hojas de asistencia.	Área de Capacitación.					x									
	2. Reconocer públicamente y bajo documento al personal que haga aportes para el desarrollo de actividades dentro del marco de Control Interno. Siendo esta una forma de incentivar la transparencia en toda actividad en la Institución.	Resoluciones de Felicitación.	Dirección de Red.							x							
	3. Asignar facilidades de horario a los miembros del Sub Comité de Control Interno para el cumplimiento de sus funciones de control; Así mismo, al cumplimiento de las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.	Carta de autorización de facilidades de horario.	Unidad de Recursos Humanos.					x									
Integridad y Valores Éticos	1. Sancionar, en cumplimiento de la normativa vigente Institucional, a los servidores que violen el código de ética, éstas sanciones se harán públicas para incentivar un comportamiento ético en la Red.	Memorándums de llamada de atención, con opinión de Asesoría Jurídica.	Unidad de Recursos Humanos.					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	1. Difundir la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la Institución.	Acta de recepción de la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la Institución.	Unidad de Planificación y Calidad.					x					x				



SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17	
Administración Estratégica	2. Incentivar la formulación y actualización del Plan Operativo Institucional, a fin de monitorear los resultados de forma permanente detectando y solucionando desvíos.	Plan Operativo Institucional 2016.	Oficina de Planificación y Calidad.					X				X				
Estructura Organizacional	1. Gestionar la actualización del MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO garantizando que los profesionales disponibles se reubiquen en las áreas donde acrediten capacitación y experiencia, ocupando plazas previstas en el PAP; Cuidando de que el MOF, refleje las actividades que se realizan en la entidad.	MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad y Unidad de Recursos Humanos.							X	X					
	2. Una vez actualizados el MOF, ROF, CAP, PAP, MAPRO se procederá a la difusión a todos los servidores de la Red.	Difusión para su cumplimiento del MOF, ROF, CAP, PAP y MAPRO actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad.										X			
Administración de los Recursos Humanos	1. Se formularán y validarán mecanismos de inducción, capacitación y evaluación de personal continua en la Red.	Informe de exámenes y capacitaciones realizadas.	Unidad de Recursos Humanos y Capacitación.						X				X			
	2. El Área de Capacitación elaborará el Programa de Inducción al personal nuevo ingresante a la Red, relacionados a su puesto de trabajo y principios éticos.	Programa de Inducción al personal nuevo ingresante a la Red.	Capacitación.					X					X			
	3. Se gestionará el Requerimiento de Recursos Humanos CAS para garantizar el adecuado desarrollo de sus actividades.	Requerimiento de Recursos Humanos CAS para atender necesidades nuevas.	Oficina de Planeamiento y Calidad.					X						X		
	4. Gestionar la ampliación presupuestal para garantizar la ejecución del Plan de Capacitación Anual al 100%, incluyendo temas observados por SUSALUD.	Carta de Requerimiento de Ampliación Presupuestal para ejecutar el PCA, dirigido a la GCF.	Oficina de Administración.					X						X		
Competencia Profesional	1. Identificar las competencias para cada cargo previsto en el CAP, los que deben estar en el MOF como "Perfil del Cargo".	Informe de Identificación.	Unidad de Planificación y Calidad.							X						
Asignación de Autoridad y Responsabilidad	1. Gestionar la actualización del MOF y el RIT, según los últimos casos que se han presentado en la Red.	MOF y RIT actualizados.	Unidad de Planificación y Calidad y Unidad de Recursos Humanos.							X						
	2. Difundir el MOF y RIT actualizados, además de la Ley SERVIR.	Acta de recepción del MOF, RIT Y de la Ley SERVIR.	Unidad de Recursos Humanos.										X			
Órgano de Control Institucional	1. Supervisar el Sistema de Control Interno en la Red, proponiendo estrategias de mejora.	Estrategias para implementar el SCI en la Red.	Sub Comité de CI de la Red.					X	X	X	X	X	X	X	X	



SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17
Planeamiento de la Administración de Riesgos	1. Elaborar el Plan de Administración de Riesgos de la Red, que englobe la identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de riesgos.	Plan de Administración de Riesgos de la Red.	Oficina de Administración.					X				X			
Identificación de Riesgos	1. Identificar eventos negativos (riesgos) por cada actividad, objetivos y procesos de las unidades orgánicas de la Red, considerando aspectos internos (de la Entidad) y aspectos externos (fuera de la Entidad).	IPERC actualizado.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.						X				X		
Valoración de Riesgos	1. Trabajar las probabilidades de ocurrencia de riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	Informe de Probabilidades de Ocurrencia de Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.						X				X		
	2. Cuantificar los efectos de los riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	Informe de Cuantificación de los Efectos de Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.							X				X	
	3. Estudiar a futuro el impacto de los riesgos en las Unidades Orgánicas de la Red.	Informe del Estudio del Impacto de los Riesgos.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.							X				X	
Respuesta al Riesgo	1. Formular acciones para afrontar riesgos en la Red.	Informe de Acciones para Afrontar Riesgos, para su ejecución.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.							X				X	
	2. Formular mecanismos para hacer seguimiento periódico a los controles de riesgos en la Red.	Informe de Mecanismos para Seguimiento Periódico a Controles de Riesgos, para su ejecución.	Comité de Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo.							X				X	



SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17
Procedimiento de Autorización y Aprobación	1. Solicitar a los sectoristas de Control Interno de la Red, información referente a los procesos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas.	Carta de Autorización.	Sub Comité de Control Interno de la Red.					x							
Segregación de Funciones	1. Gestionar inclusión en el Plan Anual de Capacitación 2016-2017, fortalecimiento de competencias dirigido a todo el personal de la Red, a fin de que las áreas expuestas a riesgos sean cubiertas por personal capacitado, y su ocupación sea rotativa de forma permanente.	Carta de Requerimiento para la autorización de inclusión en el Plan Anual de Capacitación 2016, de actividades de CI.	Área de Capacitación.				x				x				
Evaluación Costo - Beneficio	1. Gestionar la habilitación presupuestal a la Gerencia Central de Finanzas, a fin de garantizar control permanente en las actividades con riesgo potencial.	Carta de Requerimiento de autorización para habilitación presupuestal.	Oficina de Administración.					x				x			
Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos	1. Elaborar procedimientos, los cuales serán validados con Resolución, para la protección de recursos o archivos expuestos a riesgos.	Resolución de Validación de Procedimientos.	Oficina de Administración y Dirección de Red.					x				x			
	2. Implementar recibos, actas, etc., como evidencia del acceso a recursos o archivos expuestos a riesgos.	Formatos.	Área de Archivo Central de la Red.						x				x		
	3. Establecer cronograma de arqueos e inventarios frecuentes de los recursos o archivos asignados.	Cronograma.	Unidad de Finanzas y Área de Archivo Central de la Red.					x					x		
	4. Identificar activos expuestos a riesgos (robo o uso no autorizado).	Informe de Identificación.	Oficina de Administración.						x					x	
	5. Implementar medidas de seguridad para activos expuestos a riesgos (robo o uso no autorizado).	Informe de Medidas para su ejecución.	Oficina de Administración.					x						x	
	6. Implementar sistemas de registros de documentos internos, de tal manera que sean numerados y protegidos.	Sistema de Registros.	Unidad de Informática y Área de Archivo Central de la Red.						x						x
Verificaciones y Conciliaciones	1. Implementar sistemas de verificación del cumplimiento de procesos, actividades y tareas.	Sistema de Verificación.	Unidad de Informática y Oficina de Administración.					x						x	
	2. Realizar comparativos de resultados de las verificaciones con los registros.	Informe de Resultados de Comparativos.	Unidad de Informática y Oficina de Administración.						x						x
Evaluación de Desempeño	1. Formular Indicadores de Desempeño para procesos, actividades y tareas.	Indicadores de Desempeño.	Oficina de Administración y Unidad de Planificación y Calida						x						x
	2. Registrar los resultados de evaluaciones para su análisis y programar actividades para mejora de competencias del personal de la Red.	Resultados de las Evaluaciones, Informe de Análisis y Estrategias para Mejora.	Oficina de Administración y Unidad de Planificación y Calidad.								x				



SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17
Rendición de Cuentas	1. Organizar charlas informativas de la Rendición de Cuentas, a fin de dar a conocer a los servidores de la Red sus responsabilidades con respecto a este tema.	Informe de Capacitación, adjuntando hoja de asistencia.	Asesoría Jurídica y Capacitación.					X				X			
	2. Implementar procedimientos para rendición de cuentas.	Procedimientos.	Asesoría Jurídica.					X				X			
	3. Cronogramar la entrega de declaraciones juradas del personal a la Oficina de Administración de la Red.	Cronograma.	Oficina de Administración					X				X			
Documentación de Procesos, Actividades y Tareas	1. Describir de inicio a fin los procesos, actividades y tareas que se realizan en las Áreas a su cargo; lo que se plasmará en el Manual de Procedimientos para su validación. A cargo de los Jefes de Servicios y Funcionarios.	MAPROs	Jefes Asistenciales y Funcionarios Administrativos.					X				X			
	2. Solicitar a la Sede Central autorización para contratar Consultor Externo para la actualización del MOF de la Red	Carta de autorización de Contratación de Consultoría.	Oficina de Planeamiento y Calidad.					X							
Revisión de Procesos, Actividades y tareas.	1. Monitorear de forma permanente, de inicio a fin los procesos, actividades y tareas que se realizan en las Áreas a su cargo. Los resultados de la revisión serán plasmadas en Cuaderno de Actas. A cargo de Los Jefes de Servicios y Funcionarios.	Informe de Monitoreo.	Jefes de Asistenciales y Funcionarios Administrativos.						X	X	X	X	X	X	X
Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones	1. Realizar el Diagnóstico situacional de las TIC en la Red. A cargo del Jefe de Informática.	Diagnóstico Situacional.	Unidad de Informática.					X				X			
	2. Plantear soluciones a la problemática, a mediano plazo.	Estrategias de Solución.	Unidad de Informática.						X				X		
	3. Formular un Plan Anual de Control de TIC de la Red.	Plan Anual Control TIC	Unidad de Informática.					X				X			





SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17
Funciones y Características de Información	1. Definir niveles para el acceso del personal al sistema de información.	Niveles de acceso.	Unidad de Informática.					x				x			
Información y Responsabilidad	1. Identificar las necesidades de información cada proceso.	Necesidades identificadas.	Unidad de Informática.						x						
	2. Definir procedimientos para garantizar el adecuado suministro de información para cumplimiento de funciones.	Procedimientos definidos.	Unidad de Informática.						x						
Calidad y Suficiencia de la Información	Diseñar, validar e implementar mecanismos para asegurar la oportunidad y calidad de la información para el desarrollo de actividades.	Mecanismos diseñados, validados e implementados.	Unidad de Informática.						x						
Sistemas de Información	1. Elaborar cronograma para la toma de encuestas para recoger opiniones de los trabajadores respecto al sistema de información, registrando reclamos para mejorar.	Cronograma.	Unidad de Informática.					x				x			
Flexibilidad al Cambio	Elaborar un cronograma de verificación de los Sistemas de Información para garantizar su uso adecuado, planteando incluso rediseños.	Cronograma de Verificación.	Unidad de Informática.					x				x			
Archivo Institucional	1. Reiterar la solicitud de la implementación del Área de Gestión de Archivos en la RAAy (NIT 7622 – 2013 - 018).	Carta Reiterativa.	Unidad de Informática.					x							
	2. Elaborar procedimientos para la administración de documentos e información, a fin de preservar y conservar los (archivos electrónicos, magnéticos, físicos).	Procedimientos elaborados.	Unidad de Informática.							x					
Comunicación Interna	1. Difundir documentos de información respecto a la orientación de la comunicación interna.	Acta de recepción.	Unidad de Informática.					x							
	2. Mantener actualizado a la Dirección de Red, sobre el desempeño, desarrollo, riesgos, iniciativas, etc.	Cartas.	Unidad de Informática.						x	x	x	x	x	x	x
	3. Elaborar procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.					x							
Comunicación Externa	1. Elaborar procedimientos para informar hacia el exterior sobre la gestión institucional.	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.					x							
	2. Actualizar el portal de transparencia.	Portal actualizado.	Unidad de Informática.						x						
	3. Elaborar procedimientos para la atención de requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública), previa autorización del Nivel Central.	Procedimientos elaborados.	Asesoría Jurídica.						x						
Canales de Comunicación	1. Implementar políticas que estandarice la comunicación interna y externa (Memorándums, Paneles Informativos, Boletines, Revistas, etc.), a fin de que la información fluya de forma clara, ordenada y oportuna.	Políticas implementadas.	Asesoría Jurídica.						x						



SUB COMPONENTE	ASPECTOS A IMPLEMENTAR	ENTREGABLE	RESPONSABLE	I-15	II-15	III-15	IV-15	I-16	II-16	III-16	IV-16	I-17	II-17	III-17	IV-17	
Actividades de Prevención y Monitoreo	1. Implementar sistemas de supervisión y monitoreo de labores del personal, para evaluar si se efectúan de acuerdo a lo establecido, evidenciándolos.	Sistemas de supervisión y monitoreo, implementados.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.								X	X				
Seguimiento de Resultados	1. Registrar y comunicar las deficiencias detectadas a los responsables para que se tomen las acciones necesarias para su corrección.	Informes.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.										X			
	2. Disponer medidas para desarrollar oportunidades de mejora.	Planes de Mejora.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.										X			
	3. Realizar seguimiento a la implementación de mejoras propuestas a las deficiencias detectadas.	Informes de seguimiento.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.											X	X	X
Compromiso de Mejoramiento	1. Efectuar periódicamente autoevaluaciones que permitan proponer planes de mejora.	Informes de Autoevaluación.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.											X	X	X
	2. Implementar recomendaciones, producto de las autoevaluaciones.	Recomendaciones propuestas.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos.											X	X	X
	3. Implementar recomendaciones de la OCI, como compromisos de mejoramiento continuo.	Informes de Implementación.	Jefes de Servicios y Funcionarios Administrativos. Oficina de Administración (Monitoreo).													X

