

ACTA

En la ciudad de Tacna, a las nueve horas del día cinco días del mes de noviembre de dos mil dieciocho, se reunieron en la Oficina de Planeamiento y Calidad, los miembros del Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Tacna:

- Dr. Paulo César Gordillo Maydana. Presidente.
- Abog. Luis Antonio Fuentes Fúster, Miembro.
- Econ. María del Rocío Zereceda Monge, Secretaria Técnica.

Siendo la agenda la siguiente:

1. Revisión del Diagnóstico para elaborar el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Tacna, Retroalimentado.
2. Revisión del Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Tacna, Retroalimentado.
3. Informe de Retroalimentación.

Habiendo efectuado la revisión y análisis de los documentos, se acuerda, por unanimidad, aprobar:

1. El Diagnóstico para elaborar el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Tacna, Retroalimentado.
2. El Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Red Asistencial Tacna, Retroalimentado.
3. El Informe de Retroalimentación.

Siendo las once con treinta minutos del mismo día, se da por concluida la reunión, firmando los presentes, en señal de conformidad.


 DR. PAULO CÉSAR GORDILLO MAYDANA
 Red Asistencial Tacna
 PRESIDENTE
 M. de Salud


 Red Asistencial Tacna
 OFICINA DE ADMINISTRACION
 ABOG. LUIS ANTONIO FUENTES FÚSTER
 JEFE DE OFICINA
 M. de Salud
 MIEMBRO


 Red Asistencial Tacna
 OFICINA DE PLANEAMIENTO Y CALIDAD
 Eco. ROCÍO ZERECEDA MONGE
 JEFE DE OFICINA
 M. de Salud
 SECRETARIA TÉCNICA

1911

1912

1913



**PLAN DE TRABAJO
PARA IMPLEMENTAR
EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EN LA RED ASISTENCIAL TACNA
RETROALIMENTADO**

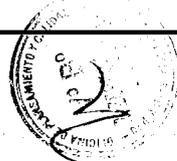




PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA RED ASISTENCIAL TACNA RETROALIMENTADO-ESSALUD

| Compo nente | Código | ASPECTO A IMPLEMENTAR | Entregable | Fecha de Inicio | Fecha de Fin | Responsable |
|----------------|--------|---|--|--------------------|----------------|--|
| | 1.1 | Filosofía de la dirección | | | | |
| | 1.1.1 | Rediseñar e Implementar Plan de Comunicación. | Informe Anual Plan de Comunicación | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Relaciones Institucionales / Unidad de Recursos Humanos. |
| | 1.1.2 | Implementación de la Gestión por Procesos. | Informe Anual de Avance Plan de Gestión por Procesos | Enero 2017 | Diciembre 2018 | Oficina de Planeamiento y Calidad / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. |
| | 1.2 | Integridad y Valores Éticos | | | | |
| | 1.2.1 | Incorporar los temas: Código de Ética, Lucha contra la Corrupción y Difusión de los alcances del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador. | Informe Avance Anual Plan de Comunicación | Noviembre 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Relaciones Institucionales / Oficina de Planeamiento y Calidad/ Unidad de Recursos Humanos. |
| | 1.3 | Administración Estratégica | | | | |
| | 1.3.1 | Incorporar los temas: Plan Estratégico, Plan Operativo, Plan de Calidad y otros documentos de gestión. | Informe | Octubre 2016 | Setiembre 2018 | Oficina de Relaciones Institucionales / Unidad de Recursos Humanos |
| | 1.4 | Estructura organizacional | | | | |
| | 1.4.1 | Actualización del Manual de Perfiles de Puestos (MPP) de la Red Asistencial Tacna, en función al Cuadro de Asignación de Personal y modificación de perfiles. | Informe Anual | Agosto 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Administración / Unidad de Recursos Humanos. |
| | 1.7 | Asignación de Autoridad y Responsabilidades | | | | |
| | 1.7.2 | Mejorar la Selección e Inducción del personal y dotarles de mejores procesos de Inducción para el correcto desempeño de sus responsabilidades. | Informe Propuesta de Mejoramiento | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Unidad de Recursos Humanos / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. |
| | 1.8 | Órgano de Control Institucional | | | | |
| | 1.8.1 | Desarrollo de propuesta de Seguimiento y Control de la Implementación de las recomendaciones formuladas por los órganos de control institucional. | Informe Anual | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Secretaría Técnica para la Implementación de las Recomendaciones derivadas de los Informes de Control Interno. |

Ambiente de Control



| Componente | Código | ASPECTO A IMPLEMENTAR | Entregable | Fecha de Inicio | Fecha de Fin | Responsable |
|---|--------|---|--|-----------------|----------------|--|
| Planeamiento de la Administración de Riesgos | | | | | | |
| 2.1 | | | Informe Anual | Abril 2017 | Diciembre 2018 | Servicio de Emergencia / CEPRIT / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. |
| | 2.1.1 | Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos. | | | | |
| | 2.1.2 | Equipos de Trabajo proponen desarrollo e Implementación del Plan de Gestión de Riesgo . | Informe Actualización Plan de Gestión de Riesgos | Agosto 2016 | Diciembre 2018 | Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo. |
| 2.2 | | | Identificación de los riesgos | | | |
| | 2.2.1 | Reconformación de Equipos de Trabajo . | Resolución de Reconformación del Equipo | Febrero 2016 | Setiembre 2018 | Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos |
| 2.3 | | | Valoración de los riesgos | | | |
| | 2.3.1 | Capacitar y entrenar a los Grupos de Trabajo en la valoración de los riesgos. | Relación de Participantes e Informe | Abril 2016 | Setiembre 2018 | Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos |
| | 2.3.2 | Desarrollar matriz para Valoración de Riesgos. | Matriz elaborada | Setiembre 2016 | Setiembre 2018 | Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo. |
| 2.4 | | | Respuesta al riesgo | | | |
| | 2.4.1 | Capacitar y entrenar a los Grupos de Trabajo en la Respuesta al Riesgo. | Informe | Junio 2016 | Diciembre 2018 | Servicio de Emergencia / CEPRIT / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. |
| | 2.4.2 | Desarrollar matriz para Respuestas al Riesgo. | Matriz elaborada | Enero 2017 | Setiembre 2018 | Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo. |

Evaluación de Riesgos




| Componente | Código | ASPECTO A IMPLEMENTAR | Entregable | Fecha de Inicio | Fecha de Fin | Responsable |
|---|--------|---|---|-----------------|----------------|--|
| Actividades de Control Gerencial | | | | | | |
| | 3.1 | Procedimiento de Autorización y Aprobación | | | | |
| | 3.1.1 | Incorporar los temas: documentos de gestión que detallan funciones, actividades y tareas. | Acta y copias de documentos Circulares | Noviembre 2016 | Setiembre 2018 | Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos |
| | 3.2 | Segregación de Funciones | | | | |
| | 3.2.1 | Establecer procedimientos para que se implemente la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo de fraude (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros). | Informe Propuesta de Procedimientos de Rotación | Febrero 2016 | Setiembre 2018 | Oficina de Administración/Unidad de Recursos Humanos |
| | 3.3 | Evaluación de Costo-Beneficio | | | | |
| | 3.3.1 | Priorizar procesos para implementar procedimiento de evaluación de Costo - Beneficio. | Acta de Verificación | Febrero 2016 | Setiembre 2018 | Oficina de Administración / Unidad de Adquisiciones. |
| | 3.5 | Verificaciones y Conciliaciones | | | | |
| | 3.5.1 | Incorporar los procedimientos de verificación y conciliación mensual por áreas en la priorización de actividades en el desarrollo de la gestión por procesos. | Informe Anual del Avance Plan de Gestión por Procesos | Setiembre 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Planeamiento y Calidad / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. |
| | 3.6 | Evaluación de Desempeño | | | | |
| | 3.6.1 | Diseñar un proceso de evaluación del desempeño tomando en consideración las competencias necesarias para el desempeño de las Funciones. | Informe Anual | Mayo 2016 | Diciembre 2018 | Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Humanos. |
| | 3.10 | Controles de Tecnologías de la Información y Comunicaciones | | | | |
| | 3.10.1 | Elaborar un Plan de Capacitación anual sobre el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones en la Red Asistencial Tacna. | Plan elaborado | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático. |



107

| Componente | | ASPECTO A IMPLEMENTAR | | | Entregable | Fecha de Inicio | Fecha de Fin | Responsable |
|----------------------------|--|--|--|----------------|---|--|--------------|-------------|
| Información y Comunicación | 4.1 | Funcionamiento y características de la información | | | | | | |
| | 4.1.1 | Difusión y capacitación de las normas sobre el buen uso del sistema de información. | Informe Avance Plan de Comunicación | Marzo 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático / Oficina de Relaciones Institucionales. | | |
| | 4.1.2 | Elaborar normativa para la organización y clasificación de los Archivos digitales, y los archivos físicos. | Informe | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático. | | |
| | 4.3 | Calidad y Suficiencia de la Información | | | | | | |
| | 4.3.1 | Estandarizar procedimientos de información. | Informe Anual Plan de Comunicación | Agosto 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Relaciones Institucionales/ Unidad de Recursos Humanos | | |
| | 4.3.2 | Incluir en los procesos de inducción de los nuevos colaboradores la capacitación para el correcto manejo de la información que garantice la calidad y suficiencia de la misma. | Propuesta elaborada | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Administración/ Unidad de Recursos Humanos | | |
| | 4.4 | Sistema de información | | | | | | |
| | 4.4.1 | Difusión de la directiva sobre seguridad informática. | Informe | Marzo 2016 | Diciembre 2018 | Unidad de Soporte Informático. | | |
| | 4.5 | Flexibilidad al Cambio | | | | | | |
| | 4.5.1 | Elaborar plan de charlas de motivación generando participación activa. | Relación de Participantes e Informe de Charlas | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Oficina de Relaciones Institucionales / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. | | |
| 5.2 | Seguimiento de Resultados | | | | | | | |
| 5.2.1 | Reporte de registro y comunicación de deficiencias detectadas en el seguimiento de resultados de las acciones de control. | Informe | Febrero 2016 | Setiembre 2018 | Secretaría Técnica del Seguimiento de Implementación de recomendaciones derivadas de los Informes de Control. | | | |
| 5.3 | Compromisos de Mejoramiento | | | | | | | |
| 5.3.1 | Desarrollo de propuesta para definir lineamientos de regulación de las actividades de autoevaluación de control interno en la Red Asistencial Tacna. | Propuesta aprobada | Febrero 2016 | Diciembre 2018 | Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. | | | |
| Supervisión | | | | | | | | |




606



INFORME DE RETROALIMENTACIÓN

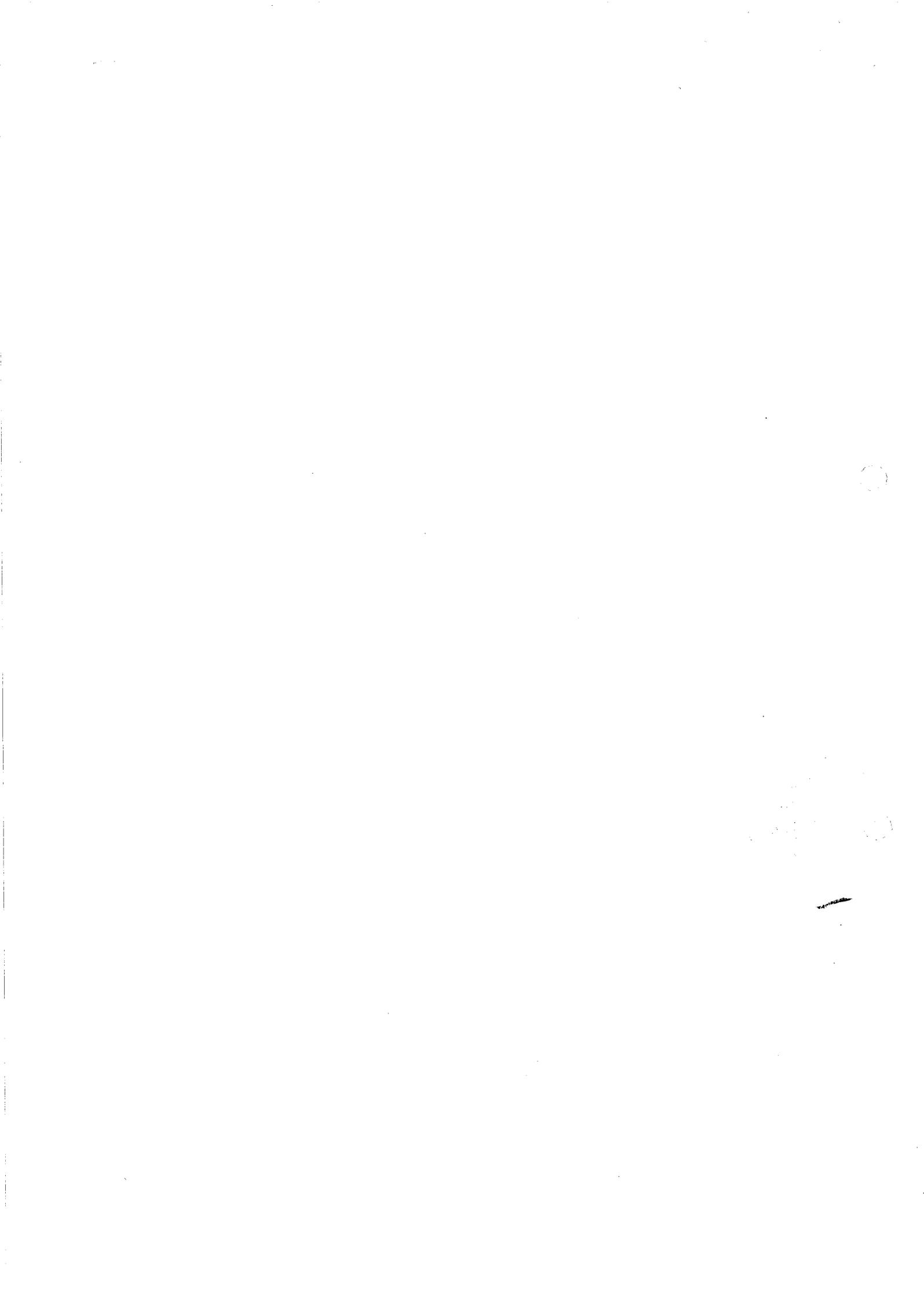
PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR

EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

EN LA RED ASISTENCIAL TACNA



SUBCOMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



Las Leyes N° 27785 “Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República” y N° 28716 “Ley de Control Interno de las Entidades del Estado” establecieron que la Contraloría General de la República ejerce el control gubernamental, interno y externo, y dicta la normativa técnica de control para la implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su evaluación.

La Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG aprobó la “Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Control Interno en las Entidades del Estado”, y dispuso conformar un Comité de Control Interno, para poner en marcha las acciones relativas a la implementación del Sistema de Control Interno. La Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 522-PE-ESSALUD-2013 estipuló constituir SubComités en los Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud - EsSALUD.

En mérito a ello, la Red Asistencial Tacna con Resoluciones de Gerencia Nos. 504-GRATA-ESSALUD-2014, 352-GRATA-ESSALUD-2015, 430-GRATA-ESSALUD-2016 y 996-GRATA-ESSALUD-2017, conformó los Sub-Comités desde el año 2014 hasta el 2017, y mediante Resolución de Gerencia N° 252-GRATA-ESSALUD-2018, designó el Sub Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, encargado de la implementación del sistema de control interno en el ámbito de la Red Tacna, en la actualidad.

A través de la Resolución de Gerencia N° 70-GRATA-ESSALUD-2016, del 25.01.16, se aprobó el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Tacna, en el que se programaron actividades hasta diciembre de 2017 (entregables, fechas de inicio y de término, y Unidades Orgánicas responsables), las mismas que se han venido ejecutando a lo largo del tiempo.

Dentro del proceso continuo del Control Interno y conforme a lo dispuesto en la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, aprobada con Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, el Sub-Comité procedió a efectuar la retroalimentación del mencionado Plan de Trabajo. Para constatar las actividades planificadas con las efectivamente realizadas se determinó que algunas brechas se mantienen, así se tiene que:

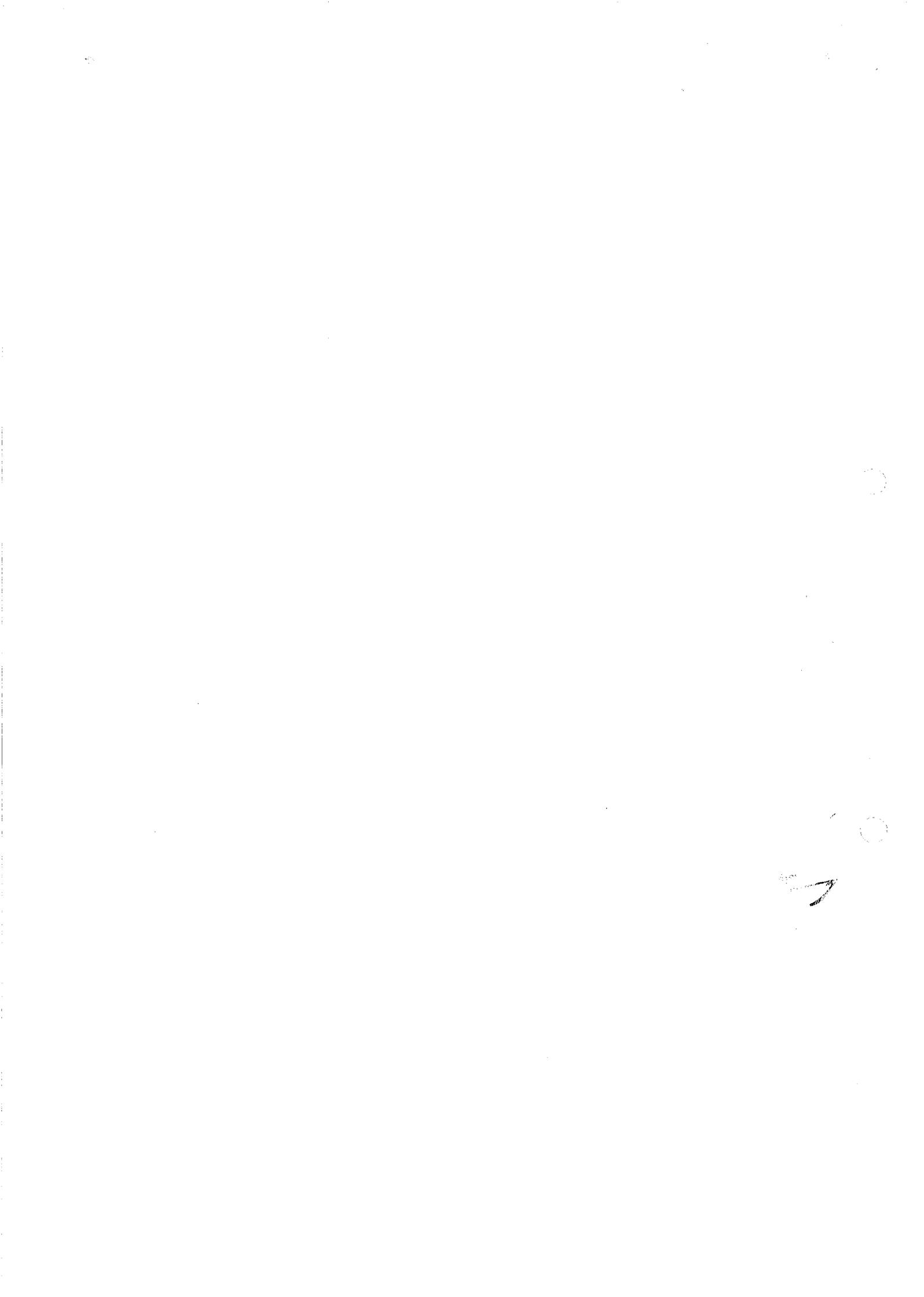
1. AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Filosofía de la Dirección:

Actividad 1.1.1: Diseñar e Implementar Plan de Comunicación.

Mediante Carta N° 08-ORI-GRATA-ESSALUD-2017 e Informe N° 002-ORI-GRATA-ESSALUD-2017, de marzo de 2017, la Oficina de Relaciones Institucionales de la Red Asistencial Tacna dio a conocer que se realizó la actualización del Manual de Identidad Corporativa, para la elaboración de comunicaciones internas; no obstante, se considera necesario reevaluar su continuidad, toda vez que se trata de desarrollar estrategias de comunicación que se adapten mejor a la Implementación del Sistema de Control Interno. Por lo que, se han definido las siguientes intervenciones:





- a) Revisar, modificar o rediseñar el Plan de Comunicación, adaptándolo mejor a la Implementación del Sistema de Control Interno.
- b) La Unidad de Recursos Humanos que anteriormente no participó, debe ser involucrada necesariamente en esta actividad.

Entregable: se ha modificado a Informe **Anual** Plan de Comunicación, en razón de la modificación o rediseño.

Fecha de Finalización: Se modifica la fecha a Diciembre 2018 (Fecha del Informe Anual).

Responsable: Oficina de Relaciones Institucionales/ Unidad de Recursos Humanos.

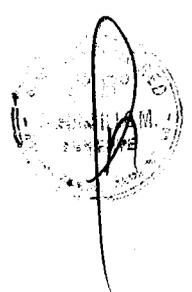
Actividad 1.1.2: Implementación de la Gestión por procesos.

La Actividad de Gestión por Procesos se inició mediante la compilación y revisión de las normas institucionales vigentes, identificando los diferentes procedimientos con su correspondiente respaldo normativo, habiéndose previsto aplicar posteriormente el diseño de procesos. Considerando que el abordaje de esta actividad es muy extenso, debe tener el carácter de **permanente**. En la implementación de la Gestión por Procesos se deberá priorizar los procesos más importantes; tales como los procesos logísticos o el desarrollo de algunas vías clínicas.

Entregable: Se modifica a Informe **Anual** del Avance Plan de Gestión por Procesos.

Fecha de Finalización: Se modifica a Diciembre 2018 .

Responsable: Oficina de Planeamiento y Calidad / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.



1.2 Integridad y Valores Éticos:

Actividad 1.2.1: Incorporar los temas: Código de Ética, Lucha contra la Corrupción y Difusión de los alcances del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador.

En la adaptación mencionada en la actividad 1.1.1 se deben considerar de manera permanente los temas aludidos en esta actividad, por lo que se deberán incorporar en los Informes Anuales.

Entregable: Se modifica a Informe Avance **Anual** Plan de Comunicación.

Fecha de Finalización: Se modifica a Diciembre 2018.





Responsable: Oficina de Relaciones Institucionales/ Unidad de Recursos Humanos.

1.3 Administración Estratégica:

Actividad 1.3.1: Incorporar los temas: Plan Estratégico, Plan Operativo , Plan de Calidad y otros documentos de gestión.

Se han efectuado Reuniones de Gestión frecuentes en las que se ha dado a conocer a los Ejecutivos (Jefaturas) los temas de esta Actividad, conforme se puede apreciar en el Acta de fecha 14.03.16, por ejemplo; sin embargo, a fin de garantizar la correcta difusión la Oficina de Relaciones Institucionales, Oficina de Planeamiento y Calidad, y la Unidad de Recursos Humanos de la Red Asistencial Tacna deben comunicar al personal los temas de este punto.

Entregable: Se modifica a Informe.

Fecha de Finalización: Se modifica la fecha a Setiembre 2018.

Responsable: Oficina de Relaciones Institucionales/ Oficina de Planeamiento y Calidad, y Unidad de Recursos Humanos.

1.4 Estructura Organizacional:

Actividad 1.4.1: Actualización del Manual de Perfiles de Puestos (MPP) de la Red Asistencial Tacna en función al Cuadro de Asignación de Personal y modificaciones de perfiles.

Mediante Resolución 254-PE-ESSALUD-2017, del 27.03.17, se dejó sin efecto las Resoluciones 1424-GCRH-OGAESSALUD-2008, 361-GCRH-OGA-ESSALUD-2008 y 126-GCGP-ESSALUD-2013 y sus modificatorias, así como los Manuales de Organización y Funciones de los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados de ESSALUD, aprobando el Manual de Perfiles de Puestos – MPP, por lo que es necesario modificar la denominación de esta actividad. Esta actividad se constituye en permanente.

Entregable: Se modifica a Informe Anual.

Fecha de Finalización: Se modifica a Diciembre 2018.

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Recursos Humanos

1.5 Administración de los Recursos Humanos:

Actividad 1.5.1: Diseñar Indicadores para medir Desempeño del Personal.





Esta actividad es equivalente a la actividad 3.6.1, motivo por el cual se deja sin efecto su aplicación.

1.6 Competencia Profesional:

Actividad 1.6.1: Implementación de actividades para la Gestión por Competencias.

Esta actividad está vinculada a la anterior actividad, por lo tanto al depender de la conclusión de la anterior actividad se mantendrá en suspenso hasta cuando se haya concluido la anterior.

Actividad 1.6.2: Incorporar en la transversalidad de la gestión por procesos, la gestión por competencias en la Red Asistencial Tacna.

Esta actividad también está vinculada a la anterior, por lo tanto al depender de la finalización de la anterior actividad se mantendrá en suspenso hasta cuando haya sido concluida.

1.7 Asignación de Autoridad y Responsabilidades:

Actividad 1.7.1: Implementación de proceso de Evaluación por Competencias de los Ejecutivos.

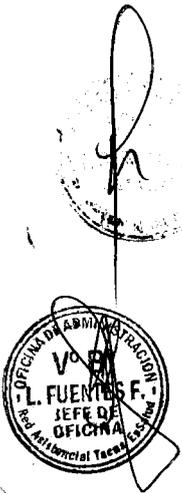
Esta actividad también está vinculada a la actividad 1.6.1, por lo tanto al depender de su conclusión se mantendrá en suspenso hasta su finalización.

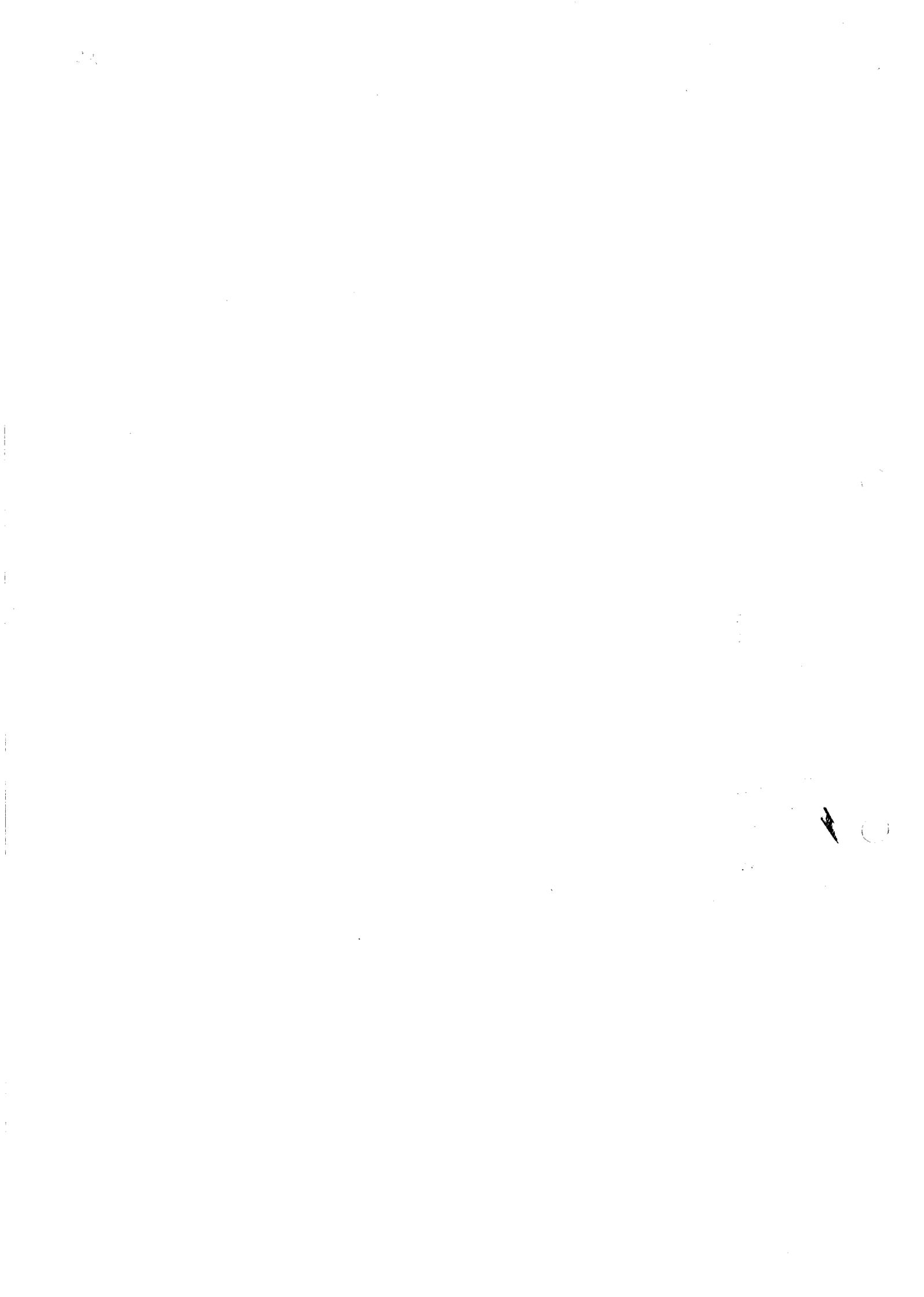
Actividad 1.7.2: Mejorar la selección e inducción del personal y dotarles de mejores procesos de Inducción para el correcto desempeño de sus responsabilidades.

Con Carta Circular N° 219-GCGP-ESSALUD-2016, del 30.12.15, la Gerencia Central de Gestión de las Personas realizó las precisiones relativas al procedimiento de Inducción General de Personal en ESSALUD, que incluían un Curso Virtual de Inducción para todos los trabajadores que se incorporen a la Institución, en forma obligatoria.

El Curso Virtual es un instrumento que facilita el conocimiento y funcionamiento de ESSALUD, contiene información básica sobre Misión, Visión, Valores Institucionales, Gestión Administrativa de Personal, Control de Asistencia y Planillas, Seguridad Personal e Institucional, Seguridad de la Información y Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La Unidad de Recursos Humanos de la Red Asistencial Tacna, con Carta N° 526-URH-OA-GRATA-ESSALUD-2018, del 16.07.18, informa que es la encargada de remitir la relación de trabajadores incorporados para la obtención de usuario y contraseña de acceso a la Plataforma E-Learning, para la inducción





virtual, entregando la Constancia en caso de aprobación. Asimismo, indica que la inducción del puesto está a cargo del Área de labores del nuevo servidor.

Si bien, se logró que la inducción del personal nuevo fuera considerada al momento de ser incorporados, lo que se pretende alcanzar es que la inducción también se extienda al personal antiguo que asume nuevos cargos, por lo cual se incluyó como objetivo en el abordaje de la Gestión por Procesos.

Entregable: Informe Propuesta de Mejoramiento.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Unidad de Recursos Humanos / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.

1.8 Órgano de Control Institucional:

Actividad 1.8.1: Desarrollo de propuesta de seguimiento y control de la implementación de las recomendaciones formuladas por los órganos de control institucional.



Con Resoluciones de Gerencia N° 430-GRATA-ESSALUD-2016, del 21.06.16, y N° 020-GRATA-ESSALUD-2018, se encargó la Secretaria Técnica para el Seguimiento de la Implementación de las Recomendaciones, derivadas de los Informes de Control, a la Abogada Alicia Izquierdo Navarro, con la participación y compromiso de los diferentes involucrados en dichos Informes, habiéndose dado cumplimiento a esta actividad.



La Gerencia General de la institución, en el Cronograma de Implementación de Recomendaciones, que forma parte del Memorandum N° 2414-GG-ESSALUD-2016, del 28.12.16, dio a conocer que la Red Asistencial Tacna tenía 22 recomendaciones pendientes de implementar a esa fecha.



Cabe destacar que, al 17.04.2018 se implementaron 11 Recomendaciones, encontrándose en proceso las 11 restantes, según se puede ver en el mensaje de correo electrónico "Informes de Auditoría que se encuentran en estado de "En Proceso" o "Pendiente", remitido por el Asesor de Gerencia General Carlos Bernardo Linares Arcela, en esa fecha.

No obstante, considerando que las intervenciones del Órgano de Control Interno son frecuentes y generan Informes de Control que requieren la implementación de Recomendaciones, es pertinente considerar esta actividad con carácter de dinámica.

Entregable: Se modificó el término del entregable por Informe Anual.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.



Responsable: Secretaría Técnica para la Implementación de las Recomendaciones derivadas de los Informes de Control Interno.

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS:

2.1 Planeamiento de la Administración de Riesgos:

Actividad 2.1.1: Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos.

Mediante Resolución de Gerencia N° 1076-GRATA-ESSALUD-2017, del 27.11.17, se conformó el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Red Asistencial Tacna, por el período 2017-2018, para la elaboración del Diagnóstico Base de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Red Tacna.

El Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene a su cargo la consulta regular y periódica de los programas, planes y políticas implementados por el empleador en materia de seguridad y salud en el trabajo, a través del seguimiento a las medidas de prevención y vigilancia del cumplimiento del Reglamento Interno de SST.

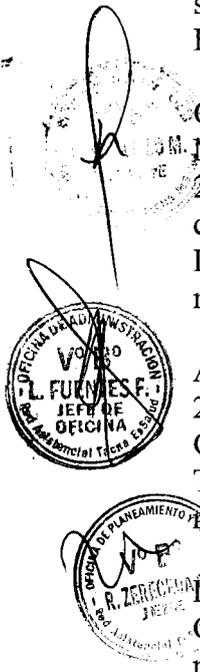
Con Resoluciones de Gerencia N° 767-GRATA-ESSALUD-2018, del 01.08.18, N° 233-GRATA-ESSALUD-2018, del 26.02.18, N° 249-GRATA-ESSALUD-2018, del 06.03.18, y N° 411-GRATA-ESSALUD-2018, del 16.04.18, se conformó los Sub-Comités en el CAP III Metropolitano, CAPs II Luis Palza Lévano y Óscar Fernández Dávila, y en el Hospital III Daniel Alcides Carrión, respectivamente, para los períodos presupuestales 2018-2020.

Asimismo, con Resoluciones de Gerencia N° 278-GRATA-ESSALUD-2017, del 23.03.17, y N° 290-GRATA-ESSALUD-2017, del 27.03.17, se conformó los Grupos de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres de la Red Asistencial Tacna, y las Brigadas de Emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, respectivamente, para el período 2017.

Dichas Brigadas de Emergencia se reconstituyeron mediante Resolución de Gerencia N° 1020-GRATA-ESSALUD-2017, del 07.11.18, para los períodos presupuestales 2017-2018, con el fin de identificar las condiciones de riesgo que puedan generar determinadas emergencias y actuar oportunamente controlando o minimizando las consecuencias de los riesgos identificados

Del mismo modo, para el período 2017, mediante Resoluciones de Gerencia N° 191 y 196-GRATA-ESSALUD-2017, del 21.02.17, se designó los Comités de Gestión de la Calidad de la Red Asistencial Tacna y del Hospital III Daniel Alcides Carrión, respectivamente.

Esta actividad se cumplió parcialmente con la Identificación de Peligros y Riesgos – IPER y Mapa de Riesgos por parte del CEPRIT, así como con la elaboración del Plan de Emergencia y Desastres, y Plan de Gestión de la Calidad para afrontar la Gestión del Riesgo Sanitario, los cuales requieren ser actualizados.



Entregable: Se modificó el término del entregable por Informe Anual de Avance.

Fecha de Finalización: Se modificó la fecha a Diciembre 2018.

Responsable: CEPRIT / Servicio de Emergencia / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.

Actividad 2.1.2: Equipos de Trabajo proponen desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo.

Se debe proponer la reconfirmación del Equipo de Trabajo en función a la Actividad 2.1.1.

Entregable: Se modificó el término del entregable por Informe Actualización Plan de Gestión de Riesgos.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgos.



2.2 Identificación de los Riesgos:

Actividad 2.2.1: Conformación de Equipos de Trabajo.

Esta actividad está involucrada a la anterior.

Entregable: Se cambió a Resolución de Reconfirmación del Equipo.

Fecha de Finalización: Setiembre 2018.

Responsable: Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.



2.3 Valoración de los Riesgos:

Actividad 2.3.1: Capacitar y entrenar a los grupos de trabajo en la valoración de los riesgos.

Al reconfirmarse el Equipo de Trabajo, es necesario capacitar a los nuevos miembros.

Entregable: Informe con Relación de Participantes.

Fecha de Finalización: Setiembre 2018.



Responsable: Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.

Actividad 2.3.2: Desarrollar matriz para Valoración de Riesgos.

En las actividades vinculadas a la Gestión de Riesgos, se incorporará la necesidad de elaborar Matrices para la Valoración de Riesgos y Respuesta al Riesgo, siendo estos temas de trascendente importancia en la Actividad 2.3.1 (capacitación y entrenamiento).

Entregable: Se modificó a Matriz elaborada.

Fecha de Finalización: Se modificó a Setiembre 2018.

Responsable: Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo.



2.4 Respuesta al Riesgo:

Actividad 2.4.1: Capacitar y entrenar a los grupos de trabajo en la Respuesta al Riesgo.

En la Actualización de los diferentes Planes componentes del Plan de Gestión de Riesgos, se deberá considerar la capacitación y el entrenamiento de los diferentes Grupos de Trabajo involucrados.



Entregable: Se modificó a Informe.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018



Responsable: Servicio de Emergencia / CEPRIT / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.

Actividad 2.4.2: Desarrollar matriz para Respuestas al Riesgo.

En las actividades vinculadas a la Gestión de Riesgos, se incorporará la necesidad de elaborar matrices para la Valoración de Riesgos y Respuesta al riesgo, siendo estos temas de trascendente importancia en la Actividad 2.3.1 (Capacitación y Entrenamiento).

Entregable: Se modificó a Matriz elaborada.

Fecha de Finalización: Se modificó a Setiembre 2018.

Responsable: Equipo de Trabajo encargado del desarrollo e implementación del Plan de Gestión de Riesgo.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

3.1 Procedimiento de Autorización y Aprobación:

Actividad 3.1.1 Incorporar los temas: documentos de gestión que detallen Funciones, actividades y tareas.

1. La difusión de las funciones, actividades y tareas se realizó mediante Cartas Circulares N° 68-GRATA-ESSALUD-2015, del 09.10.2015, y N° 85-GRATA-ESSALUD-2015, del 15.12.2015, a las Jefaturas Médicas y a los Ejecutivos administrativos, respectivamente. Asimismo, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento y Calidad con Carta Circular N° 4-OPyC-GRATA-ESSALUD-2016, del 15.02.2016, difundió el Manual de Organización y Funciones de la Red Asistencial Tacna.
2. Las funciones y tareas asistenciales y administrativas fueron debatidas en Reunión de Gestión con todas las jefaturas de la Red, donde se explicó en qué consistían las funciones colectivas y las que no eran colectivas. Sin embargo, es necesario efectuar nuevamente su difusión, debido al cambio de funcionarios; así como discutirlos en Reunión de Gestión.



Entregable: Se modificó por Acta y copias de documentos Circulares.

Fecha de Finalización: Se modificó a Setiembre 2018.

Responsable: Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.



3.2 Segregación de Funciones:

Actividad 3.2.1: Establecer procedimientos para que se implemente la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo de fraude (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros).

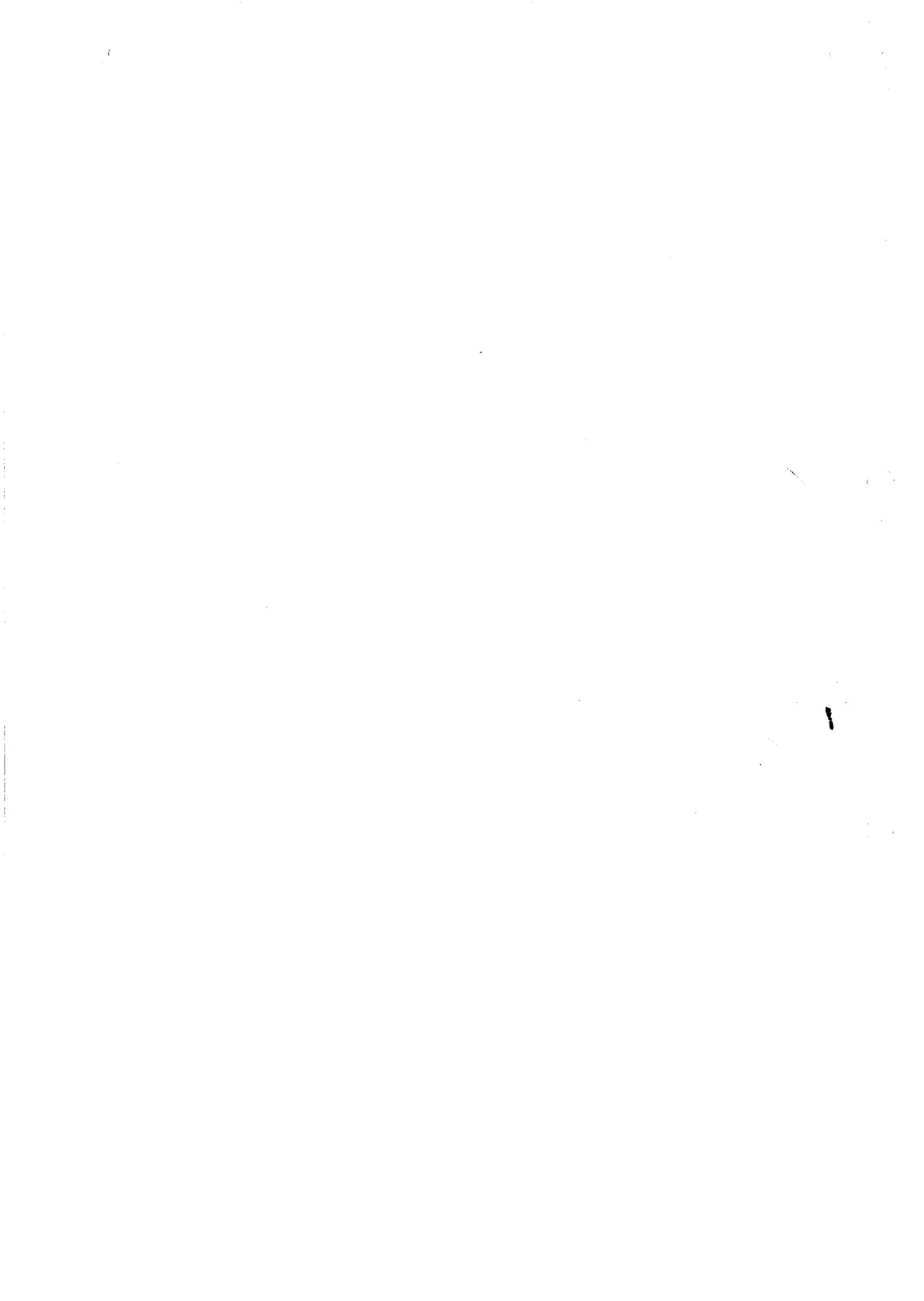
La rotación periódica de personal a cargo de puestos críticos, vinculados al manejo de dinero, valores o bienes, entre otros, puede ayudar a evitar la colusión ya que impide que una persona sea responsable de aspectos claves por un excesivo período de tiempo, motivo por el cual debe implantarse la rotación anual de ese personal en la Red Asistencial Tacna, adoptando las previsiones del caso (capacitación y competencias).

Entregable: Informe de Procedimientos de Rotación.

Fecha de Finalización: Setiembre 2018.

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Recursos Humanos.





3.3 Evaluación de Costo-Beneficio:

Actividad 3.3.1: Priorizar procesos para implementar procedimiento de evaluación de Costo-Beneficio.

Como medida de control interno, en la implantación de cualquier procedimiento debe realizarse una evaluación de costo-beneficio, aplicando los criterios de factibilidad y conveniencia en relación con el logro de objetivos institucionales.

La Oficina de Administración, con la participación de la Unidad de Adquisiciones implementó un formato para los requerimientos de compras de Bienes y Servicios con la incorporación del Impacto Beneficio-Costo. Se verificará la permanencia de su uso.

Entregable: Se modificó por Acta de Verificación.

Fecha de Finalización: Setiembre 2018.

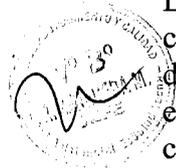
Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Adquisiciones.



3.4 Controles sobre Accesos y Recursos:

Actividad 3.4.1: Implementar acciones para la correcta aplicación de la directiva y manual vinculados a la administración de archivos y sus accesos.

La Oficina de Administración, tomó un conjunto de medidas para el cumplimiento de esta actividad, siendo la principal el traslado del archivo documentario al Albergue de Pachía; asimismo, se brindó capacitación específica al responsable de archivo documentario. Actividad se da por concluida.



3.5 Verificaciones y Conciliaciones:

Actividad 3.5.1: Incorporar los procedimientos de verificación y conciliación mensual por áreas en la priorización de actividades en el desarrollo de la gestión de procesos.

Una vez compilados los principales procedimientos (Actividad 1.1.2), se procederá a verificar y conciliar lo establecido en los procedimientos normados con lo que se realiza en la práctica para determinar los cambios que pudieran producirse, a fin de poder abordar el diseño de los procesos de la manera más correcta posible.

Entregable: Informe Anual del Avance Plan de Gestión por Procesos.

Fecha de Finalización: Diciembre 2018.

100

100



Responsable: Oficina de Planeamiento y Calidad / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.

3.6 Evaluación de Desempeño:

Actividad 3.6.1: Diseñar un proceso de evaluación del desempeño tomando en consideración las competencias necesarias para el desempeño de las Funciones.

Esta actividad fue abordada formulándose indicadores en base a las competencias diseñadas para los ejecutivos (Competencias de Gestión, Genéricas y Competencias Específicas), habiéndose previsto la aplicación de las Competencias Genéricas y Específicas para la medición del desempeño de los trabajadores no Ejecutivos, debiendo continuarse con el diseño de los indicadores hasta concluir en una propuesta. Se informará el avance de las propuestas.



Entregable: Se modificó a Informe Anual.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos / Unidad de Recursos Humanos.



3.7 Rendición de Cuentas:

Actividad 3.7.1: Realizar audiencias públicas anualmente y requerir Informe periódico a las Unidades Orgánicas.

Se efectuaron en la Red Asistencial Tacna las Audiencias Públicas hasta el año 2015, se dejó de realizar en el 2016, debido a que no fueron programadas por la Institución (Informe N° 002-ORI-GRATA-ESSALUD-2017). Esta actividad se suspende debido a que no se puede efectuar este tipo de actividades sin el consentimiento de la Entidad.



3.8 Documentación de Procesos, Actividades y Tareas:

Actividad 3.8.1: Capacitación al personal en el modelamiento de procesos.

La Dra. Marigré Karenina Escobar Chamorro, Médico Residente del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, efectuó la capacitación sobre Gestión por Procesos a todos los funcionarios en Reunión de Gestión realizada el 07.09.2015, allí se acordó que los Jefes de Servicio elaborarían los procesos correspondientes a sus áreas, con el apoyo y orientación de la Dra. Escobar y el personal de la Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos. Esta actividad si bien se ha cumplido, más adelante será necesario retomarla en función a la elaboración de los primeros procesos. Esta actividad se mantiene en suspenso.

3.9 Revisión de Procesos, Actividades y Tareas:

Actividad 3.9.1: Capacitación al personal en la metodología de gestión por procesos.

Esta actividad al igual que la anterior, si bien se ha cumplido, más adelante será necesario volverla a retomar en función a la elaboración de los primeros procesos. Actividad se mantiene en suspenso.

3.10 Controles de Tecnologías de la Información y Comunicaciones:

Actividad 3.10.1: Elaborar un Plan de Capacitación Anual sobre el Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones en la Red Asistencial Tacna.

Se brinda capacitación directa a los usuarios; no obstante se requiere la elaboración de un Plan integral de Capacitación.

Entregable: Plan Elaborado.

Fecha de Finalización: Diciembre 2018

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático.



4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 Funcionamiento y Características de la Información:

Actividad 4.1.1: Difusión y capacitación de las normas sobre el buen uso del sistema de información.

Esta actividad se incorporará en el desarrollo del Plan de Comunicación.

Entregable: Informe Avance Plan de Comunicación.

Fecha de Finalización: Diciembre 2018.

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático / Oficina de Relaciones Institucionales.



Actividad 4.1.2: Elaborar normativa para la organización y clasificación de los Archivos digitales, y los Archivos Físicos.

Esta actividad será elaborada por la Oficina de Administración con el apoyo de Soporte Informático.

Entregable: Informe

Fecha de Finalización: Diciembre 2018

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Soporte Informático

4.2 Información y Responsabilidad:

Actividad 4.2.1: Propuesta de mejora de la Comunicación interna, con diseño de formatos para estandarizar información utilizada.

Se inició la implementación de la Hoja de Ruta en las actividades vinculadas a los procesos de la Unidad de Adquisiciones; posteriormente la Entidad implementa la Hoja de Ruta en forma complementaria al uso del SIAD. Esta actividad se cumplió, por lo cual se deja sin efecto su aplicación.



4.3 Calidad y Suficiencia de la Información:

Actividad 4.3.1: Estandarizar procedimientos de información.

Al igual que la actividad 1.1.1 se considera necesario incluirlo en la revisión, modificación o rediseño del Plan de Comunicación.



Entregable: Informe Anual Plan de Comunicación.

Fecha de Finalización: Diciembre 2018.

Responsable: Oficina de Relaciones Institucionales/ Unidad de Recursos Humanos.



Actividad 4.3.2: Incluir en los procesos de inducción de los nuevos colaboradores la capacitación para el correcto manejo de la información que garantice la calidad y suficiencia de la misma.

Se solicitará a la Oficina de Administración, para que con el apoyo de la Unidad de Recursos Humanos efectúen una propuesta.

Entregable: Se modificó a Propuesta elaborada.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Oficina de Administración / Unidad de Recursos Humanos.

4.4 Sistema de Información:

Handwritten notes and markings on the right side of the page, including a small circular mark at the bottom right.

Actividad 4.4.1: Difusión de la directiva sobre seguridad informática.

Esta actividad se cumplió, pero al considerarse de necesidad permanente, por la incorporación de personal nuevo (independientemente del Plan de Inducción), se solicitará a la Unidad de Soporte Informático continúe con la difusión e informe periódico.

Entregable: Se modificó a Informe Anual.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Unidad de Soporte Informático.

4.5 Flexibilidad al Cambio:

Actividad 4.5.1: Elaborar plan de charlas de motivación generando participación activa.

Se cumplió de manera parcial, siendo necesario complementar esta actividad.

Entregable: Se modificó a Informes de Charlas con relación de participantes.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Oficina de Relaciones Institucionales / Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.



4.6 Archivo Institucional:

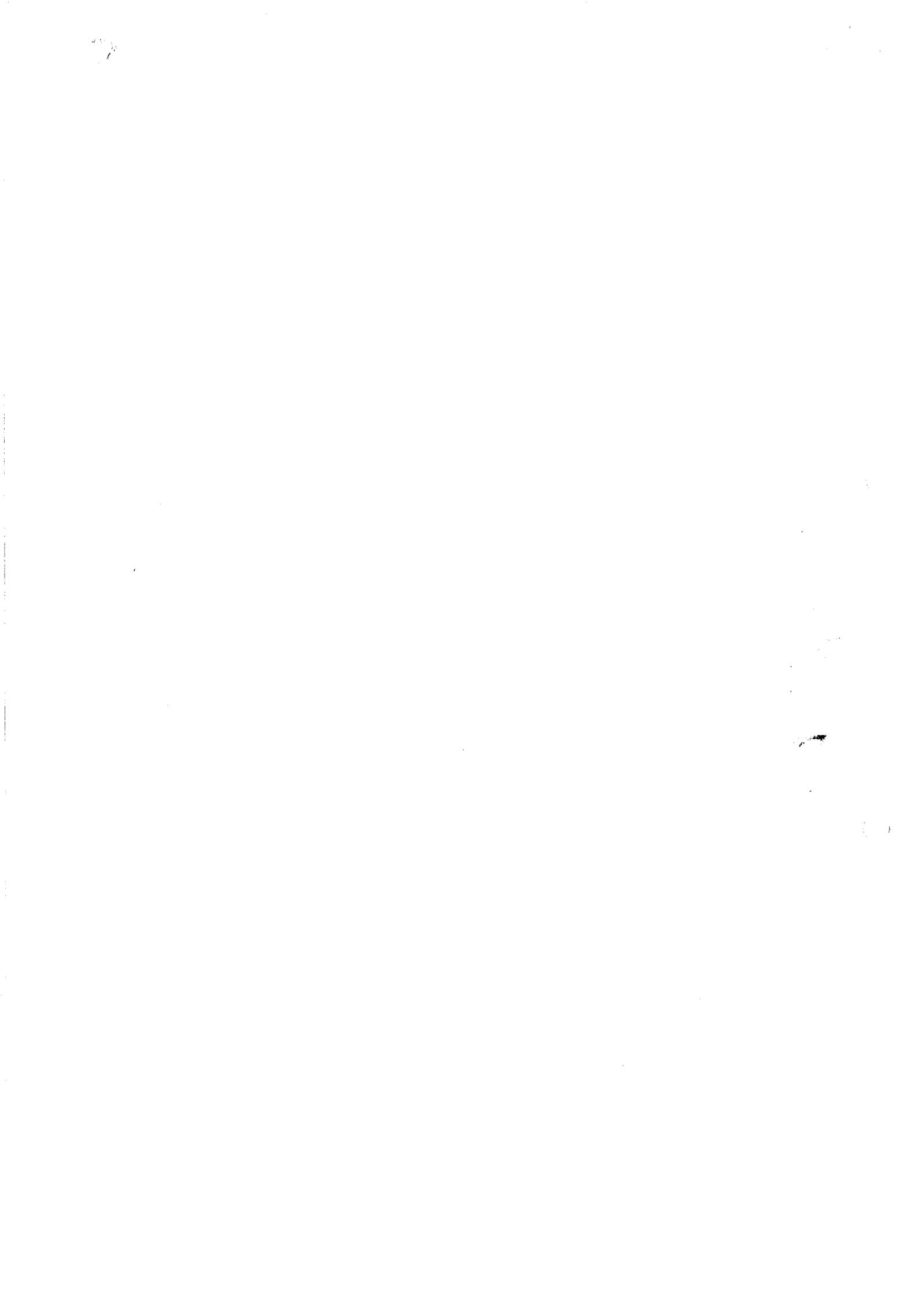
Actividad 4.6.1: Establecer estrategias para la aplicación de la normativa interna referida a la transferencia de documentos de archivo.

Se ha dado cumplimiento a esta actividad, habiéndose efectuado las intervenciones que garantizan la permanencia de su ejecución, tales como ordenamiento, capacitación, seguridad, entre otros, como se puede ver en el Informe N° 01-AC-GRATA-ESSALUD-2017, del 11.01.17. Se deja sin efecto esta actividad.



Actividad 4.6.2: Mejorar la infraestructura para los ambientes de archivos.

Se dio cumplimiento a esta actividad, habiéndose trasladado el Archivo General de la Red Asistencial Tacna a las instalaciones del Albergue de Pachía, encontrándose debidamente ordenado, como se puede ver en el Cuadro General de Archivo Documentario adjunto y en el Informe N° 04-AC-OA-GRATA-ESSALUD-TACNA-2017, del 13.10.17.



Es así que, el 25 de octubre de 2017, el Supervisor del Archivo Regional de Tacna, Sr. Rufino Alanoca Cuchillo, realizó una visita de Supervisión y Asesoramiento al Archivo Central de la Red Asistencial Tacna, calificando como "Exitosa" la supervisión, como se aprecia en el Acta adjunta. Se deja sin efecto esta actividad.

Actividad 4.6.3: Mejorar la capacitación en materia archivística a todas las áreas que administran archivos.

Se ha dado cumplimiento a esta actividad, habiéndose efectuado las intervenciones que garantizan la permanencia de su ejecución. Se deja sin efecto esta actividad.

4.7 Comunicación Interna:

Actividad 4.7.1: Capacitación e Información sobre elaboración de los documentos.

Se ha dado cumplimiento a esta actividad, habiéndose efectuado cursos y talleres de capacitación a los colaboradores de la Red Asistencial Tacna, y se realizaron intervenciones que garantizan la permanencia de su ejecución. Se deja sin efecto esta actividad.



4.8 Comunicación Externa:

Actividad 4.8.1: Elaboración de un Manual de Comunicación.

Esta actividad está relacionada a la 1.1.1, debiéndose incorporar en el Plan de Comunicación, por lo cual se deja sin efecto.



4.9 Canales de Comunicación:

Actividad 4.9.1: Implementación de actividades para el fortalecimiento de la labor administrativa en la Red Asistencial Tacna.

Se ha dado cumplimiento a esta actividad, con la realización de cursos y talleres de capacitación a los colaboradores de la Red Asistencial Tacna, habiéndose efectuado las intervenciones que garantizan la permanencia de su ejecución. Se deja sin efecto esta actividad.

5. SUPERVISIÓN

5.1 Actividades de Prevención y Monitoreo:



Actividad 5.1.1: Reporte para regular el registro y Comunicación de las actividades de prevención, monitoreo y control.

Se ha dado cumplimiento a esta actividad, habiéndose efectuado las intervenciones que garantizan la permanencia de su ejecución. Se deja sin efecto esta actividad.

Actividad 5.2.1: Reporte de registro y comunicación de deficiencias detectadas en el seguimiento de resultados de las acciones de control.

En el seguimiento de los Informes de Control se ha observado demora en el inicio de acciones para la implementación de Recomendaciones y por ende en la superación de las Observaciones, muchas veces debido a la carga laboral de las Unidades Orgánicas responsables.

Por ello, se solicitará a la Secretaría Técnica de Seguimiento de la Implementación de Recomendaciones derivadas de los Informes de Control Interno, emitir un Informe conteniendo los criterios contemplados en esta actividad en base a la experiencia de las diversas intervenciones efectuadas para lograr la implementación de las recomendaciones de los Informes de Control.



Entregable: Informe Anual.

Fecha de Finalización: Setiembre 2018.

Responsable: Secretaría Técnica de Seguimiento de la Implementación de recomendaciones derivadas de los Informes de Control.



5.3 Compromisos de Mejoramiento:

Actividad 5.3.1: Desarrollo de propuesta para definir lineamientos de regulación de las actividades de autoevaluación de control Interno en la Red Asistencial Tacna.

Se diseñará una propuesta de Lista de Verificación para aplicar a la autoevaluación de actividades vinculadas a la gestión del desempeño, definida en base a los principios establecidos por la Contraloría General de la República, con el propósito de determinar el grado de avance y/o cumplimiento de cada una de las Unidades Orgánicas, a fin de reforzar acciones.

Entregable: Se modificó a Propuesta Aprobada.

Fecha de Finalización: Se modificó a Diciembre 2018.

Responsable: Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos.







DIAGNÓSTICO



PARA ELABORAR EL PLAN DE TRABAJO

PARA IMPLEMENTAR



EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

RED ASISTENCIAL TACNA



RETROALIMENTADO



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 en función a los resultados de lo ejecutado del Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno en la Red Asistencial Tacna, en el período 2016-2017.

1.1. Filosofía de la dirección

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El Gerente de la Red Asistencial Tacna muestra apoyo permanente a la implementación del Control Interno. 2. La Red Asistencial Tacna cuenta con Subcomité de Implementación del Sistema de Control Interno. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Red Asistencial Tacna falta concientizar al personal sobre los aspectos que involucra el Sistema de Control Interno. 2. Débil difusión y socialización de la importancia de la implementación del Sistema de Control Interno. 3. Sistema de comunicación poco desarrollado. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Rediseñar e implementar un Plan de Comunicación en la Red Asistencial Tacna, incluyendo la información sobre Control Interno. |



1.2. Integridad y Valores Éticos

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Gerencia de la Red Asistencial Tacna existe compromiso para el cumplimiento de los valores éticos, lucha contra la corrupción e implementación del Sistema de Control Interno. 2. Hay comprensión y crédito a la difusión y contenido de la Ley del Código de Ética de la Función Pública. 3. Se cuenta con el Portal de Transparencia y Portal Intranet de EsSalud para difundir los valores institucionales y el Código de Ética. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No todo el personal puede acceder a la información por falta de PCs. 2. Débil difusión de los valores institucionales a través de la Oficina de Relaciones Institucionales de la Red Asistencial. 3. Deficiente conocimiento de la Ley No 30057, 'Ley del Servicio Civil', en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporar en el Plan de Comunicación estrategias de difusión de los temas: Código de Ética, Lucha contra la Corrupción y alcances del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador. |





1.3. Administración estratégica

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el cual define la Misión, Visión y los Objetivos Estratégicos Institucionales. 2. Se cuenta con el Plan Operativo Institucional a nivel desagregado de la Red Asistencial Tacna para el 2017, el mismo que se encuentra alineado con el Plan Estratégico Institucional 2017-2021. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajadores que no conocen o tienen un concepto poco claro de la Misión, Visión y de los Objetivos Estratégicos incluidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI), así como de las relaciones estructurales y funcionales. 2. Estrategias de difusión exiguas, de los documentos de gestión institucional, por lo que el personal tiene un limitado conocimiento de los alcances de los documentos de gestión. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporar en el Plan de Comunicación de la Red Asistencial, los siguientes temas: Plan Estratégico, Plan Operativo, Plan de Calidad y otros documentos de gestión. |

1.4. Estructura organizacional

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un Manual de Perfiles Básicos en la Red Asistencial Tacna. 2. Existe normativa para la implementación de la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD). |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta modificar y actualizar el Manual de Perfiles Básicos, acorde con el Cuadro de Asignación de Personal (CAP). 2. No existe un manual de descripción de los puestos involucrados con el modelamiento de los procesos y la participación de los colaboradores en los mismos. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar el Manual de Perfiles de Puestos de la Red Asistencial Tacna, adaptándolo a los cambios estructurales |



1.6 Competencia Profesional

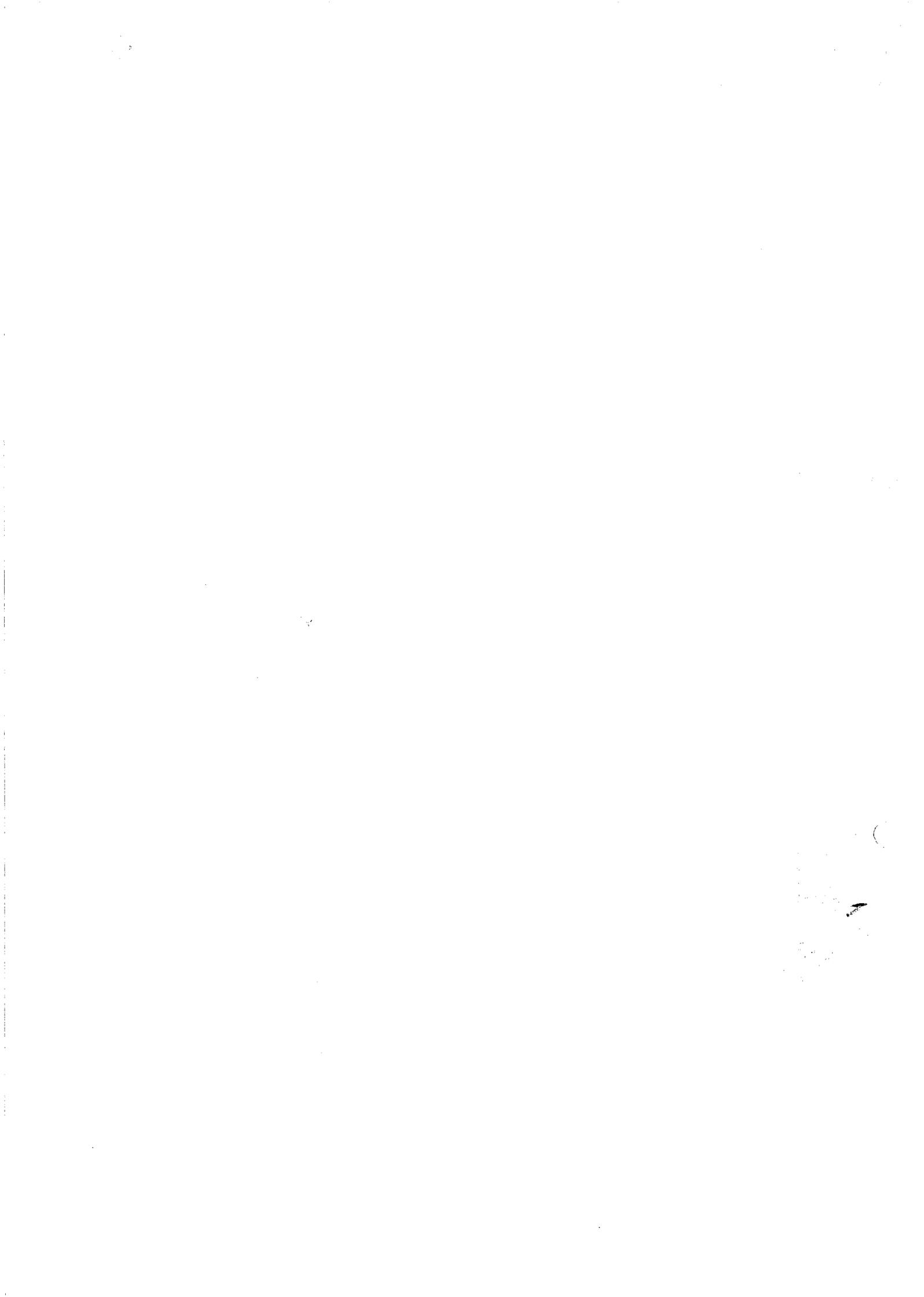
| FORTALEZAS |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de Cargos, con los niveles de competencia por cada puesto de trabajo. 2. Se cuenta con Plan Estratégico Institucional 2017-2021 que recoge los valores. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Carencia de la Gestión por Competencias en la Institución, otorgando mayor importancia a las relaciones verticales y jerárquicas. 2. Limitado trabajo en equipo y remoción de las barreras para la integración entre los niveles inferiores y superiores. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar la implementación de actividades que conduzcan a la Gestión por Competencias en la Red Asistencial Tacna. 2. Incorporar en la transversalidad de la Gestión por Procesos la Gestión por Competencias en la Red Asistencial Tacna. |

1.7. Asignación de Autoridad y Responsabilidades

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Tipo C. 2. Se cuenta con Manual de Perfiles Básicos de Cargos, incluso de los niveles ejecutivos. 3. Se cuenta con Plan Estratégico Institucional 2017-2021 que recoge los valores institucionales. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tendencia a derivar autoridad hacia los niveles inferiores, de manera que las decisiones quedan en manos de quienes están más cerca de la operación, sin considerar la probabilidad de alcanzar los objetivos. 2. Bajo nivel de competencia en muchos delegatarios, lo cual impide que sea eficaz el aumento en la delegación de autoridad que requiere un elevado nivel de competencia, así como un alto grado de responsabilidad personal. 3. Escasos procesos efectivos de supervisión de la acción y los resultados por parte de la Gerencia. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la selección e inducción de personal y dotarles de mejores procesos de inducción para el correcto desempeño de sus responsabilidades. 2. Implementación del proceso de Evaluación por Competencias de los Ejecutivos. |



Handwritten signature and initials.



1.8. Órgano de Control Institucional

| FORTALEZAS |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La Institución realiza anualmente Auditoría a sus Estados Financieros, a través de una Sociedad de Auditoría Externa. 2. La Contraloría General de la República ejerce el control gubernamental con fines de mejoramiento en las entidades del Estado, entre ellas el Seguro Social de Salud. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No se cuenta con un Órgano de Control Institucional descentralizado. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un procedimiento documentado y aprobado, para el seguimiento y control de la implementación de las recomendaciones formuladas por los Órganos de Control Institucional. |

2.1 Planeamiento de la Administración de Riesgos

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con Planes Operativos Anuales, en los que se puede incorporar programas de desarrollo y bienestar para el personal. 2. Se cuenta con Programas de Mantenimiento Preventivo para Equipos. 3. Se cuenta con Políticas para el uso de equipos y manejo de la información. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pobre implementación de controles y de gestión de la ética. 2. Los procesos de capacitación y formación no inciden en el fortalecimiento de la Administración de Riesgos. 3. La Red Asistencial Tacna carece de una estrategia planificada y organizada para administrar los riesgos (identificación, valoración y respuesta); sin embargo, el personal realiza acciones de manera informal y/o espontánea, para identificar y responder los riesgos asociados a su labor. 4. La mayoría de Unidades Orgánicas de la Red Asistencial Tacna no cuenta documentada ni formalmente con aspectos de prevención de riesgos. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos en la Red Asistencial Tacna. 2. Conformar Equipos de Trabajo en cada Unidad Orgánica para desarrollar e implementar el Plan de Gestión de Riesgo. |



Handwritten notes or scribbles in the bottom right corner.

2.2 Identificación de los Riesgos

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| 1. Se cuenta con Planes Operativos anuales, en los que se puede incorporar programas de desarrollo y bienestar para el personal. |
| DEBILIDADES |
| 1. A nivel de Unidades Orgánicas no se ha identificado los riesgos significativos por cada objetivo, tanto estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento. 2. No se cuenta con Equipo Especializado en Riesgos, a fin de evaluar e identificar los riesgos de cada proceso en la Red Asistencial. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Reconfiguración de Equipos de Trabajo, los mismos que deberán estar integrados por profesionales de cada Unidad Orgánica, que se capaciten en la identificación de riesgos. |

2.3 Valoración de los Riesgos

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| 1. Se cuenta con Planes Operativos anuales, en los que se puede incorporar programas de desarrollo y bienestar para el personal. |
| DEBILIDADES |
| 1. No se cuenta con escalas que permitan valorar los riesgos. 2. No se han identificado las probabilidades de ocurrencia de Riesgos, ni se ha medido el impacto que pueda generar. 3. Falta de personal capacitado en la Gestión de Riesgos. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Capacitar y entrenar a personal de los grupos de trabajo conformados en la Valoración de los Riesgos. 2. Desarrollar una matriz para la Valoración de los Riesgos en la Red Asistencial Tacna. |



2.4 Respuesta al Riesgo

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| 1. Se cuenta con Planes Operativos anuales, en los que se puede incorporar programas de desarrollo y bienestar para el personal. |
| DEBILIDADES |
| 1. No se ha establecido los controles necesarios para determinar la Respuesta al Riesgo, en la Red Asistencial Tacna. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Capacitar y entrenar a personal de los Grupos de Trabajo conformados en la Respuesta al Riesgo. 2. Desarrollar una matriz para identificar las Respuestas al Riesgo. |

3.1 Procedimiento de Autorización y Aprobación

| |
|---|
| FORTALEZAS |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La Red Asistencial Tacna cuenta con Manual de Perfiles Básicos. 2. Se cuenta con Sistema de Trámite Documentario Institucional (SIAD) y Hojas de Ruta . 3. Se efectúan Reuniones de Gestión permanentes en las que se hacen conocer funciones, documentos de gestión, actividades y tareas a los ejecutivos. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Escaso conocimiento de los niveles de autorización y aprobación de las actividades. 2. Algunos procedimientos y actividades se encuentran pendientes de elaborar o de actualizar. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con la entrega a todos los colaboradores de la Red, de los documentos de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas. |

3.2 Segregación de Funciones

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y en el Manual de Perfiles Básicos están delimitadas las atribuciones y funciones de cada Unidad Orgánica y de sus trabajadores. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de una política de rotaciones periódicas del personal que ocupa puestos susceptibles a riesgo de fraude. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer procedimientos para que se implemente la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgo de fraude (manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, adquisiciones, entre otros). |



3.3 Evaluación de Costo-Beneficio

| |
|---|
| FORTALEZAS |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Red Asistencial Tacna se viene exigiendo que se evidencie el impacto en la contratación, compra y financiamiento de bienes y servicios mediante la evaluación del Costo-Beneficio. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No se cuenta con un procedimiento formal para la evaluación costo-beneficio. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los procesos de mayor criticidad en la Red Asistencial Tacna para implementar un procedimiento formal de evaluación de Costo-Beneficio. |

3.5 Verificaciones y Conciliaciones

| FORTALEZAS |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe normativa para la implementación de la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD). 2. Se ha dado inicio a la implementación de actividades para la Gestión por Procesos en la Red Asistencial Tacna. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Las Unidades Orgánicas que conforman la Red Asistencial Tacna verifican sus actividades y tareas, en base a documentos normativos que los guían, al carecer de una gestión por procesos a nivel institucional, quedando como una acción individual mas no sistémica e integrada. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporar los procedimientos de verificación y conciliación mensual por áreas en la priorización de actividades que serán sometidas al desarrollo de la gestión de procesos. |

3.6 Evaluación de Desempeño

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La Red Asistencial Tacna cuenta con una herramienta de medición, institucional de los Indicadores de Gestión (Tablero de Monitoreo de Indicadores de Gestión) los mismos que son evaluados de manera permanente y son difundidos al personal. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Débil compromiso de muchos colaboradores en el desempeño. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar un proceso de evaluación del desempeño tomando en consideración las competencias necesarias para el desempeño de las funciones. |



3.8 Documentación de Procesos, Actividades y Tareas

| FORTALEZAS |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El módulo de normatividad en la Intranet Institucional contiene Directivas, Guías, Instructivos, Reglamentos, Manuales, Resoluciones y documentos de gestión institucional para aplicación y consulta. 2. Se cuenta con un Sistema de Trámite Documentario (SIAD) Institucional en el que las Unidades Orgánicas y su personal pueden registrar y efectuar seguimiento a las actividades que rigen su accionar y del rol que les corresponde para el cumplimiento de los objetivos. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Red Asistencial Tacna aún no se ha implementado la Gestión por Procesos. 2. No todo el personal accede al SIAD, ni cuenta con acceso al Portal Intranet. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con la implementación de la Gestión por Procesos en la Red Asistencial Tacna, capacitando al personal en esa metodología. |

3.9 Revisión de Procesos, Actividades y Tareas

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Red Asistencial Tacna se viene difundiendo el Enfoque de Procesos y la Mejora Continua vinculándolos a los Planes, Reglamento, Guías, Directivas, entre otros. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Gran parte de los colaboradores de la Red Asistencial Tacna conocen poco o nada de la aplicación del Enfoque de Procesos y la Mejora Continua. 2. Si bien las unidades revisan el desarrollo de las actividades, no cuentan con procedimientos que orienten dicha revisión, no realizándola de manera sistémica. 3. No existe un compendio normativo unificado, ordenado y accesible en la Institución. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar al personal de la Red Asistencial Tacna en la metodología de Gestión por Procesos. |



3.10 Controles de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

| FORTALEZAS |
|---|
| 1. Se cuenta con un Plan Informático Institucional que contempla controles y medidas de seguridad para cautelar el acceso a los sistemas y fuentes de datos informáticos. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El Plan Informático Institucional no ha sido difundido por la Unidad de Soporte Informático de la Red. 2. No se cuenta con sistemas suficientes para automatizar todos los procesos. 3. Falta de planificación previa sobre las necesidades de automatización de las áreas. 4. Falta de actividades de capacitación en Tecnologías de la Información al personal de la institución, o en algunos casos es restringida y limitada. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 5. Elaborar un Plan de Capacitación anual sobre el Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs) en la Red Asistencial Tacna. |

4.1 Funcionamiento y Características de la Información

| FORTALEZAS |
|---|
| 1. En la Red Asistencial Tacna los accesos a la información se otorgan de acuerdo a los niveles establecidos, acordes con la función del personal y bajo las autorizaciones correspondientes. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión débil de las normas sobre el buen uso de los canales de comunicación, correo electrónico, memorandos, informes, cartas. 2. Falta de atención inmediata y oportuna de la información requerida por la Gerencia de la Red. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación y difusión de las normas sobre el buen uso y manejo del sistema de información para lograr su uso eficiente. 2. Se debe elaborar normativa para la organización y clasificación de los Archivos Digitales. |



4.3 Calidad y Suficiencia de la Información

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Las unidades orgánicas reconocen la calidad y oportunidad de la información que gestiona la Institución. 2. El Sistema de Trámite Documentario dentro de sus bondades tiende a que los documentos se organicen digitalmente, lo cual facilita la revisión de los antecedentes. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La mayoría de los colaboradores hace uso de los sistemas digitales de trámite de manera parcial. 2. Asignación incorrecta de responsabilidades en los procedimientos de manejo de la información. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar procedimientos objetivos para garantizar la calidad de la información. 2. Incluir en los procesos de inducción de los nuevos colaboradores la capacitación para el correcto manejo de la información que garantice la calidad y suficiencia de la misma. |

4.4 Sistema de Información

| FORTALEZAS |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con información de los temas de mayor relevancia institucional en el Portal Intranet de ESSALUD. 2. Se cuenta con Normativa Institucional para regular el acceso a internet, cuentas de usuario, claves de acceso, correo electrónico, y uso de estaciones de trabajo. |
| DEBILIDADES |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No existe una práctica de recoger sugerencias de mejora para el Sistema de Información Institucional. 2. No se difunde la Normativa Institucional para la regulación de los Sistemas de Información Institucionales. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión y aplicación de la directiva vinculada a los lineamientos sobre seguridad informática. |



32

4.5 Flexibilidad al cambio

| |
|---|
| FORTALEZAS |
| 1. Se encuentra en proceso de generación algunos cambios estructurales mediante la emisión de los nuevos ROFs de los Órganos Desconcentrados. |
| DEBILIDADES |
| 1. No se cuenta con políticas y procedimientos para la revisión periódica, actualización, capacitación y difusión de los sistemas de información implementados. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Elaborar un plan de charlas de motivación generando participación activa. |

5.2 Seguimiento de Resultados

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| 1. Se cuenta con un Portal Web Intranet que permite espacios de difusión. |
| DEBILIDADES |
| 1. Desinterés de algunas áreas en el seguimiento e implementación de recomendaciones del Órgano de Control Interno. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Implementar un Reporte para regular el registro y comunicación de deficiencias detectadas en el seguimiento de resultados de acciones de control. |

5.3 Compromisos de Mejoramiento

| |
|--|
| FORTALEZAS |
| 1. Se cuenta con un Portal Web Intranet que permite espacios de difusión. |
| DEBILIDADES |
| 1. Escaso interés en el compromiso de mejoramiento a través de las labores de Control Interno, debido a que solo se percibe su potestad sancionadora, mas no la prevención de riesgos. |
| ASPECTOS A IMPLEMENTAR |
| 1. Desarrollar propuesta para definir lineamientos de regulación de las actividades de Autoevaluación de Control Interno en la Red Asistencial Tacna. |

