EsSalud

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD

DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

TRUJIILLO – PERU

2015

INDICE

I. ORIGEN

II. OBJETIVOS

III. ALCANCE

IV. BASE LEGAL

V. METODOLOGIA

VI. ANALISIS FORTALEZAS Y DEBILIDADES. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

I. ORIGEN

En el país se promulgó la Ley No. 28716, denominada Ley de Control Interno de las entidades del Estado, una iniciativa de la Controlaría General de la República, órgano rector del Sistema Nacional de Control, con el propósito de fortalecer y cautelar el sistema de control interno, administrativo y operativo en los diferentes niveles de responsabilidad.

Posteriormente la Controlaría General de la República emite la Resolución No. 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno y mediante la Resolución No. 320-2006-CG, aprueba la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado.

En EsSalud, se expidió la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 376-PE-EsSalud-2013 que dio inicio al proceso de implementación del Sistema de Control Interno en la Sed Central y en las Redes Asistenciales

En la Red Asistencial La Libertad, mediante Resolución de Gerencia No. G-RALL-EsSalud-2015 se conformó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, habiéndose suscrito acta de compromiso de los miembros de éste, se bosquejó un plan que dio inicio a las actividades

El diagnóstico que se presenta fue aprobado por los miembros del Sub Comité en sesión.

II. OBJETIVOS

II. 1 General:

Demostrar el desarrollo del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad, con la finalidad de optimizar la gestión para mejorar las prestaciones a la población adscrita

II. 2 Específicos:

1. Determinar el desarrollo del componente Ambiente de Control del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad
2. Determinar el desarrollo del componente Evaluación de Riesgos del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad
3. Determinar el desarrollo del componente Actividades de Control Gerencial del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad

4. Determinar el desarrollo del componente Información y Comunicación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad
5. Determinar el desarrollo del componente Supervisión del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial La Libertad

III. ALCANCE

El diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial está basado en la selección mediante muestreo de las siguientes unidades prestadoras según nivel de responsabilidad y complejidad: Gerencia, Hospital de Alta Complejidad de reciente funcionamiento, Hospital Especializado Víctor Lazarte Echegaray, Hospital II Chocope, Hospital I Albrecht, UBAP Metropolitano, CM Huanchaco.

IV. BASE LEGAL

1. Constitución Política del Perú 1993.
2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
3. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
4. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.2002
5. Ley N°28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.2006.
6. Decreto de Urgencia N°067-2009, que modifica el Artículo 10 de la Ley N°28716.
7. Ley N° 29743, Ley que modifica el Artículo 10 de la Ley N° 28716.2011
8. Decreto Supremo N° 016-2012-TR, que declara en Reorganización el Seguro Social de Salud (ESSALUD), y modificatoria.
9. Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
10. 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".
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N°012-PE-ESSALUD-2007, que aprueba Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguros Social de Salud (EESALUD).
12. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 531-PE-ESSALUD-2014, que modifica la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

13. Resolución de Gerencia N°461-G-RALL-EsSalud-2015, que modifica la conformación del Sub comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial La Libertad
14. Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno en los Órganos Desconcentrados ESSALUD

V. METODOLOGIA

La metodología consistió en la aplicación del Instructivo Fase de Planificación del Sistema de Control Interno de los Órganos Desconcentrados

Se solicitó la autoevaluación de la aplicaron las listas de verificación a las siguientes unidades prestadoras: Hospital de Alta Complejidad, Hospital Especializado Víctor Lazarte Echegaray, Hospital II Chocope, Hospital I Florencia de Mora, Hospital I Albrecht, Pol El Porvenir, CM Metropolitano, CM Huanchaco y PM Cartavio, PM Chicama.

Se establecieron los niveles de madurez de cada uno de los ítems de las listas de verificación de los sub componentes.

Se realizó la valoración de la lista de verificación, en caso no se haya descrito en la evidencia, se le asignó 1 y en el caso que alguna valoración no se haya sustentada los miembros de subcomité determinaron el valor.

VI RESULTADOS

RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR COMPONENTES, RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, 2015

COMPONENTE		SUBCOMPONENTE	CALIFICATIVO	INTERPRETACION
1. AMBIENTE DE CONTROL	1	Filosofía de la Dirección	2.92	Insuficiente
	2	Integridad y Valores Éticos	2.87	Insuficiente
	3	Administración Estratégica	2.36	Insuficiente
	4	Estructura Organizacional	2.14	Insuficiente
	5	Administración de los Recursos Humanos	2.10	Insuficiente
	6	Competencia Profesional	1.89	Insuficiencia crítica
	7	Asignación de Autoridad y Responsabilidad	1.89	Insuficiencia crítica
	8	Órgano de Control Institucional	1.28	Insuficiencia crítica
2. EVALUACION DE RIESGO	1	Planeamiento de la Administración de Riesgos	1.00	Insuficiencia crítica
	2	Identificación de Riesgos	1.29	Insuficiencia crítica
	3	Valoración de Riesgos	1.28	Insuficiencia crítica
	4	Respuesta al Riesgo	1.50	Insuficiencia crítica
3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	1	Procedimiento de Autorización y Aprobación	2.00	Insuficiente
	2	Segregación de Funciones	1.83	Insuficiencia crítica
	3	Evaluación Costo - Beneficio	1.75	Insuficiencia crítica
	4	Controles sobre el Acceso a los Recursos o Ar	2.40	Insuficiente
	5	Verificaciones y Conciliaciones	2.67	Insuficiente
	6	Evaluación de Desempeño	2.67	Insuficiente
	7	Rendición de Cuentas	3.78	Adecuado
	8	Documentación de Procesos, Actividades y Ta	2.58	Insuficiente
	9	Revisión de Procesos, Actividades y tareas	1.92	Insuficiencia crítica
	10	Controles para la Tecnologías de Información y	2.99	Insuficiente
4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN	1	Funciones y Características de la Información	2.75	Insuficiente
	2	Información y Responsabilidad	2.67	Insuficiente
	3	Calidad y Suficiencia de la Información	2.25	Insuficiente
	4	Sistemas de Información	1.83	Insuficiencia crítica
	5	Flexibilidad al Cambio	1.83	Insuficiencia crítica
	6	Archivo Institucional	1.94	Insuficiencia crítica
	7	Comunicación Interna	2.17	Insuficiente
	8	Comunicación Externa	2.44	Insuficiente
	9	Canales de Comunicación	1.50	Insuficiencia crítica
5. SUPERVISION	1	Actividades de Prevención y Monitoreo	1.67	Insuficiencia crítica
	2	Seguimiento de Resultados	2.89	Insuficiente
	3	Compromiso de Mejoramiento	1.72	Insuficiencia crítica

VII ANALISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1. AMBIENTE DE CONTROL

1.1. Filosofía de la dirección

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Gerencia de la Red Asistencial está comprometida y apoya en la Implementación del Sistema de Control Interno	Insuficiente conocimiento de jefes de oficina, unidades y l personal sobre la implementación del control interno	Reforzar capacitación en Control Interno a los funcionarios y personal de la Red Asistencial
Funcionamiento del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red	Insuficiente capacitación de los integrantes del Sub Comité en Control Interno	Capacitación en Control Interno a los integrantes del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial

1.2. Integridad y valores éticos

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Compromiso al establecimiento de una cultura organizacional basada en valores éticos y lucha contra la corrupción	Insuficiente difusión y desconocimiento de las normas contenidas en la ley del Código de ética de la Función Pública	Capacitación a través de talleres sobre valores éticos y el Código de Ética de la Función Pública y del Código de Ética del personal del Seguro Social de Salud -EsSalud

1.3. Adminstracion estrategica

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, el cual define misión, visión, objetivos estratégicos, etc	Insuficiente difusión del plan estratégico, plan operativo, el personal realiza sus actividades sin conocer la misión y visión institucional	Plan de comunicación e información sobre el Plan Estratégico y Plan Operativo, Gerenciales y en los establecimientos de salud para incrememtar la contribución del personal
La Red Asistencial elaboró el Plan Operativo (POI), en acorde con el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.	Las actividades se realizan con insuficiente conocimiento de los logros que se quieren alcanzar	Elaboración y ejecución de Plan integral a nivel de la Gerencia y de los establecimientos de salud para incrememtar la contribución del personal: Plan comunicacional de los planes

1.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red tiene una Estructura organizacional en el Reglamento de Organización y Funciones. (ROF)	Reorganización Institucional en EsSalud inoportuna, ante el cambio de responsables de gobierno y estado en julio 2016	Preparación y presentación del ROF, MOF de la Red, mediante trabajo en equipo
La Red tiene Manual de Organización y Funciones y CAP aprobado	MOF elaborado mediante una planificación normativa, no estratégica. El CAP es inadecuado para el funcionamiento de la Red	Elaboración del MOF de la Red en forma estratégica
En la institución se tiene Lineamientos para la Gestión por Procesos	Incipiente implementación de la gestión por procesos	Implementación de gestión por procesos y por resultados con indicadores epidemiológicos

1.5. Admisntracion de recursos humanos

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Entidad cuenta con procedimientos establecidos, aprobados y difundidos respecto a la contratación de personal, promoción, desplazamiento interno, entre otros.	Desactualización de la norma Calificación de los Cargos, Manual de Perfiles, Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	Solicitar a la Gerencia Central de Gestión de las personas, actualice normativa de Calificación de Cargos, Perfiles de Cargos y puestos de trabajo y el Cuadro de Asignación de Personal.
La Red cumple con la norma de inducción del personal el Reglamento Interno de trabajo, los principios de la Seguridad Social y actividades a desempeñar.	Insuficiente adaptación del Plan de Capacitación a las competencias que se requiere del personal de nuevo ingreso, por el muy breve tiempo que se dedica a este proceso	Elaboración y ejecución de plan de inducción según competencias del personal de nuevo ingreso con evaluación 3, 6 y 12 meses
La Red tiene Plan de Capacitación aprobado y difundido	Escasa evaluación del plan	Evaluación del plan de capacitación mediante trabajos cuasi experimentales
La Red implementa un Plan de Bienestar de personal	Insuficiente consenso con las oficinas en la elaboración del plan e insuficiente difusión del plan	Elaboración consensuada del plan de bienestar con jefaturas en diferentes niveles, difusión mediante un plan de comunicación y evaluación trimestral, semestral y anual

VII ANALISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, ASPECTOS A IMPLEMENTAR

1.6. Competencias Profesionales

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red tiene Perfiles Básicos de los Cargos	Norma de Perfiles Básicos de los Cargos no responde a la estructura organizacional, está desactualizado	Gestionar a la Sede Central (Gerencia Central de Gestión de las personas), la actualización del marco normativo relacionado con el Manual de Perfiles Básicos de los Cargos.
El personal de nuevo ingreso a la Red, se realiza previo proceso de selección	Inadecuada normatividad sobre la evaluación del desempeño de los trabajadores	Gestionar a la Sese Central (Gerencia Central de Gestión de las personas), norme evaluación del desempeño

1.7. Asignacion de autoridad y responsabilidad.

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red cuenta ROF y MOF; donde se establecen las funciones, líneas de autoridad	Insuficiente avance en la reorganización institucional que dificulta actualizar los ROF y Mof de las Gerencias desconcentradas	Proponer ROF Y MOF de la red Capacitación de funcionarios en autoridad y poder

1.8.Organo de control institucioinal

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
El Gerente brinda facilidades para la implementación del sub comité de control interno	insuficiente tiempo para realizar funciones	Gestionar que se sstablezca control interno en estructura organizacional de las redes

2. EVALUACION DE RIESGOS

2.1. Planeamiento de gestion de riesgos

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Aporte de Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Red en la identificación y valoración de los riesgos	Insuficiente asignación de horas a los miembros de los comités de los establecimientos por insuficiente personal en éstos	Gestionar que se sstablezca salud ocupacional y seguridad en el trabajo en estructura organizacional de las redes Asignación de horas a miembros de comité para el cumplimiento de sus funciones
La Oficina de Gestión de la Calidad de la Red desarrolla la identificación de eventos adversos en los pacientes	Insuficiente vigilancia de los eventos adversos	Elaboración, ejecución y evaluación de un plan de vigilancia de eventos adversos
La Oficina de Aseguramiento cuenta con una metodología aprobada para la gestión de riesgos, en base a la Resolución de Gerencia Central NM6-GCAS-ESSALUD-2014.	Inadecuada capacitación en gestion de riesgos en la organización de los funcionarios y personal en general	Capacitación urgente en gestión de riesgos en la organización con evaluación 3, 6 y 12 meses

2.2. Identificacion de los riesgos

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con identificación de riesgos ocupacionales y en los pacientes	Identificación de riesgos ocupacionales y para los pacientes en forma inadecuada y parcial en los establecimientos de salud	Elaboración, ejecución y evaluación de un Plan de Capacitación acorde a normas internacionales
	Incipiente capacitación en gestión de riesgos por parte de funcionarios y personal en general lo que hace muy reactiva las acciones de los directivos	

2.3. Valoracion de Riesgo

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
En algunos establecimientos se valoran los riesgos ocupacionales y dirigidos a los pacientes	Insuficiente normatividad sobre valoración de riesgos y cultura inadecuada sobre este tema	Gestionar apoyo de la sede central para capacitar en valoración de riesgos en la administración y en lo asistencial

2.4. Respuesta al Riesgo

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Algunos servicios realizan mitigación de riesgos, sobre eventos adversos naturales	Institución tiene incipiente normatividad sobre respuesta al riesgo	Gestionar a la sede central la norma sobre gestión de riesgos Elaboración, ejecución y evaluación de un Plan de Capacitación acorde a normas internacionales

VII ANALISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, ASPECTOS A IMPLEMENTAR

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1. Procedimiento de autorización y aprobación

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red cuenta con Reglamento de Organización y Funciones y Manual de Organización y Funciones	Insuficiente control del cumplimiento de las funciones e insuficiente monitoreo del cumplimiento de las actividades.	Capacitación en monitoreo a los directivos, jefaturas y persona asistencial y administrativo

3.2. Segregación de funciones

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Organización y Funciones (MOF)	Insuficiente norma sobre rotación periódica del personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos y que realizan tareas o funciones afines.	Gestionar normatividad sobre rotaciones de personal que ocupan puestos susceptibles a riesgos

3.3. Evaluacion de costo-beneficio

FROTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Institución cuenta con la Directica N°001-GG-ESSALUD-2007 "Directiva de Austeridad y Racionalidad en el Gasto	Insuficiente aplicación de norma e insuficientes estudios de costo beneficio	Capacitación en estudios de costo beneficio y costo utilidad para establecer procedimientos y el análisis Costo-Beneficio

3.4. Controles sobre accesos a recursos o Archivo.

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con Normas y Directivas Institucionales para el acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas sobre archivo	insuficiente aplicación de la normatividad	Capacitación en la normatividad sobre acceso a los Sistemas de Información Administración de los Bienes Patrimoniales, Administración y uso de correos electrónicos y los servicios de internet, Normas del Sistema de Archivo de ESSALUD, Normas sobre archivo de historias clínicas

3.5. Verificacion y conciliaciones

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPESTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con normas de procesos, actividades y tareas.	Insuficiente o nulo monitoreo de las actividades y ejecución de las tareas	Supervisar el cumplimiento de monitoreo por parte de las jefaturas sobre la verificación y Conciliación"

3.6. Evaluacioin de desempeño

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red Asistencial sigue la directiva sobre el tablero de monitoreo de gestión, Plan Operativo y Acuerdos de Gestión	incipiente Gestión por procesos y nula gestión por resultados	Gestionar actualiza norma sobre evaluación del desempeño para mejorar compromisos de gestión, plan operativo, directivas como el plan de monitoreo de gestión, Gestionar actualizar norma sobre evaluación de gerentes, directores, jefes de oficina y jefaturas

3.7. Rendicion de cuentas

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La RAA elaborar y difunde su Memoria institucional anualmente en la que se brinda información de la gestión y los logros de los objetivos institucionales.	Desconocimiento del personal de los mecanismos de rendición de cuentas a nivel Instucional.	Difusión, seguimiento y cumplimiento oportuno del personal del marco legal relacionado con los mecanismos de rendición de cuenta en los servidores de la RAA.
Se cuenta con lineamientos de rendición de cuentas establecidos, como Entrega y Rendición de Viáticos por comisión de servicio, entre otros. Directiva de Viáticos N°001-PE.ESSALUD-2014, Resolución PE-ESSALUD-2013.	Incumplimiento de las Unidades, Servicios para la presentación oportuna de información requerida para la rendición de cuentas.	La Administración deberá continuar con la política de exigir periódicamente la presentación de Declaraciones Juradas al personal.

3.8. Documentos de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: lineamientos para la Gestión por Procesos en EsSalud	Incipiente implementación de la norma	Iniciar implementación de la Directica N°09-GG ESSALUD-2014: lineamientos para la Gestión por Procesos de EsSalud Implementar indicadores de resultados para evaluar la gestion de los procesos

VII ANALISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, ASPECTOS A IMPLEMENTAR

3.9. Revision de procesos, actividades y tareas

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con la Directiva N°09-GG-ESSALUD-2014: lineamientos para la Gestión por Procesos en EsSalud	Deficiente implementación de la norma	Capacitación al personal en gestión por procesos y resultados Elaboración de los procesos en todos los niveles Evaluación trimestral de implementación de la norma

3.10. Controles de tecnologia de la informacion y comunicacioines

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con normatividad sobre seguridad informática	Desconocimiento de jefaturas sobre controles para las tecnologías de la información Inadecuado soporte informático, incipiente mantenimiento de aparatos informáticos	Difusión permanente de la norma relacionado con el acceso a los Sistemas de información y comunicación. Plan de Capacitación sobre el buen uso de las herramientas de información Plan de mantenimiento preventivo de aparatos informáticos

4. INFORMACION Y COMUNICAICONI

4.1. Funcionamiento y caracterizacioin de la Información

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Existe relaciones institucionales en la Red	Inadecuado procedimiento para caracterizar la información y comunicar sobre las actividades que se realizan	Funcionarios y jefaturas deben consensuar sobe caracterización de información para mejorar procesos y para difundir externa e internamente
Existen normas de acceso al sistema de información; claves de acceso, acceso a Internet, cuentas de usuario, publicación en el Portal Intranet, Sistema de administración documentaria	desactualización de normatividad sobre administracion de documentación, data de hace más de una década	Optimizar procedimiento para la obtención de información gerencial oportuna y confiable para tomar decisiones

4.2. Información y responsabilidad

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Las oficinas de la Gerencia, departamentos y servicios de los establecimientos de salud generan datos sobre las actividades que realizan	Insuficiente soporte informático para procesar datos en información	Optimizar procesamiento de información aprovechando informática, para implementar los procesos y los flujos de información con el propósito de tomar decisiones

4.3. Calidad y suficiencia de la información

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La institución ha normado el control de la información: Portal Intranet, etc	Insuficiente control de la validez de los datos	Mejorar la validez de los datos en reunión de equipo antes de ser publicados Tomar decisiones con la información disponible

4.4. Sistema de información

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con infornación epidemiológica, de datos sobre avances en el cumplimiento del Plan Estratégico, Plan Operativo, plan de monitore de la gestión	Insuficiente caracterización del sistema de información los informes epidemiológicos, datos del plan operativo tendiente a mejorar su ejecución	Capacitación en sistema de información para tomar decisiones aprovechando los informes epidemiológicos, avances del plan operativo, tablero de monitoreo de la gestión

4.5. Flexibilidad al cambio

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con normas sobre publicación de información en Intranet	casi nula revisión periódica del sistema de información y su redlseño	Gestionar a la sede central norma sobre sistema de información, caracterización y utilidad en la toma de decisiones

4.6. Archivo Institucional

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red cuenta con secretaria técnica que administra la documentación, según la norma del Sistema de Archivos en EsSalud	Son inadecuados los ambientes para el archivo	Refrescamiento sobre normatividad vigente Implementar ambiente para archivo en la red

4.7. Comunicacióin Interna

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se cuenta con norma para la comunicación interna, mediante diversos tipos de comunicación; cartas, memorandos, etc.	Inadecuada comunicación interna sobre los planes en la red	Implementar plan de comunicación interna para socializar y conocer la interrelación de las actividades que se desarrollan en la diversas oficinas, departamentos y servicios

4.8. Comunicación externa

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La Red cuenta con relaciones institucionales	Inadecuada sistematización del comunicación externa	Optimizar el proceso de comunicación externa mediante reuniones de trabajo con los funcionarios

4.9. Canales de Comunicación

VII ANALISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES, ASPECTOS A IMPLEMENTAR

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
La institución tiene normatividad sobre los medios de comunicación	Insuficiente conocimiento de los canalses de comunicación interna y externa por funcionarios y personal	Optimizar el proceso de los canales de comunicación para mejorar el desarrollo de las actividades y su interrelación entre ellas

5. SUPERVISIOIN

5.1. Actividades de prevension y monitores

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se realizan reuniones sobre el Plan Operativo y Acuerdos de Gestión	Insuficiente toma de decisiones para alcanzar lo planificado, insuficiente compromiso de los funcionarios	Evaluar permanencia de funcionarios según consecución de las metas establecidas

5.2. Seguimiento de resultados

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Se comunica el nivel de cumplimiento de las actividades para que tomen medidas correctivas	Insuficiente compromiso del personal por inadecuada comunicación de los objetivos a alcanzar	Ejecutar plan de comunicación e información en todos los niveles para incrementar el compromiso en el cumplimiento de las actividades y seguimiento de los resultados
Se realiza el seguimiento a las recomendaciones e implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control.		Establecer el procedimiento para el seguimiento a las recomendaciones e implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el Órgano de Control

5.3. Compromisos de mejoramiento

FORTALEZAS	DEBILIDADES	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
Compromiso por mejorar la gestión	Insuficiente involucramiento en equipo que contribuya a mejorar el cumplimiento de las actividades en formqa oportuna	Trabajo en equipo para mejorar la gestión en los diferentes niveles

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - DR. JUAN H. MALLMA TORRES - GERENTE - ESSALUD

ASISTENCIAL LA LIBERTAD - V°B° - Jefa de la Oficina de Gestión y Desarrollo - ESSALUD

ASISTENCIAL LA LIBERTAD H.B. VICTOR LAZARTE E. - V° B° - OF. INTELIGENCIA SANITARIA - ESSALUD

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN - RAET - V° B° - Dr. E. Vilca Rojas - JEFE (e) - ESSALUD

JEFE DE LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - V°B° - Sixto Teodoro Torres Alegaray - ABOGADO - CALL0228 - ESSALUD

HOSPITAL LIVIRÚ "VÍCTOR BOLES GARCÍA" - VoBo - DR. F. FARFÁN A. - DIRECTOR - ESSALUD

RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO SEGÚN COMPONENTES POR UNIDADES PRESTADORAS, RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, 2015

No.	COMPONENTES	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	HOSPITAL IV LAZARTE	HOSPITAL II CHOCOPE	HOSPITAL I ALBRECHT	UBAP METROPOLITANO	CM HUANCHACO
1	Ambiente de control	1.37	2.38	2.36	2.36	2.33	2.27
2	Evaluación de riesgos	1	1.1	1.1	1.34	1.46	1.46
3	Actividades de control gerencial	1.28	2.66	2.71	2.71	2.71	2.67
4	Información y comunicación	1.28	2.65	2.36	2.39	2.24	2.2
5	Supervisión	1.11	2.43	2.22	2.33	2.53	2
	Total	1.21	2.24	2.15	2.23	2.25	2.12
	Nivel de implementación	INSUFICIENCIA CRITICA	INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	INSUFICIENTE	INSUFICIENTE

PROMEDIO GENERAL 2.02

VIII. CONCLUSION

1. La Red Asistencial La Libertad en la implementación del sistema de control interno en forma general alcanzó el nivel de desarrollo insuficiente

IX. RECOMENDACIONES

1. Elaborar y ejecutar un plan de trabajo para alcanzar un nivel de desarrollo satisfactorio al final el año 2017
2. Evaluar el plan de trabajo en forma trimestral a partir del año 2016
3. El plan ha de tener en cuenta los aspectos a implementar en relación al análisis de situación mediante las fortalezas y debilidades

RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR COMPONENTES, RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, 2015

COMPONENTE		SUBCOMPONENTE	CALIFICATIVO	INTERPRETACION
1. AMBIENTE DE CONTROL	1	Filosofía de la Dirección	2.92	Insuficiente
	2	Integridad y Valores Éticos	2.87	Insuficiente
	3	Administración Estratégica	2.36	Insuficiente
	4	Estructura Organizacional	2.14	Insuficiente
	5	Administración de los Recursos Humanos	2.10	Insuficiente
	6	Competencia Profesional	1.89	Insuficiencia crítica
	7	Asignación de Autoridad y Responsabilidad	1.89	Insuficiencia crítica
	8	Órgano de Control Institucional	1.28	Insuficiencia crítica
2. EVALUACION DE RIESGO	1	Planeamiento de la Administración de Riesgos	1.00	Insuficiencia crítica
	2	Identificación de Riesgos	1.29	Insuficiencia crítica
	3	Valoración de Riesgos	1.28	Insuficiencia crítica
	4	Respuesta al Riesgo	1.50	Insuficiencia crítica
3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	1	Procedimiento de Autorización y Aprobación	2.00	Insuficiente
	2	Segregación de Funciones	1.83	Insuficiencia crítica
	3	Evaluación Costo - Beneficio	1.75	Insuficiencia crítica
	4	Controles sobre el Acceso a los Recursos o Archivos	2.40	Insuficiente
	5	Verificaciones y Conciliaciones	2.67	Insuficiente
	6	Evaluación de Desempeño	2.67	Insuficiente
	7	Rendición de Cuentas	3.78	Adecuado
	8	Documentación de Procesos, Actividades y Tareas	2.58	Insuficiente
	9	Revisión de Procesos, Actividades y tareas	1.92	Insuficiencia crítica
	10	Controles para la Tecnologías de Información y Comun	2.99	Insuficiente
4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN	1	Funciones y Características de la Información	2.75	Insuficiente
	2	Información y Responsabilidad	2.67	Insuficiente
	3	Calidad y Suficiencia de la Información	2.25	Insuficiente
	4	Sistemas de Información	1.83	Insuficiencia crítica
	5	Flexibilidad al Cambio	1.83	Insuficiencia crítica
	6	Archivo Institucional	1.94	Insuficiencia crítica
	7	Comunicación Interna	2.17	Insuficiente
	8	Comunicación Externa	2.44	Insuficiente
	9	Canales de Comunicación	1.50	Insuficiencia crítica
5. SUPERVISION	1	Actividades de Prevención y Monitoreo	1.67	Insuficiencia crítica
	2	Seguimiento de Resultados	2.89	Insuficiente
	3	Compromiso de Mejoramiento	1.72	Insuficiencia crítica

SISTEMA	SUBSISTEMA	COMPONENTE	Nº	AFIRMACIÓN	CALIFICACIÓN PROMEDIO	HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD	HOSPITAL LAZARTE	HOSPITAL II CHOCOPE	HOSPITAL I ALBRECHT	UBAP METROPOLITANO	CM HUANCHACO	TOTAL SUMA
				Filosofía de la Dirección								
			1	La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del control interno en la entidad a través de políticas, documentos, reuniones, charlas y otros medios.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			2	La Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			3	La Dirección incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.	3.00	3	3	3	3	3	3	18
			4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
			5	La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
			6	La Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del OCI.	3.50	1	4	4	4	4	4	21
				Integridad y Valores Éticos								
			7	La entidad cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.	3.00	3	3	3	3	3	3	18
			8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	3.00	3	3	3	3	3	3	18
			9	Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinaria que se toman sobre violaciones éticas.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			10	La Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	3.00	3	3	3	3	3	3	18
			11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
				Administración Estratégica								
			12	La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
			13	La Dirección asegura que todas las Áreas, Departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su plan operativo institucional	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			14	Los planes estratégicos, operativos y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimientos documentados	2.00	1	3	2	2	2	2	12
SISTEMA DE CONTROL INTERNO	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	AMBIENTE DE CONTROL	15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su plan operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.	2.33	1	3	3	2	3	2	14
			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	1.83	1	2	2	2	2	2	11

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - DR. JUAN H. MALLMA TORRES GERENTE - ESSALUD

ASISTENCIAL ... Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo - ESSALUD

JEFE DE LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - V°B° Sixto Teodoro Torres Alsugaray ABOGADO CALL 0228 - ESSALUD

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD H.B. VICTOR LAZARTE E. - V° B° OF. INTELIGENCIA SANITARIA - ESSALUD

HOSPITAL I VIRG. DOCTOR SOLES GARCIA - V°B° DR F. FARFAN A. DIRECTOR

18

17	Los resultados de las mediciones efe as a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados	2.50	1	3	3	3	3	2	15
	Estructura Organizacional								0
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.	2.17	2	3	2	2	2	2	13
19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y estan debidamente delimitadas	2.17	1	3	3	2	2	2	13
20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado	2.33	1	2	3	3	3	2	14
21	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el PAP y un cargo incluido en el de Asignación de Personal (CAP)	2.50	1	3	3	3	3	2	15
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	2.67	1	3	3	3	3	3	16
23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información (Flujogramas)	1.00	1	1	1	1	1	1	6
	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.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
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	2.83	3	3	3	3	3	2	17
26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.	1.00	1	1	1	1	1	1	6
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	2.83	2	3	3	3	3	3	17
28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas	1.00	1	1	1	1	1	1	6
	Competencia profesional								0
29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el CAP y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo)	1.17	1	1	1	1	1	2	7
30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo	1.83	1	2	2	2	2	2	11
31	El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del control interno.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
	Asignación de autoridad y responsabilidad								0
32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.	2.67	1	3	3	3	3	3	16

AMBIENTE DE

		CONTROL	33	Estos documentos normativos son re[illegible]os periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados	1.00	1		1	1	1	1	6
			34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden	2.00	1	2	2	3	2	2	12
				Órgano de Control Institucional								0
			35	Los Órganos de Control Institucional (OCI) evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			36	Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del OCI	1.83	1	2	2	2	2	2	11
			37	El OCI evalúa periódicamente el sistema de control interno de la entidad	1.00	1	1	1	1	1	1	6
				Planeamiento de la Administración de Riesgos								0
	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO		38	Se ha desarrollado un Plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			39	La Dirección (Directorio, Gerencias y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			40	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			41	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos	1.00	1	1	1	1	1	1	6
SISTEMA DE CONTROL INTERNO				**Identificación de Riesgos**								0
		EVALUACIÓN DE RIESGOS	42	Estan identificados los riesgos significativos por cada objetivo	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			43	Se ha identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de los procesos y las actividades.	1.50	1	1	1	2	2	2	9
			44	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.	1.67	1	1	2	2	2	2	10
			45	En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad)	1.00	1	1	1	1	1	1	6
				Valoración de riesgos								0
			46	En el desarrollo de sus actividades se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia)	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			47	En el desarrollo de sus actividades se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (IMPACTO)	1.50	1	2	1	2	1	2	9
			48	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito	1.33	1	1	1	2	2	1	8
				Respuesta al riesgo								0
			49	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.	1.50	1	1	1	2	2	2	9

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD DR. JUAN H. MALLMA TORRES GERENTE ESSALUD

ASISTENCIAL LA LIBERTAD V°B° Dra. Julia Arqueline Olivari Almeida Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo ESSALUD

JEFE DE LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA V°B° Sixto Teodoro Torres Alsugaray ABOGADO CALL 0225 ESSALUD

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD H.B. VICTOR LAZARTE E. V° B° OF. INTELIGENCIA SANITARIA ESSALUD

HOSPITAL I VIRÚ "VÍCTOR SOLES GARCÍA" V°B° DR F. FARFÁN A. DIRECTOR

79

	50	Se han definido lineamientos para efe seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos	1.50	1		1	2	2	2	9
		Procedimiento de Autorización y Aprobación								0
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	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.	2.17	2	3	2	2	2	2	13
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	52	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		Segregación de funciones								0
	53	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
	54	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		Evaluación Costo - Beneficio								0
	55	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios)	1.67	1	1	2	2	2	2	10
	56	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		Controles sobre el acceso a los recursos o archivos								0
	57	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos	2.67	1	3	3	3	3	3	16
	58	El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas entre otros.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
	59	Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (por ejemplo arqueos, inventarios u otros)	2.50	1	3	3	3	3	2	16
	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.	2.33	1	1	3	3	3	3	14
	61	Los documentos internos que genera y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos.	2.67	2	3	3	3	3	2	16
		Verificaciones y conciliaciones								0
	62	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
	63	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		Evaluación de desempeño								0
	64	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
	65	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales, disposiciones normativas vigentes.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		Rendición de cuentas								
	66	La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas	3.83	3	4	4	4	4	4	23
	67	La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal	4.67	3	5	5	5	5	5	28

		68	Conoce sus responsabilidades con res a las rendiciones de cuenta.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
			Documentación de procesos, actividades y tareas								
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	69	El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		70	Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidas, establecidas y documentadas al igual que sus modificaciones.	2.50	1	2	3	3	3	3	15
			Revisión de procesos, actividades y tareas								
		71	Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		72	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias	2.00	1	3	2	2	2	2	12
			Controles para la tecnologías de información y comunicaciones								
SISTEMA DE CONTROL INTERNO		73	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información	2.67	3	1	3	3	3	3	16
		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)	3.00	3	3	3	3	3	3	18
		75	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
		76	La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		77	El área de informática cuenta con un Plan de Contingencias	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		78	Se han definido los controles de acceso general (Seguridad física y lógica de los equipos centrales)	3.50	1	4	4	4	4	4	21
		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.	3.50	1	4	4	4	4	4	21
		80	Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso	3.50	1	4	4	4	4	4	21
		81	La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		82	Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		83	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones	3.50	1	4	4	4	4	4	21
		84	La entidad ha establecido controles para la adquisición de paquetes de software	3.50	1	4	4	4	4	4	21
			Funciones y características de la información								
		85	La información Gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
		86	Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			Información y responsabilidad								
			Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas.	2.67	1	3	3	3	3	3	16

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	88	Se cuenta con políticas y procedimier ıe garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento o. funciones y responsabilidades	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			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.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		90	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información	1.83	1	2	2	2	2	2	11
			Sistemas de información								
		91	La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades.	2.67	1	3	3	3	3	3	16
		92	Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			Flexibilidad al cambio								
		93	Se revisan periódicamente los sistemas de información y de ser necesario se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
			Archivo Institucional								
		94	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
		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)	2.00	2	2	2	2	2	2	12
		96	Los ambientes utilizados por el archivo insititucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado	1.00	1	1	1	1	1	1	6
			Comunicación interna								
		97	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicacion interna.	1.83	1	2	2	2	2	2	11
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	INFORMACION Y COMUNICACIÓN	98	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otros eventos resultantes	1.83	1	2	2	2	2	2	11
		99	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal	2.83	3	3	3	3	3	2	17
			Comunicación externa								
		100	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestiòn institucional	2.00	1	3	2	2	2	2	12
		101	El portal de transparencia de la entidad se encuentra adecuadamente actualizado.	2.83	2	3	3	3	3	3	17
SISTEMA DE CONTROL INTERNO		102	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	2.50	2	3	3	3	2	2	15
			Canales de comunicación								
		103	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: memorando, paneles informativos, boletines, revistas.	1.50	1	2	2	2	1	1	9
		104	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.	1.50	1	2	2	2	1	1	9

	SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACION	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.	1.67	1	2	2	2	2	1	10
			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).	1.67	1	2	2	2	2	1	10
				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.	2.50	1	3	2	3	3	3	15
			108	Cuando se descubre oportunidades de mejora se disponen medidas para desarrollarlas	2.67	1	3	3	3	3	3	16
			109	Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el OCI.	3.50	1	4	4	4	4	4	21
				Compromiso de mejoramiento								
			110	La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados porsteriormente.	1.17	1	2	1	1	1	1	7
			111	Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas	1.17	1	2	1	1	1	1	7
			112	Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento.	2.83	2	3	3	3	3	3	17

PUNTAJE DE EVALUACION

No se cumple = 1

Se cumple insatisfactoriamente = 2

Se cumple aceptablemente = 3

Se cumple en alto grado = 4

Se cumple plenamente = 5

Rango 0 – 1.9: Insuficiencia Critica

Rango 2.0 – 2.9: Insuficiente

Rango 3.0 – 3.9: Adecuado

Rango 4.0 – 5.0: Satisfactorio

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD – DR. JUAN H. MALLMA TORRES – GERENTE – ESSALUD

ASISTENCIAL LA LIBERTAD – V°B° – ESSALUD

JEFE DE LA OFICINA DE ASESORIA JURIDICA – V°B° – Sixto Teodoro Torres Alsuguray – ABOGADO – CAL. 0228 – ESSALUD

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD H.I. VICTOR LAZARTE E. – V° B° – OF. INTELIGENCIA SANITARIA – ESSALUD

HOSPITAL I VIRU "VICTOR SOLES GARAY" – V°B° – DR. E. FARFAN A. – DIRECTOR – ESSALUD