



PERÚ

Ministerio del Trabajo y  
Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud  
EsSalud

Red Asistencial Junín



# INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA RED ASISTENCIAL JUNÍN

Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno



Oficina de Planeamiento, Calidad y Control Interno

Julio 2015

Página 0 de 20





### INDICE

Pág.



1. Origen

2. Objetivos

3. Alcance



4. Base legal e instrumental

5. Diagnóstico



6. Fortalezas y debilidades

7. Resumen de los aspectos a implementar

8. Conclusiones

9. Recomendaciones





I. ORIGEN

La Ley N°28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, se dio con el propósito de cautelar y fortalecer su sistema de control interno, administrativo y operativo, con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior.

Teniendo en consideración lo establecido en las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República, por Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, y la "Guía de implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría N° 458-2009-CG, que orienta la efectiva implantación, funcionamiento y evaluación del Control Interno en las entidades del Estado, con el objetivo de propiciar el fortalecimiento de los sistemas de control interno y la mejora de la Gestión Pública, en relación con el patrimonio público y el logro de los objetivos y metas de las entidades comprendidas en el ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control.

La Gerencia de la Red Asistencial Junín del Seguro Social de Salud (ESSALUD), mediante Resolución de Gerencia de Red Asistencial Junín N° 034-GRAJ-ESSALUD-2015, actualiza la designación del Subcomité de implementación de Control Interno de la Red Asistencial Junín, quien da inicio a poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su eficaz mejoramiento a través de la mejora continua.

El proyecto de Informe fue elaborado por los integrantes del Comité con la asesoría de la Oficina de Gestión y Desarrollo y la Oficina de Planeamiento, Calidad y Control Interno.





## II. OBJETIVOS

1. Presentar el estado situacional actual del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Junín con respecto a la aplicación de las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República, y recomendar las acciones que permitan fortalecer y/o implementar el Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Junín.
2. Determinar los lineamientos a considerar por el Subcomité de Control Interno de la Red Asistencial Junín, responsable de dirigir el proceso de fortalecimiento del Sistema de Control Interno, para la formulación y ejecución del diagnóstico situacional correspondiente a la etapa de planificación en todos los componentes siguientes:
  - Ambiente de Control
  - Evaluación de Riesgos
  - Actividades de Control Gerencial
  - Información y Comunicación
  - Supervisión





### III. ALCANCE

El diagnóstico del Sistema de Control Interno se ha realizado en los órganos administrativos de la Gerencia de la Red Asistencial Junín. Se aplicó la "Lista de Verificación" por todos los establecimientos seleccionados, información recopilada hasta el 30 de junio del 2015.





#### IV. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
4. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
5. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
6. Decreto Supremo N° 016-20012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
7. Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
8. Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado".
9. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
10. Internal Control – Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission "COSO", 1990.
11. Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público, INTOSAI, 1994.
12. Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado, emitido por COSO en setiembre 2004.
13. Resolución de Gerencia de la Red Asistencial Junín N° 034-GRAJ-ESSALUD-2015, que constituye el Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Junín.





V. DIAGNÓSTICO

A continuación se presentan las principales fortalezas y debilidades relativas a los componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno, las mismas que han sido elaboradas analizando los resultados obtenidos en el instrumento aplicado: "Lista de Verificación" y normativa institucional, cuyo resultado se muestra en el Cuadro N° 01: "Tabla general de resultados por componentes y subcomponentes de la Red Asistencial Junín".

Los componentes del Sistema de Control Interno a ser utilizados en el presente diagnóstico están son los siguientes:

- a) Ambiente de Control
- b) Evaluación de Riesgos
- c) Actividades de Control Gerencial
- d) Información y Comunicación
- e) Supervisión

La Metodología para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Junín, se basó principalmente en las siguientes actividades:

- a) Programa de Trabajo (junio del 2015)
- b) Recopilación, estudio y análisis de la normativa interna vinculada con el Control Interno (organigrama, manuales, directivas, políticas y normas legales).
- c) Aplicación de "Lista de Verificación" a los establecimientos que conforman la Red Asistencial Junín

Puntaje de evaluación para identificar el nivel de implantación

Valor	Descripción
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Rango

Rango	Descripción
( 0.00 – 1.90 )	INSUFICIENCIA CRÍTICA
( 2.00 – 2.90 )	INSUFICIENTE
( 3.00 – 3.90 )	ADECUADO
( 4.00 – 5.00 )	SATISFACTORIO



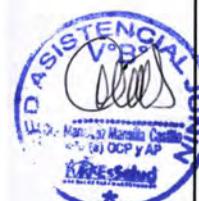


CUADRO N° 01

TABLA GENERAL DE RESULTADOS POR COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES DE LA RED ASISTENCIAL JUNÍN

I. AMBIENTE DE CONTROL

SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN	
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	Filosofía de la Dirección				4.57	SATISFACTORIO
		1	La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del Control Interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.	5.00			
		2	La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.	5.00			
		3	La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.	5.00			
		4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas.	4.00			
		5	La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control.	4.00			
		6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del Órgano de Control Institucional.	5.00			
		Integridad y Valores Éticos				4.40	SATISFACTORIO
		7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado y difundido mediante talleres o reuniones.	4.00			
		8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	5.00			
		9	Se comunican debidamente, dentro de la entidad, las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.	4.00			
		10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	5.00			
		11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	4.00			
		Administración Estratégica				3.33	ADECUADO
		12	La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.	3.00			
		13	La Dirección asegura que todas las áreas y departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su Plan Operativo Institucional.	4.00			
		14	Los Planes Estratégicos, Operativos y de Contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados.	3.00			
15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su Plan Operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.	3.00					
16	La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios.	4.00					
17	Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados.	3.00					





SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN	
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	Estructura Organizacional					
		18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.			INSUFICIENTE	
		19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas.				
		20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.	4.00			
		21	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).	3.00			
		22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad.	3.00			
		23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (flujogramas).	3.00			
		Administración de los Recursos Humanos					
		24	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal.	3.00		INSUFICIENTE	
		25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa relacionados con el puesto al que ingresa y los principios éticos que su cargo conlleva.				
		26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.				
		27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo.	3.00			
		28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.	3.00			
		Competencia Profesional					
		29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del personal).			3.00	ADECUADO
		30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo.	3.00			
		31	El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del Control Interno.	4.00			
		Asignación de Autoridad y Responsabilidad					
		32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.			1.67	INSUFICIENCIA CRITICA
		33	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.				
		34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden.	3.00			
		Órgano de Control Institucional					
		35	Los Órganos de Control Institucional evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo.			3.00	INSUFICIENTE
		36	Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del Órgano de Control Institucional.	3.00			
		37	El Órgano de Control Institucional evalúa periódicamente el Sistema de Control Interno de la entidad.	3.00			





II. EVALUACIÓN DE RIESGOS

SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN	
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	EVALUACIÓN DE RIESGOS	Planeamiento de la Administración de Riesgos					
		38	Se ha desarrollado un plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.		1.75	INSUFICIENCIA CRÍTICA	
		39	La Dirección (Directorio, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos.				
		40	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.				
		41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos.				
		Identificación de Riesgos					
		42	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.		1.25	INSUFICIENCIA CRÍTICA	
		43	Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.				
		44	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.				
		45	En la identificación de riesgos, se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).				
Valoración de Riesgos							
46	En el desarrollo de sus actividades, se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).			INSUFICIENTE			
47	En el desarrollo de sus actividades, se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados.						
48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.						
Respuesta al Riesgo							
49	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.			INSUFICIENTE			
50	Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos.						





III. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN
			<b>Procedimiento de Autorización y Aprobación</b>			
		51	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades.	3.00	3.00	ADECUADO
		52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.	3.00		
			<b>Segregación de Funciones</b>			
		53	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.	3.00	3.00	ADECUADO
		54	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude.	3.00		
			<b>Evaluación Costo - Beneficio</b>			
		55	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios)	3.00	3.00	ADECUADO
		56	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener	3.00		
			<b>Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos</b>			
		57	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos.	2.00	2.00	INSUFICIENTE
		58	El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas, entre otros.	2.00		
		59	Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (arqueos, inventarios u otros).	2.00		
		60	Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.	3.00		
		61	Los documentos internos que generan y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos.	3.00		
			<b>Verificaciones y Conciliaciones</b>			
		62	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.	2.00	2.00	INSUFICIENTE
		63	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes.	2.00		
			<b>Evaluación de Desempeño</b>			
		64	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas.	2.00	2.00	INSUFICIENTE
		65	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales y disposiciones normativas vigentes.	2.00		





PERÚ

Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud

Red Asistencial Junín

SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN
			<b>Rendición de Cuentas</b>			
		66	La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas.			INSUFICIENTE
		67	La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal.	3.00		
		68	Conoce sus responsabilidades con respecto a las rendiciones de cuenta.	3.00		
			<b>Documentación de Procesos, Actividades y Tareas</b>			
		69	El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos.	4.00	3.50	ADECUADO
		70	Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidas, establecidas y documentadas, al igual que sus modificaciones.	3.00		
			<b>Revisión de Procesos, Actividades y tareas</b>			
		71	Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.	3.00	3.00	ADECUADO
		72	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias	3.00		
			<b>Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones</b>			
		73	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información.	3.00	3.17	ADECUADO
		74	Es restringido el acceso a la sala de cómputo, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup).	4.00		
		75	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.	3.00		
		76	La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático.	3.00		
		77	El área de informática cuenta con un Plan de Contingencias.	3.00		
		78	Se han definido los controles de acceso general (seguridad física y lógica de los equipos centrales).	4.00		
		79	Se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.	4.00		
		80	Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso.	3.00		
		81	La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación.	3.00		
		82	Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo, así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas.	3.00		
		83	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones.	3.00		
		84	La entidad ha establecido controles para la adquisición de paquetes de software.	3.00		

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL





## IV. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN
			Funciones y Características de la Información			
		85	La información gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones.	4.00	4.00	SATISFACTORIO
		86	Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información.	4.00		
			Información y Responsabilidad			
		87	Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas.	4.00	4.00	SATISFACTORIO
		88	Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.	4.00		
			Calidad y Suficiencia de la Información			
		89	La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades.	4.00	3.50	ADECUADO
		90	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.	3.00		
			Sistemas de Información			
		91	La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades.	3.00	3.00	ADECUADO
		92	Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras.	3.00		
			Flexibilidad al Cambio			
		93	Se revisan periódicamente los sistemas de información y, de ser necesario, se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento.	2.00	2.00	INSUFICIENTE
			Archivo Institucional			
		94	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad.	3.00	3.00	INSUFICIENTE
		95	La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónico, magnéticos y físicos).	3.00		
		96	Los ambientes utilizados por el archivo institucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado.	3.00		
			Comunicación Interna			
		97	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna.	3.00	3.00	ADECUADO
		98	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otros eventos resultantes.	3.00		
		99	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.	3.00		





SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN	
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Comunicación Externa					
		100	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.	3.00	3.00	ADECUADO	
		101	El Portal de Transparencia de la entidad se encuentra actualizado.	3.00			
		102	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	3.00			
		Canales de Comunicación					
		103	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: Memorando, paneles informativos, boletines o revistas.	3.00	3.00	ADECUADO	
		104	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.	3.00			

V. SUPERVISIÓN

SUBSISTEMA	COMPONENTE	N°	SUBCOMPONENTE	CALIFICACIÓN	PROMEDIO	INTERPRETACIÓN	
SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN	SUPERVISIÓN	Actividades de Prevención y Monitoreo					
		105	En el desarrollo de sus labores, se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencia de ello.	2.00	2.00	INSUFICIENTE	
		106	Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos (monitoreo).	2.00			
		Seguimiento de Resultados					
		107	Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección.	3.00	3.00	ADECUADO	
		108	Cuando se descubre oportunidades de mejora se disponen medidas para desarrollarlas.	3.00			
		109	Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control Institucional.	3.00			
		Compromiso de Mejoramiento					
		110	La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente.	3.00	3.00	ADECUADO	
		111	Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas.	3.00			
112	Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de Control Institucional, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento.	3.00					





PERÚ

Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud

Red Asistencial Junín

VI. IDENTIFICACIÓN DE DEBILIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
AMBIENTE DE CONTROL	Filosofía de la Dirección	No se han difundido ni sociabilizado en su totalidad la importancia de la Implementación del Control Interno.	El Gerente de la Red Asistencial Junín muestra apoyo permanente a la Implementación del Control Interno promoviendo la transparencia en la institución.	Realizar capacitación sobre el Sistema de Control Interno
	Integridad y Valores Éticos	Falta completar difusión de valores institucionales a nivel de centros asistenciales periféricos.	Difusión del Código de Ética en varios niveles de la organización de la Red Asistencial.	Difusión amplia de valores institucionales y Código de Ética en todos los centros asistenciales.
	Administración Estratégica	Existencia de algunos colaboradores que desconocen o no tienen con claridad los conceptos de misión, visión y los objetivos institucionales	Se cuenta con el Plan Operativo Institucional para el 2015, el mismo que se encuentra alineado con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.	Difusión de los instrumentos de gestión: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo de la Red Asistencial
	Estructura Organizacional	Aún no se ha iniciado la implementación para la Gestión por Procesos en la Red Asistencial Junín	ROF y MOF de la Red Asistencial Junín vigentes.	Implementar gestión por procesos, formular propuesta de reorganización de la Red.
	Administración de los Recursos Humanos	El actual Cuadro de Asignación de Personal (CAP) se encuentra desactualizado. Insuficiente cantidad de personal a nivel de centros asistenciales.	Se cuenta con procedimientos documentales para reclutamiento y contratación de personal.	Revisión y actualización del CAP. Sinceramiento de la brecha oferta demanda de personal.
	Competencia Profesional	Falta metodología para buscar fortalecer las competencias profesionales de cada área, no se evalúa el desempeño del personal	Se cuenta con Manual de Organización y Funciones en la Red Asistencial Junín	Implementar herramientas para la evaluación del desempeño de los trabajadores en las diversas áreas.
	Asignación de Autoridad y Responsabilidad	Manual de Perfiles Básicos de los Cargos esta desactualizado.	Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de Cargos, los niveles de competencia por cada puesto de trabajo.	Actualizar perfiles básicos y considerar en la reorganización de la Red.
	Órgano de Control Institucional	Algunas unidades orgánicas y centros asistenciales no desarrollan acciones de implementación de medidas de control.	Subcomité de implementación de control Interno de la RED, involucrado y empoderado en las acciones a realizar.	Elaboración de cuadro de seguimiento de las recomendaciones emitidas por OCI.
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Planeamiento de la Administración de Riesgos	En algunas unidades orgánicas de la Red Asistencial de la Red no cuenta documentadamente ni formalmente aspectos de Prevención de Riesgos	Ceprit ha iniciado acciones para la administración de riesgos	Se requiere establecer de manera objetiva, con base a estadísticas, la probabilidad de ocurrencia, factores y consecuencias de determinados eventos.
	Identificación de Riesgos	No se han identificados a nivel de unidades orgánicas los riesgos significativos por cada objetivo, tanto estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento	Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.	Conformar un equipo implementador que deberá está integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.
	Valoración de Riesgos	No se ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que se presenten riesgos (probabilidad de ocurrencia) ni el efecto que pueda causar (impacto)	Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.	Determinar y aplicar formatos y procedimientos para valorar los riesgos identificados que determine (probabilidad de ocurrencia) e (impacto).
	Respuesta al Riesgo	No se han establecidos las acciones necesarias (controles) en las unidades orgánicas para afrontar los riesgos evaluados	Existe metodología para la identificación, valoración y respuesta del Riesgo que puede ser utilizada para aplicarla en nuestra Red.	Establecer controles para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender costo-beneficio de los mismos





COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	Procedimiento de Autorización y Aprobación	A pesar de contar con esta herramienta informática, (SIAD) no es aprovechada en su totalidad por todo el personal de la Red Asistencial	Se cuenta con un Sistema de Trámite Documentario (SIAD) mediante el cual las tareas y/o actividades son formalmente comunicadas a los funcionarios, además se establecen los días de la atención de estas.	Con la aplicación de la nueva estructura organizativa del órgano desconcentrado en la Red Asistencial se hará entrega del documento de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas a través de sus jefaturas solicitando el cargo de recepción.
	Segregación de Funciones	Incertidumbre sobre la separación de funciones de la Red y HNRPP en la futura reorganización	En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Organización y Funciones (MOF) están delimitadas las atribuciones, funciones, tareas de las labores que realizan los trabajadores de acuerdo a su unidad orgánica	Considerar en forma adecuada la separación de funciones de la Red y el HNRPP en la propuesta de reorganización
	Evaluación Costo - Beneficio	No se cuenta con política formal y procedimientos de revisión de los controles existentes, ni de Evaluación de costo beneficio	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Establecer lineamientos documentados para la realización de análisis de Evaluación de Costo-Beneficio
	Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos	Áreas de almacenamiento de archivos no son los más adecuados para un efectivo control de la documentación debido a los espacios reducidos.	Se cuenta con normatividad para el manejo de recursos y archivo	Establecer controles para resguardar los accesos de la información de la Red Asistencial Ancash así como entrada, salida y mantenimiento de los recursos y archivos
	Verificaciones y Conciliaciones	No se ha sistematizado las verificaciones y conciliaciones	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Elaborar procedimientos de Seguimiento y Control de Contratos
	Evaluación de Desempeño	Existe debilidad en la formulación de la evaluación de desempeño, toda vez que no ha sido concebida como un proceso.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Definir adecuadamente el proceso de evaluación por desempeño
	Rendición de Cuentas	En algunas ocasiones la información financiera y presupuestal no está debidamente actualizada	Se cuenta con lineamientos de rendición de cuentas realizados por el personal y que parten de los procedimientos establecidos	Es necesario priorizar el tema de Rendición de Cuentas a todo el personal
	Documentación de Procesos, Actividades y Tareas	No se cuenta con un Mapa General de Procesos y procesos operativos con los sub procesos asociados.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Implementar en la Red Asistencial Junín; la Gestión por Procesos en todas las unidades Orgánica
	Revisión de Procesos, Actividades y tareas	No se cuenta con un Mapa General de Procesos y procesos operativos con los sub procesos asociados.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Implementar en la Red Asistencial Junín; la Gestión por Procesos en todas las unidades Orgánica
	Controles para la Tecnologías de Información y Comunicaciones	Inadecuada planificación previa sobre las necesidades de automatización de las áreas.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Mejora de la planificación previa sobre las necesidades de automatización de las áreas.





PERÚ

Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud

Red Asistencial Junín



COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Funciones y Características de la Información	En algunos casos la información requerida por la Gerencia no siempre es atendida por parte de las áreas con la oportunidad y la rapidez que se requiere.	Los accesos de a información cuenta con niveles establecidos, a acordes con la función del personal.	Es necesario reforzar con capacitación intensa el manejo del sistema de información con que se cuenta para incentivar su uso eficaz.
	Información y Responsabilidad	Insuficiente comunicación entre las unidades orgánicas de la Red	Los accesos de a información cuenta con niveles establecidos, a acordes con la función del personal.	Es necesario mejorar la comunicación entre áreas para lograr resultados como equipo
	Calidad y Suficiencia de la Información	Falta de asignación de responsabilidades en algunos de los procedimientos.	Las unidades orgánicas reconocen la información que maneja la institución como útil, oportuna sobre todo las utilizadas en áreas asistenciales y administrativas.	Se requiere implementar mecanismos que aseguren la calidad de la información
	Sistemas de Información	Muchos establecimientos cuenta con sistemas de información desfasados, tanto en hardware como software	Se cuenta con normativa para regular los controles de claves de acceso, políticas de acceso a Internet, a correo electrónico, cuentas de usuario en la red informática, uso de estaciones de trabajo.	Realizar un plan de reposición de equipos informáticos
	Flexibilidad al Cambio	No se cuenta con políticas y procedimientos para la revisión periódica, actualización, capacitación y difusión de los sistemas de información implementados	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Es necesaria una actualización constante de los procesos de los sistemas de información con su respectiva documentación
	Archivo Institucional	En algunos centros asistencial no se cuenta con personal suficiente para manejo de archivo institucional, incluyendo historias clínicas.	En los establecimientos de la Red Asistencial Junín se cuenta con un área encargada de administrar la documentación e información generada	Realizar las gestiones necesarias a fin de fortalecer recursos humanos para archivo documentario.
	Comunicación Interna	Probable filtración de información confidencial hacia las unidades orgánicas de la institución que no sea de su competencia.	La Institución cuenta con un Sistema de Tramite (Manual del Usuario del Sistema de Tramite Documentario SIAD-	Incluir en el Mapa de Procesos o identificar las líneas y flujos de comunicación interna para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos
	Comunicación Externa	Probable filtración de información confidencial hacia fuera de la institución.	Se cuenta con procedimientos que garantizan el acceso y requerimiento de la información pública.	Incluir en el Mapa de Procesos o identificar las líneas y flujos de comunicación externa para cada proceso y procedimiento con sus controles respectivos
Canales de Comunicación	La comunicación y coordinación existente entre las unidades de la entidad no fluye de manera clara, ordenada dificultando una atención oportuna de los requerimientos.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Estandarizar algunos documentos que tenga frecuencia en su presentación, indicando plazos fechas, N° de copias, a quien van dirigidas, respetando los niveles de coordinación y supervisión.	



COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	DEBILIDADES	FORTALEZAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
SUPERVISIÓN	Actividades de Prevención y Monitoreo	Las unidades reconocen que no cuentan con procedimientos para ordenar las recomendaciones y su implementación de forma que se pueda monitorear.	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.
	Seguimiento de Resultados	Deficiencias en la comunicación de problemas detectados no se registran y no se comunican oportuna y adecuadamente a los responsables	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Elaborar un procedimiento que regule el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones.
	Compromiso de Mejoramiento	No existe participación activa en la identificación y evaluación del personal	Se cuenta con elementos y personal para implementar este aspecto.	Elaborar un procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas de los órganos de control.



VII. CONCLUSIONES

- 1. Los cinco componentes que conforman el Sistema de Control Interno alcanzan el grado de implementación y/o desarrollo que se muestra en la siguiente tabla:

COMPONENTE	VALOR	GRADO DE DESARROLLO
AMBIENTE DE CONTROL	3.04	ADECUADO
EVALUACIÓN DE RIESGOS	1.75	INSUFICIENCIA CRITICA
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	2.77	INSUFICIENTE
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3.12	ADECUADO
SUPERVISIÓN	2.66	INSUFICIENTE
<b>RED ASISTENCIAL JUNIN</b>	<b>2.63</b>	<b>INSUFICIENTE</b>

- 2. Los situación de los cinco componentes fue la siguiente:

- 2.1.El componente **Ambiente de Control (3.04)** presenta un nivel **ADECUADO**, debido a los subcomponentes de administración estratégica, administración de recursos humanos, asignación de funciones y responsabilidad, y Órgano de Control Institucional; sin embargo, en filosofía de la dirección, integridad y valores éticos, estructura organizacional y competencia profesional, presenta un nivel **ADECUADO**.
- 2.2.El componente **Evaluación de Riesgos (1.75)** presenta un nivel **INSUFICIENCIA CRÍTICA**, debido a que no maneja una Política de Administración de Riesgo que le permita identificar oportunidades para un mejor control de sus objetivos y procesos.
- 2.3.El componente **Actividades de Control Gerencial (2.77)** presenta un Nivel de **INSUFICIENTE**, porque falta desarrollar aspectos como controles a los accesos a los recursos o archivos, evaluación de desempeño y rendición de cuentas.
- 2.4.El componente **Información y Comunicación (3.12)** presenta un nivel **ADECUADO**, debiendo mejorar los métodos, procesos, canales y acciones con enfoque sistémico que permitan regular y aseguren un flujo de información adecuada para la toma de decisiones.
- 2.5.El componente **Supervisión (2.66)** presenta un nivel de **ADECUADO**, debiendo mejorarse las actividades de prevención y monitoreo.





**VIII. RECOMENDACIONES**

1. Sobre la base del resultado del diagnóstico realizado, se ha elaborara un Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Junín de ESSALUD,
2. Programar charlas de sensibilización y capacitación dirigido a los trabajadores de la Red Asistencial Junín sobre Control Interno, Gestión por Procesos y Herramientas de Mejora.
3. Fortalecer el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Junín, ya que la utilización eficiente de sus herramientas permitirá un mejor control y retroalimentación con cada uno de los procesos, sobre todo aquellos que están interactuando con el asegurado.
4. Implementar un Sistema de Control Interno bajo un enfoque integral de gestión por procesos, por lo que se sugiere solicitar al órgano central competente, brinde las pautas a seguir en la etapa de redefinición de competencias e instrumentos de gestión.

