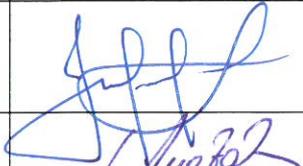
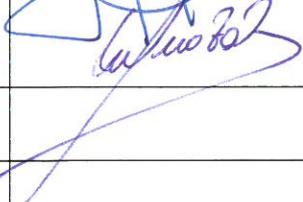


GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y PROCESOS
SUBGERENCIA DE PROCESOS

2020

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE INTEGRIDAD
(Versión AS-IS)

GRADO	CARGO	NOMBRES	FIRMA
Validado por	Jefe de la Oficina de Integridad	José Luis Liendo Sotomayor	
Validado por	Profesional	Melina Peralta Ochoa	

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ITEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	RESPONSABLE
01		Versión inicial del documento		SubGerencia de Procesos



INDICE

	<u>Pág. N°</u>
1 Objetivo	5
2 Alcance	5
3 Términos y definiciones	5
4 Consideraciones	12
5 Base legal	12
6 Alineamiento procesos y mapa de procesos Nivel 0 y objetivos estratégicos y operativos	16
7 Matriz cliente – producto	17
8 Matriz de responsabilidad	18
9 Inventario de Procesos	19
10 Ficha de procesos Nivel 0, 01 y 02	20
11 Fichas de Procedimientos	25
12 Diagramas de Flujos	39
13 Ficha de Indicadores de Gestión	47
14 Fichas de Riesgos	54
15 Factores Críticos	62
16 Conclusiones	64
17 Recomendaciones	64



1. OBJETIVO

Documentar los procesos y procedimientos a cargo de la Oficina de Integridad a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios a su cargo; permitiendo optimizar el aprovechamiento de los recursos y agilizar los flujos de trabajo, propiciando la eficiencia en la gestión institucional.

2. ALCANCE

Referente a su uso

El presente documento está dirigido a todo el personal que labora en la Oficina de Integridad.

Referente al tipo de procesos

Los procesos de la Oficina de Integridad descritos en el presente manual, son los procesos de tipo misional.



3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3.1 TERMINOS

SIGLAS / ACRONIMOS	DEFINICIÓN
ABOG	ABOGADO
AD	ALTA DIRECCIÓN
ASEG	ASEGURADO
EMPL	EMPLEADOR
R-PRDI	PROGRAMA INFORMATICO DE DENUNCIAS
GCAJ	GERENCIA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA
GCTIC	GERENCIA CENTRAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.
GCGP	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
GCPP	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
GG	GERENCIA GENERAL
OFIN	OFICINA DE INTEGRIDAD
OCI	OFICINA DE CONTROL INTERNO
OSPE	OFICINAS DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONOMICAS
P.E	PRESIDENCIA EJECUTIVA
POI	PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL
PEI	PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL
FONAFE	FONDO NACIONAL DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD EMPRESARIAL DEL ESTADO
RSAIP	SISTEMA INFORMATICO DENOMINADO "REGISTRO DE SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA"
SUSALUD	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD...
TUPA	TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

3.2 DEFINICIONES

Referente a Ética

1. **Respeto.** - Adecuar su conducta hacia el respeto de la Constitución y las Leyes, garantizando que en todas las fases del proceso de toma de decisiones o en el cumplimiento de los procedimientos administrativos, se respeten los derechos a la defensa y al debido procedimiento.
2. **Probidad.** - Actuar con rectitud, honradez y honestidad, procurando satisfacer el interés general y desechando todo provecho o ventaja personal, obtenido por sí o por interpósita persona.
3. **Eficiencia.** - Brindar calidad en cada una de las funciones a su cargo, procurando obtener una capacitación sólida y permanente.
4. **Idoneidad.** - Entendida como aptitud técnica, legal y moral, es condición esencial para el acceso y ejercicio de la función pública. El servidor público debe propender a una formación sólida acorde a la realidad, capacitándose permanentemente para el debido cumplimiento de sus funciones.
5. **Veracidad.** - Expresar con autenticidad en las relaciones funcionales con todos los miembros de su institución y con la ciudadanía, y contribuye al esclarecimiento de los hechos.
6. **Lealtad y Obediencia.** - Actuar con fidelidad y solidaridad hacia todos los miembros de su institución, cumpliendo las órdenes que le imparta el superior jerárquico competente, en la medida que reúnan las formalidades del caso y tengan por objeto la realización de actos de servicio que se vinculen con las funciones a su cargo, salvo los supuestos de arbitrariedad o ilegalidad manifiestas, las que deberá poner en conocimiento del superior jerárquico de su institución.
7. **Justicia y Equidad.** - Tener permanente disposición para el cumplimiento de sus funciones, otorgando a cada uno lo que le es debido, actuando con equidad en sus relaciones con el Estado, con el administrado, con sus superiores, con sus subordinados y con la ciudadanía en general.
8. **Lealtad al Estado de Derecho.** - El funcionario de confianza debe lealtad a la Constitución y al Estado de Derecho. Ocupar cargos de confianza en regímenes de facto, es causal de cese automático e inmediato de la función pública.
9. **Neutralidad.** - Actuar con absoluta imparcialidad política, económica o de cualquier otra índole en el desempeño de sus funciones demostrando independencia a sus vinculaciones con personas, partidos políticos o instituciones.
10. **Transparencia.** - Ejecutar los actos del servicio de manera transparente, ello implica que dichos actos tienen en principio carácter público y son accesibles al conocimiento de toda persona natural o jurídica. El servidor público debe de brindar y facilitar información fidedigna, completa y oportuna.
11. **Discreción.** - Guardar reserva respecto de hechos o informaciones de los que tenga conocimiento con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de los deberes y las responsabilidades que le



correspondan en virtud de las normas que regulan el acceso y la transparencia de la información pública.

12. **Ejercicio Adecuado del Cargo.** - Con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones el servidor público no debe adoptar represalia de ningún tipo o ejercer coacción alguna contra otros servidores públicos u otras personas.
13. **Uso Adecuado de los Bienes del Estado.** - Proteger y conservar los bienes del Estado, debiendo utilizar los que le fueran asignados para el desempeño de sus funciones de manera racional, evitando su abuso, derroche o desaprovechamiento, sin emplear o permitir que otros empleen los bienes del Estado para fines particulares o propósitos que no sean aquellos para los cuales hubieran sido específicamente destinados.
14. **Responsabilidad.** - Todo servidor público debe desarrollar sus funciones a cabalidad y en forma integral, asumiendo con pleno respeto su función pública. Ante situaciones extraordinarias, el servidor público puede realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad no sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar, neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten. Todo servidor público debe respetar los derechos de los administrados establecidos en el artículo 55 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
15. **Mantener Intereses de Conflicto.** - Mantener relaciones o de aceptar situaciones en cuyo contexto sus intereses personales, laborales, económicos o financieros pudieran estar en conflicto con el cumplimiento de los deberes y funciones a su cargo.
16. **Obtener Ventajas Indevidas.** - Obtener o procurar beneficios o ventajas indevidas, para sí o para otros, mediante el uso de su cargo, autoridad, influencia o apariencia de influencia.
17. **Realizar Actividades de Proselitismo Político.** - Realizar actividades de proselitismo político a través de la utilización de sus funciones o por medio de la utilización de infraestructura, bienes o recursos públicos, ya sea a favor o en contra de partidos u organizaciones políticas o candidatos.
18. **Hacer Mal Uso de Información Privilegiada.** - Participar en transacciones u operaciones financieras utilizando información privilegiada de la entidad a la que pertenece o que pudiera tener acceso a ella por su condición o ejercicio del cargo que desempeña, ni debe permitir el uso impropio de dicha información para el beneficio de algún interés.
19. **Presionar, Amenazar y/o Acosar.** - Ejercer presiones, amenazas o acoso sexual contra otros servidores públicos o subordinados que puedan afectar la dignidad de la persona o inducir a la realización de acciones dolosas.

Referente a Transparencia.

20. **Candidato:** Ciudadano o ciudadana que postula a cualquier cargo de elección popular, y que ha sido incluido en una solicitud de inscripción de fórmula o lista de candidatos presentada por una organización política ante el órgano electoral correspondiente.
21. **Proselitismo político:** Cualquier actividad realizada por los servidores, en el ejercicio de sus funciones o por medio de la utilización de los bienes



de la entidad en la que laboran o prestan servicios, destinada a captar seguidores para una causa política o favorecer o perjudicar los intereses particulares de organizaciones políticas de cualquier índole o de sus representantes, se encuentren inscritas o no en el Registro de Organizaciones Políticas del Jurado Nacional de Elecciones.

- 22. Propaganda electoral:** Toda acción destinada a persuadir a los electores para favorecer a una determinada organización política, candidato, lista u opción en consulta, con la finalidad de conseguir un resultado electoral. Solo la pueden efectuar las organizaciones políticas, candidatos, promotores de consulta popular de revocatoria y autoridades sometidas a consulta popular que utilicen recursos particulares o propios

Referente al Portal de Transparencia

- 23. Internet:** Sistema mundial descentralizado de redes de computadoras que interconecta organizaciones y personas mediante una amplia gama de servicios, recursos e información.
- 24. Intranet:** Herramienta web de comunicación interna puesta para divulgar y/o compartir información relevante y/o necesaria que se considere de interés para los trabajadores, a fin de que se logre un mejor conocimiento en beneficio personal y de la Entidad.
- 25. Portal Institucional:** Sitio web de entidades del Estado que concreta una serie de servicios como correo electrónico, foros de discusión, motores de búsqueda, chat y otros servicios en línea, a través de un punto de acceso único o centralizado.
- 26. Portal de Transparencia:** Sitio web por el cual el Estado Peruano promueve la transparencia de los actos de las entidades de la Administración Pública del Perú.
- 27. Web Master:** funcionario o trabajador responsable de publicar la información brindada por el Web Info en el Portal Institucional, Intranet y Portal de Transparencia. En el caso del Portal de Transparencia, el Web Master deberá publicar la información del Consejo Directivo, Presidencia Ejecutiva, Gerencia General y Secretaría General, según su naturaleza

Referente a Acceso a la información pública

- 28. Acceso a la información pública:** Derecho fundamental por el cual toda persona puede solicitar libremente y sin expresión de causa información que haya sido creada u obtenida o que se encuentre en posesión o bajo control del Seguro Social de Salud (ESSALUD), exceptuando la información que expresamente se excluye conforme a ley.
- 29. Coordinador:** persona responsable de realizar las acciones correspondientes para el seguimiento de las solicitudes de acceso a la información dentro del plazo; así como el consolidado de dichas solicitudes.
- 30. Documento:** Toda información registrada, cualquiera sea la forma o medio en que haya sido creada, recibida y conservada por una persona natural o jurídica en cumplimiento de sus obligaciones.
- 31. Expediente:** Conjunto de documentos vinculados a la atención de una solicitud de acceso a la información pública.



32. **Funcionario responsable de entregar la información:** Persona encargada de atender las solicitudes de acceso a la información que el Órgano Central u Órgano Desconcentrado a su cargo hubiera producido u obtenido en el ejercicio de sus funciones.
33. **Mesa de Partes:** Unidad de recepción de documentos que son presentados a la entidad, calificado como el punto de inicio de atención al usuario.
34. **Solicitud de información atendida:** Aquella que origina una respuesta escrita en documento físico o electrónico de la entidad, mediante la cual se pone a disposición la información solicitada.
35. **Solicitud de información no atendida:** Aquella que no cuenta con respuesta escrita en documento físico o electrónico por parte de la entidad, o en el que se le niega el acceso a la información sin motivo previsto en la ley.

Referente a Denuncias por presuntos actos de corrupción

36. **Acto de corrupción:** Describe aquella conducta o hecho que da cuenta del abuso del poder público por parte de un servidor civil que lo ostente, con el propósito de obtener para sí o para terceros un beneficio indebido.
37. **Botón de "Denuncia":** Acceso electrónico disponible en la página web institucional de EsSalud a través del cual se pueden registrar denuncias.
38. **Código Cifrado:** Para los efectos de la presente Directiva, se trata de un código numérico que un sistema informático otorga de forma aleatoria en el momento de la presentación de la denuncia, a efectos de proteger la identidad del denunciante y el posterior seguimiento.
39. **Denunciante:** Es toda persona natural o jurídica que, en forma individual o colectiva, pone en conocimiento de la institución, a través de sus órganos competentes, un acto de corrupción.
40. **Denunciado:** Es todo servidor civil de la entidad de la Administración Pública, con prescindencia del régimen laboral, contractual o aquel que mantenga cualquier otra vinculación con el Estado, al que se le atribuye en la denuncia la comisión de un acto de corrupción susceptible de ser investigado en sede admin1strat1va y/o penal
41. **Denuncia:** Es aquella comunicación verbal, escrita o virtual, individual o colectiva, que da cuenta de un acto de corrupción susceptible de ser investigado en sede administrativa y/o penal. Su tramitación es gratuita. La atención de la denuncia constituye en sede administrativa un acto de administración interna. Su presentación en sede penal, no conlleva la participación de quien denuncia como parte procesal, salvo en lo relativo a la calificación o archivo de la denuncia, conforme a lo previsto en el artículo 334 del Código Procesal Penal, aprobado por el Decreto Legislativo N ° 957
Las denuncias por actos de corrupción pueden ser solicitadas conjuntamente con medidas de protección al denunciante, las cuales proceden a pedido expreso del interesado
42. **Denuncia de mala fe:** Constituyen denuncias de mala fe los supuestos descritos en el Decreto Legislativo N ° 1327 referidos a: hechos ya denunciados; denuncia reiterada, denuncia carente de fundamento y denuncia falsa.
43. **Medidas de protección:** Conjunto de medidas dispuestas por la autoridad administrativa competente, orientadas a proteger el ejercicio de



los derechos personales o laborales de los denunciantes y testigos de actos de corrupción. en cuanto le fuere aplicable. Su aplicación dependerá de las circunstancias y condiciones de vulnerabilidad evaluadas por la autoridad competente.

44. **Persona protegida:** Es el denunciante o testigo de un acto de corrupción al que se le ha concedido medidas de protección con la finalidad de garantizar el ejercicio de sus derechos personales o laborales.
45. **Colusión:** Es la asociación delictiva que realizan servidores civiles con contratistas, proveedores y arrendadores, con el propósito de obtener recursos y beneficios ilícitos, a través de concursos amañados o prescindiendo de su realización (adjudicaciones directas), a pesar de que así lo indica la ley o normatividad correspondiente.
46. **Extorsión:** Es cuando un servidor, aprovechándose de su cargo y bajo la amenaza, sutil o directa, obliga al usuario de un servicio público a entregarse también, directa o indirectamente, una recompensa.
47. **Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por aprovechar la posición en una organización con el objeto de utilizar o aplicar indebidamente los recursos o activos de dicha organización, de forma deliberada para el enriquecimiento personal.
48. **Peculado:** Es la apropiación ilegal de los bienes por parte del servidor civil que los administra
49. **Soborno:** Es cuando un ciudadano o una organización, entrega directa o indirectamente a un servidor civil, determinada cantidad de dinero o cualquier otro beneficio, con el propósito de que obtenga una respuesta favorable a un trámite o solicitud, independientemente si cumplió o no con los requisitos legales establecidos.
50. **Tráfico de Influencias:** Es cuando un servidor civil utiliza su cargo actual o sus nexos con funcionarios o integrantes de los poderes ejecutivo, legislativo o judicial, para obtener un beneficio personal o familiar, o para favorecer determinada causa u organización.



Referente al Sistema de Control Interno.

51. **Control Interno:** Es un proceso permanente e integral efectuado por los funcionarios y servidores públicos de la entidad, diseñado con el objeto de enfrentar los riesgos y proporcionar un grado de seguridad razonable sobre el cumplimiento de sus objetivos institucionales. De esta manera se promueve una gestión eficaz, eficiente, ética y transparente y permite prevenir irregularidades y actos de corrupción.
52. **Procedimiento de implementación del SCI:** La implementación, seguimiento y evaluación del SCI, constituye un proceso integral y permanente que permite el desarrollo de sus componentes, principios y puntos de interés. Comprende la ejecución de las actividades siguientes: i) Actividad 1: Diagnóstico Integral del SCI; ii) Actividad 2: Plan de Acción Anual; iii) Actividad 3: Seguimiento de la ejecución del Plan de Acción Anual; y, iv) Actividad 4: Evaluación Anual de la implementación del SCI.
53. **Cuestionario de Evaluación Anual del SCI:** Es la herramienta que permite medir de manera cualitativa y cuantitativa el nivel de madurez del SCI, verificando la existencia y funcionamiento de sus componentes, principios y puntos de interés.

54. **Deficiencia:** Es la falla percibida, potencial o real que afecta los componentes o principios del SCI y que reduce la probabilidad de cumplimiento de los objetivos de la entidad.
55. **Medidas de Remediación:** Son las acciones o disposiciones que se ejecutan con la finalidad de revertir o superar las deficiencias del SCI.
56. **Plan de Acción Anual:** Es la herramienta que consolida las medidas de remediación establecidas para revertir o superar las deficiencias identificadas en el cuestionario de diagnóstico y el de evaluación anual del SCI. El cual establece la o las gerencias responsables, plazos, medios de acreditación.
57. **Titular:** Máxima autoridad jerárquica institucional, de carácter unipersonal o colegiado. En caso de órganos colegiados, se entenderá por titular a quien lo preside.
58. **Responsable de la implementación del SCI:** Es el funcionario de más alto nivel administrativo de la entidad, responsable de coordinar la planificación, implementación, seguimiento y evaluación del SCI. Este rol debe ser asumido por el Gerente General o quien haga de sus veces.
59. **Equipos de trabajo para la implementación, seguimiento y evaluación del SCI:** Los equipos de trabajo deben estar liderados por el funcionario a cargo del órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI y pueden estar integrados por funcionarios y/o servidores públicos de la entidad. El o los equipos de trabajo tienen a su cargo la ejecución de las actividades para implementar el SCI en la entidad.
60. **Mejora continua:** La mejora continua tiene como finalidad que la entidad determine y ejecute medidas que permitan mejorar y fortalecer la implementación del SCI, a fin de lograr la eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión de la entidad. La mejora continua se efectúa, ejecutando cada año, el Plan de Acción Anual, el Seguimiento a la ejecución del Plan de Acción anual y la Evaluación anual de la implementación del SCI, dentro de las cuales se aplican las medidas que tienen como objeto de mejorar y fortalecer la implementación del SCI.



Referente a Conflicto de interés

61. **Conflicto de intereses.** Situación que se presenta cuando el funcionario o servidor tiene o podría tener o tiene intereses personales, laborales, económicos, familiares o financieros, que puede afectar el desempeño independiente, imparcial y objetivo de sus funciones o estar en conflicto con el cumplimiento de los deberes y funciones a su cargo.
62. **Declaración de conflicto de intereses.** Es el acto transparente de dar a conocer formalmente a EsSalud que existe un interés que podría afectar el desempeño de sus funciones.
63. **Manejo de conflicto de intereses.** Es el proceso que desarrolla la instancia correspondiente a partir de la valorización de la declaración de interés de cada actor para decidir si es pertinente o no participar en la toma de decisión.
64. **Servidor y funcionario público.** Es aquel empleado público de la entidad, en cualquiera de los niveles jerárquicos sea éste nombrado, contratado, designado, de confianza o electo que desempeñe actividades o funciones en nombre del servicio del Estado.

4. CONSIDERACIONES

- 4.1. El Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Integridad, va a estar sujeto a modificaciones y/o actualizaciones permanentes, en atención a los cambios o mejoras que se susciten en la normatividad legal del sistema del Seguro Social de Salud.
- 4.2. La metodología que se ha aplicado en el desarrollo del presente documento de gestión, se ha basado en las normas que han sido emitidas por la Gerencia de Organización y Procesos de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuestos y de la Secretaría de Gestión Pública adscrita a la Presidencia del Consejo de Ministros.

5. BASE LEGAL

GENERAL

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus normas modificatorias.
- 5.2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social y sus normas modificatorias
- 5.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- 5.4. Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General
- 5.5. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- 5.6. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.7. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344.
- 5.8. D.S. N° 004-2013, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- 5.9. Decreto Supremo N° 010-2016-SA que aprueba las Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Salud Públicas.
- 5.10. Decreto Supremo N° 003-2018-SA, que amplía el plazo por dos años a partir del 1 de marzo 2018, del plazo previsto en la primera disposición complementaria final del D.S. N° 010-2016-SA.
- 5.11. Resolución Superintendencia N° 010-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/CD; "Reglamento para la Gestión del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud" y la "Guía para autoevaluación del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud".
- 5.12. Resolución de Superintendencia N° 044-2014-SUSALUD-S, que aprueba el "Reglamento de la Gestión Integral de Riesgos en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud".
- 5.13. Resolución de Presidencia Ejecutiva N 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD y modificatorias.
- 5.14. Resolución de Presidencia Ejecutiva N 131-2019-PE-ESSALUD-2014 que da por concluidas las actividades del "Comité de Gestión de Riesgos en el Seguro Social de Salud", conformado mediante Resolución de Gerencia General N° 1139-GG-ESSALUD-2015, conforma un nuevo Comité de Gestión de Riesgos en el Seguro Social de Salud".
- 5.15. Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 4 – GCPP- ESSALUD-2019 V.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud"
- 5.16. Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, N° 141-PE-ESSALUD-2016, N° 310-PEESSALUD-2016, N° 328-PE-ESSALUD-



- 2016, N° 394-PE-ESSALUD-2016, N° 055, 142, 347 y 539-PEESSALUD-2017 y N° 125-PE-ESSALUD-2018), que aprueba el ROF, su nueva estructura, así como sus respectivas modificaciones de la Sede Central, lo mismo que de las Redes Prestacionales.
- 5.17. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, modificada por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva; N° 767-PE-ESSALUD-2015, N° 141-PE-ESSALUD-2016, N° 310-PE-ESSALUD-2016, N° 328-PE-ESSALUD-2016, N° 394-PE-ESSALUD-2016, N° 055-PE-ESSALUD-2017, N° 142-PE-ESSALUD-2017, N° 347-PE-ESSALUD-2017y 539-PE-ESSALUD-2017.
- 5.18. Resolución de la Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD".

Referente a Código de Ética

- 5.19. Ley N° 27815-Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- 5.20. Decreto Supremo N°033-2005-PCM-Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- 5.21. Resolución Ministerial N° 050-2009-PCM - "Lineamientos para la promoción del Código de Ética de la Función Pública en las entidades públicas del Poder Ejecutivo".
- 5.22. Resolución Ministerial N° 195-2012-PCM que modifica la Resolución N° 050-2009-PCM
- 5.23. Acuerdo del Consejo Directivo N°04-03-ESSALUD-2019-Código de Ética del Seguro Social de Salud-EsSalud.
- 5.24. Directiva de Gerencia General N° 002-OFIN-ESSALUD-2018, Disposiciones sobre neutralidad y transparencia de los trabajadores del Seguro Social de Salud - EsSalud durante los procesos electorales.



Referente al Plan de Integridad y lucha contra la corrupción.

- 5.25. Decreto Supremo N° 092-2017-PCM-Política Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción.
- 5.26. Decreto Supremo N° 056-2018-PCM-Política General de Gobierno al 2021.
- 5.27. Decreto Supremo N° 044-2018-PCM-Plan Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción 2018-2021.
- 5.28. Resolución de Secretaría de Integridad Pública N° 001-2019-PCM/SIP - Directiva "Lineamientos para la implementación de la función de integridad en las entidades de la Administración Pública".
- 5.29. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 179-PE-ESSALUD-2019-Plan de Integridad y Lucha contra la Corrupción del Seguro Social de Salud-EsSalud-2019-2021.
- 5.30. Acuerdo de Consejo Directivo N° 05-03-ESSALUD-2019-Política Anticorrupción del Seguro Social de Salud – EsSalud.

Referente al Portal de Transparencia

- 5.31. Decreto Supremo N° 021-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 5.32. Decreto Supremo N° 072-2003-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

- 5.33. Decreto Supremo N° 063-2010-PCM que aprueba la implementación del Portal de Transparencia Estándar en las Entidades de la Administración Pública.
- 5.34. Resolución Ministerial N° 035-2017-PCM que aprueba la Directiva N° 001-2017-PCM/SGP "Lineamientos para la implementación del Portal de Transparencia Estándar en las entidades de la Administración Pública".
- 5.35. Resolución de Gerencia General N° 1381 -GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva N° 09 -GG-ESSALUD-2015 "Procedimiento para la publicación y actualización de información en el Portal Institucional, Intranet y Portal de Transparencia del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
- 5.36. Resolución de Gerencia General N° 1111-GG-ESSALUD-2016 que modifica la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2015 "Procedimiento para la publicación y actualización de información en el Portal Institucional, Intranet y Portal de Transparencia del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"

Referente al Acceso a la información pública

- 5.37. Decreto Legislativo N° 1353 que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la Regulación de la Gestión de Intereses.
- 5.38. Decreto Legislativo N° 1416 que fortalece el Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 5.39. Decreto Supremo N° 021-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 5.40. Decreto Supremo N° 072-2003-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 5.41. Decreto Supremo N° 019-2017-JUS que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1353, Decreto legislativo que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la Regulación de la Gestión de Intereses.
- 5.42. Resolución de Gerencia General N° 887-GG-ESSALUD-2014 que aprueba la Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
- 5.43. Resolución de Gerencia General N° 785 -GG-ESSALUD-2019 que modifica la Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
- 5.44. Resolución de Gerencia General N° 1070-GG-ESSALUD-2019 que deja sin efecto los literales d) y e) del numeral "2.5. Del Recurso de Apelación" de la Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud - ESSALUD". .

Referente a Denuncias por presuntos actos de corrupción

- 5.45. Decreto Legislativo N° 1327 -Decreto Legislativo que establece medidas de protección para el denunciante de actos de corrupción y sanciona las denuncias realizadas de mala fe.
- 5.46. Decreto Supremo N° 010-2017-JUS-Reglamento del Decreto Legislativo que establece medidas de protección para el denunciante de actos de corrupción y sanciona las denuncias realizadas de mala fe.



- 5.47. Decreto Supremo N° 002-2020-JUS-Que modifica el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1327 que establece medidas de protección al denunciante de actos de corrupción y sanciona las denuncias realizadas de mala fe.
- 5.48. Resolución de Gerencia General N° 1405-GG-ESSALUD-2018 V.01 que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 010-ESSALUD-2018 V.01, denominada "Procedimiento para la atención de denuncias por presuntos actos de corrupción en el Seguro Social de Salud-EsSalud y el otorgamiento de medidas de protección al denunciante"
- 5.49. Resolución de Gerencia General N° 163-GG-ESSALUD-2020 que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 03-OFIN-ESSALUD-2020 V.01 denominada "Disposiciones para la implementación y aplicación del mecanismo de usuario oculto como herramienta de identificación de irregularidades en el personal del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

Referente al Sistema de Control Interno

- 5.50. Ley N° 28716- Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- 5.51. Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG- Contralor General (e) aprueba Normas de Control Interno.

Normativa Vigente:

- 5.52. Directiva N° 011-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en el Banco Central de Reserva del Perú, Petroperú S.A., Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado y entidades que se encuentran bajo la supervisión de ambas", aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 409-2019-CG de 20 de diciembre de 2019.
- 5.53. Resolución de Contraloría N° 130-2020-CG de 6 de mayo de 2020, que modifica la Directiva N° 011-2019-CG/INTEG.

Referente al Conflicto de intereses.

- 5.54. Ley N° 28024 - Ley que regula la gestión de intereses en la administración pública.
- 5.55. Decreto Supremo N° 120-2019-PCM - Reglamento de la Ley N° 28024, Ley que regula la gestión de intereses en la administración pública.
- 5.56. Decreto Supremo N°091-2020-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N° 020-2019, Decreto de Urgencia que establece la obligatoriedad de la presentación de la Declaración Jurada de Intereses en el sector público.
- 5.57. Decreto de Urgencia N° 020-2019- Decreto de Urgencia que establece la obligatoriedad de la presentación de la Declaración Jurada de Intereses en el Sector Público.
- 5.58. Directiva de Gerencia General N° 013-OFIN-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva sobre Conflicto de Intereses y Actuación de Integridad en EsSalud".
- 5.59. Resolución de Gerencia General N° 868-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la modificatoria de la Directiva de Gerencia General N° 013-OFIN-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva sobre Conflicto de Intereses y Actuación de Integridad en el Seguro Social de Salud-EsSalud".



6. ALINEAMIENTO DE LOS PROCESOS CON EL MAPA DE PROCESOS NIVEL 0, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS VS MACRO-PROCESOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO PEI 20120-2024	ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES	MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OEI.01 Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	AEI. 1.1 Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	E01 Gestión de Planificación Estratégica M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S02 Gestión Financiera E03 Gestión de Riesgos S01 Gestión Logística M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Ratio de deuda respecto al Presupuesto Índice de sinistralidad por tipo de Seguro Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al período anterior Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total
	AEI. 1.2 Manejo eficiente de los gastos institucionales		
OEI.02 Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI. 2.1 Mejorar el modelo de atención Integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas	Satisfacción del usuario Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido Porcentaje de cumplimiento de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V Porcentaje de referencia no pertinentes Porcentaje de Contrarreferencias
	AEI. 2.2 Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados	M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S04 Gestión Jurídica E04 Gestión de Calidad E02 Modernización E03 Gestión de Riesgos S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S08 Gestión de Proyectos de Inversión S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S03 Gestión de Capital Humano E01 Gestión de Planificación Estratégica S06 Gestión de Seguridad Integral, Emergencias y desastres E06 Control Interno	
OEI.03 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 2.3 Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado		
	AEI. 2.4 Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados		
OEI.03 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 2.5 Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido		
	AEI. 2.6 Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres		
OEI.03 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 3.1 Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Modernización S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S08 Gestión de Proyectos de Inversión S05 Gestión Documental M01 Gestión de Aseguramiento en Salud E05 Gestión de Imagen Institucional E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano E03 Gestión de Riesgos	Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones Porcentaje de sistemas clave interoperables Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables Porcentaje de aplicativos implementados en nube Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales Índice de percepción de buen trato en los servicios Índice de clima laboral
	AEI. 3.2 Brinden información constante y oportuna para tomar decisiones en la institución		
OEI.03 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 3.3 Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado		
	AEI. 3.4 Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución		

Elaborado : Subgerencia de Procesos - GOP



7. MATRIZ CLIENTE PRODUCTO

PRODUCTO CLIENTE	Políticas, Directivas, planes, estrategias.	Plan anticorrupción/ Plan Integridad	Denuncias sobre presuntos actos de corrupción	código de Ética implementado	Portal de transparencia actualizado y completo	Solicitud sobre acceso a la información pública atendida	Declaraciones Juradas supervisadas
INTERNO	OFIN (Áreas Internas)	X	X	X	X	X	X
	GCAJ	X	X				
	GERENCIA GENERAL	X	X	X	X	X	X
	ÁREAS USUARIAS	X	X	X	X	X	X
	GCGP		X		X		
	GCTIC					X	
EXTERNO	SUSALUD	X		X	X		
	FONAFE	X					
	CONTRALORIA			X			X
	PCM					X	X



8. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD

PROCESOS RESPONSABLES	Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad,	Plan de Integridad y lucha contra la corrupción	Gestión de denuncias sobre posibles actos de corrupción	Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de Ética	Supervisión del portal de transparencia	Supervisión en la atención de solicitudes de Acceso a la información pública	Supervisión el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad
Profesional de OFIN	R	R	R	R	R	R	R
Jefatura de OFIN	A, I	A, I	A, I	A, I	A, I	A, I	A, I
GCAJ	C		C				
GERENCIA GENERAL	C, I	C, I	C, I	C, I	C, I	C, I	C, I
GCTIC					I		
ORI				I	I		I
GCGP		I	I	I			I
GCPP	I						
AREAS USUARIAS	I		I				

R: Responsable / Responsable. Es el que se encarga de hacer la tarea o actividad.

A: Accountable / Persona a cargo. Es la persona que es responsable de que la tarea se le hecha. No es lo mismo que la R, ya que no tiene por qué ser quien realiza la tarea, puede delegarlo en otros. Sin embargo, si es quien debe asegurarse de que la tarea sea hecha, y se haga bien.

C: Consultar / Consultar. Los recursos con este rol son las personas con las que hay consultar datos o decisiones con respecto a la actividad o proceso que se define.

I: Informar / Informar. A estas personas se les informa de las decisiones que se toman, los resultados que se producen, estados del servicio, grados de ejecución.



9. INVENTARIO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

corr.	PROCESO NIVEL 0	PROCESO NIVEL 1	PROCESOS NIVEL 2
1	Gestión de Integridad	Programación y planeamiento	Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad, Código de ética, transparencia y anticorrupción
2		Gestión operativa	Plan de Integridad y lucha contra la corrupción (Supervisar el cumplimiento del Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud)
3			Gestión de denuncias sobre posibles actos de corrupción
4			Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de Ética
5		Supervisión y control	Supervisión del portal de transparencia
6			Supervisión de la atención de solicitudes de acceso a la información pública
7			Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad. <i>(Declaración Jurada de Intereses, Declaración Jurada de Conflicto de Interés - Miembros de Comité y presentación de la Declaración Jurada de participación en los procesos electorales).</i>



10. FICHA DE PROCESOS DE NIVEL 0, 01 Y 02
10.1. Ficha de Procesos de Nivel 0

FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 0			
1. NOMBRE	GESTION DE INTEGRIDAD	4. RESPONSABLE	OFICINA DE INTEGRIDAD.
2. OBJETIVO	Promover la integridad, ética, transparencia y control interno en ESSALUD y ejecutar las actividades relacionadas a prevenir la corrupción. Asimismo, articula y coordina con las instancias encargadas de investigar y sancionar a efectos de brindar una respuesta articulada al interior y exterior de la entidad	5. REQUISITOS (NORMATIVAS)	Todas las políticas, normas, directivas relacionadas a la gestión de la Oficina de Integridad se encuentran detallada en el capítulo Base Legal de este documento
3. ALCANCE	Desde la Programación y planeamiento de sus políticas, planes, estrategias y herramientas de gestión hasta la supervisión y control en busca de la mejora continua	6. CLASIFICACIÓN	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO			
7. PROVEEDORES	8. ENTRADAS	9. PROCESOS NIVEL 1	10. SALIDAS
ESSALUD. NORMATIVAS Y POLITICAS DEL ESTADO,PCM, SUSALUD, MINTRA, CONTRALORIA; FONAFE, MINSA. INSTITUCIONES PRIVADAS, ORGANISMOS INTERNACIONALES	-Normas y Políticas institucionales (ROF, PEI, POI, directivas, etc.) -Normas de PCM, Contraloría, FONAFE, Ministerio de Trabajo, MINSA	Programación y planeamiento	Políticas, planes, metodologías, e indicadores de gestión.
- OFIN - Público en General, trabajadores, - Asegurados - Instituciones del estado - Instituciones privadas	-Políticas, planes, estrategias, metodologías, e indicadores de gestión desarrolladas de la institución -Políticas y normativas del estado - Denuncias de ciudadanos, Trabajadores, Asegurados, Instituciones	Gestión operativa	- Aplicación, supervisión y mejora del plan anticorrupción - Gestión de denuncias sobre actos de corrupción - Implementación, seguimiento y mejoras en materia de código de ética
- OFIN - Público en General, trabajadores, - Asegurados - Instituciones del estado - Instituciones privadas	- Aplicación, supervisión y mejora del plan anticorrupción - Implementación, seguimiento y mejoras del SCI - Gestión de denuncias sobre actos de corrupción - Implementación, seguimiento y mejoras en materia de código de ética	Supervisión y control	- Supervisión del portal de transparencia - Supervisión de la atención de las solicitudes de acceso a la información pública - Supervisión al cumplimiento de la presentación de la declaración jurada (De interés den el sector público y conflicto de interés)
			11. CIUDADANO O DESTINATARIO DE LOS BS Y SS -OFIN -Gerencia General, P.E, GCPP, GGCP. -FONAFE -SUSALUD -PCM - Contraloría. -Trabajadores de la institución -Asegurados -Público en general -Instituciones del estado o privadas -Gerencia General -Presidencia Ejecutiva -GC de Planeamiento y Presupuesto -GC de Gestión de las personas - Población asegurada pública o privada, - PCM - Contraloría - Minsa - MINTRA



<ul style="list-style-type: none"> - Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. - Decreto Supremo N° 063-2010-PCM, que aprueba la implementación del Portal de Transparencia Estándar - Decreto Legislativo N° 1353 que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortalece el Régimen de Protección de Datos Personales y la Regulación de la Gestión de Intereses. - Normativas aplicación, supervisión y mejora del plan anticorrupción - Además de Políticas y normativas afines que se mencionan en la Base legal de este documento 	<p>-SUSALUD.</p>
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO	
<p>12. CONTROLES E INSPECCIONES</p> <p>Verificación manual y en sistemas informáticos</p>	<p>13. RECURSOS</p> <p>RECURSOS HUMANOS -funcionarios (Jefe de Oficina, Profesionales, Técnicos, Asistentes Administrativos, secretarías, personal de limpieza. apoyo externo</p> <p>RECURSOS TECNOLÓGICOS -Software (Sistema de control de denuncias, SIAD, SAP) intranet, Internet, correo electrónico institucional, Zoom, Meet, videoconferencias. - Office (Word, Excel, PowerPoint) adobe acrobat.</p>
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO	
<p>15. REGISTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartas, Informes, Memorándum, oficios, resoluciones. - Hojas de trámite de documentos - Matriz de controles de avances y supervisiones. - Formatos. - Registros en los sistemas informáticos como el de denuncias y SIAD - Registro de control en formularios Excel - Informes de seguimiento 	<p>14. DOCUMENTOS Y FORMATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartas, oficios, memorándum, notas, informes. -Documentos aprobados y publicados
16. INDICADORES	
<p>(se indican a cada ficha de proceso de nivel 2)</p>	



10.2 Fichas de Nivel 1

Programación y planeamiento

FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
1. NOMBRE	Programación y planeamiento		4. RESPONSABLE	Oficina de Integridad
2. OBJETIVO	Establecer el marco estratégico de la Oficina de Integridad		5. REQUISITOS	Todas las políticas, normas, directivas relacionadas a la gestión de la Oficina de Integridad se encuentran detallada en el capítulo Base Legal de este documento.
3. ALCANCE	Comprende las actividades de planificar, analizar, desarrollar, aprobar, sociabilizar, evaluar y mejorar políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas de gestión, supervisión y control.		6. CLASIFICACIÓN	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7. PROVEEDORES	8. ENTRADAS	9. PROCESOS NIVEL 2	10. SALIDAS	11. CIUDADANO O DESTINATARIO DE LOS BS Y SS
INTERNOS -Alta Dirección, GG, GCPP, GCAJ, GCGP EXTERNOS -SUSALUD, PCM, Contraloría -Empresas privadas o públicas, MINSA, MINTRA	-Normas y Políticas institucionales (ROF, PEI, POI, directivas, etc.) -Normas de PCM, Contraloría, FONAFE, Ministerio de Trabajo, MINSA	Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad.	Políticas, planes, estrategias, metodologías, e indicadores de gestión.	- Presidencia Ejecutiva, Consejo Directivo - Gerencia General - OFIN - GCPP, GCGP. - FONAFE - SUSALUD - PCM - Contraloría
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12. CONTROLES E INSPECCIONES	13. RECURSOS	14. DOCUMENTOS Y FORMATOS		
- Supervisiones sobre políticas que deben cumplir los funcionarios y trabajadores de la institución - Verificación manual y en sistemas informáticos	RECURSOS HUMANOS -funcionarios (Jefa de Oficina, Profesionales, Técnicos, Asistentes Administrativos, secretarías, personal de limpieza, apoyo externo RECURSOS TECNOLÓGICOS -Software (Sistema de control de denuncias, SIAD, SAP) intranet, Internet, correo electrónico institucional, Zoom, Meet, videoconferencias. Office (Word, Excel, PowerPoint) adobe acrobat..	- Cartas, oficios, memorando, informes.		
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15. REGISTROS		16. INDICADORES		
- Sistemas informáticos de ESSALUD. - Cartas, Informes, Memorando, Notas. - Hojas de trámite de documentos. - Formatos y matrices de control		(se indican a cada ficha de proceso de nivel 2)		



Gestión Operativa

FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
1. NOMBRE	Gestión Operativa		4. RESPONSABLE	Oficina de Integridad
2. OBJETIVO	Ejecutar los planes de integridad y lucha contra la corrupción		5. REQUISITOS	Todas las políticas, normas, directivas relacionadas a la gestión de la Oficina de Integridad se encuentran detallada en el capítulo Base Legal de este documento.
3. ALCANCE	Comprende actividades de Aplicación, supervisión y mejora del plan anticorrupción, implementación, seguimiento y mejora del SCI, gestión de denuncias sobre actos de corrupción y la implementación, seguimiento y mejora en materia de código de ética.		6. CLASIFICACIÓN	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7. PROVEEDORES	8. ENTRADAS	9. PROCESOS NIVEL 2	10. SALIDAS	11. CIUDADANO O DESTINATARIO DE LOS BS Y SS
INTERNOS -Alta Dirección, GG, GCPP, GCAJ, GCGP EXTERNOS -SUSALUD, PCM, Contraloría, Empresas privadas o públicas, MINSA, MINTRA	-Normas y Políticas institucionales (ROF, PEI, POI, directivas, etc.) -Normas de PCM, Contraloría, FONAFE, Ministerio de Trabajo, MINSA	1. Plan de Integridad y lucha contra la corrupción (Supervisar el cumplimiento del Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud). 2. Gestión de denuncias sobre posibles actos de corrupción. 3. Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de Ética	-Plan Anticorrupción, aplicado, supervisado y mejorado. -Denuncias sobre actos de corrupción gestionadas -Código de ética implementado, supervisado y mejorado	- Presidencia Ejecutiva, Consejo Directivo - Gerencia General - OFIN - GCPP, GCGP. - FONAFE - SUSALUD - PCM - MINSA - MINTRA - Contraloría - Asegurados - Ciudadanos - Empleador - Trabajadores de la institución - proveedores
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12. CONTROLES E INSPECCIONES	13. RECURSOS	14. DOCUMENTOS Y FORMATOS		
Supervisiones sobre políticas que deben cumplir los funcionarios y trabajadores de la institución	RECURSOS HUMANOS -funcionarios (Jefa de Oficina, Profesionales, Técnicos, Asistentes Administrativos, secretarías, personal de limpieza. apoyo externo RECURSOS TECNOLÓGICOS -Software (Sistema de control de denuncias, SIAD, SAP) intranet, Internet, correo electrónico institucional, Zoom, Meet, videoconferencias. Office (Word, Excel, PowerPoint) adobe acrobat	- Cartas, oficios, memorando, informes. -		
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15. REGISTROS		16. INDICADORES		
Sistemas informáticos de ESSALUD. Cartas, Informes, Memorando, Notas. Hojas de trámite de documentos. Formatos y matrices de control		(se indican a cada ficha de proceso de nivel 2)		

Supervisión y control

FICHA TECNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
1. NOMBRE	Supervisión y Control		4. RESPONSABLE	Oficina de Integridad
2. OBJETIVO	Supervisar y controlar la ejecución de planes de integridad y lucha contra la corrupción		5. REQUISITOS	Todas las políticas, normas, directivas relacionadas a la gestión de la Oficina de Integridad se encuentran detalladas en el capítulo Base Legal de este documento
3. ALCANCE	Comprende los procesos Supervisión del portal de transparencia. Supervisión del cumplimiento de la atención de las solicitudes de Acceso a la información pública. Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad		6. CLASIFICACIÓN	Misional
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7. PROVEEDORES	8. ENTRADAS	9. PROCESOS NIVEL 2	10. SALIDAS	11. CIUDADANO O DESTINATARIO DE LOS BS Y SS
EXTERNOS -SUSALUD, PCM, Contraloría -Empresas privadas o públicas, MINSA, MINTRA INTERNOS -Presidencia Ejecutiva, Consejo Directivo, GG, GCPP, GCAJ, GCGP	-Normas y Políticas institucionales (ROF, PEI, POI, directivas, etc.) -Normas de PCM, Contraloría, FONAFE, Ministerio de Trabajo, MINSA	1) Supervisión del Portal de transparencia. 2) Supervisión de la atención de solicitudes de Acceso a la información pública 3) Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad		- Presidencia Ejecutiva, Consejo Directivo - Gerencia General - OFIN - GCPP, GCGP. - FONAFE - SUSALUD - PCM Contraloría
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12. CONTROLES E INSPECCIONES	13. RECURSOS		14. DOCUMENTOS Y FORMATOS	
Supervisiones sobre políticas que deben cumplir los funcionarios y trabajadores de la institución	RECURSOS HUMANOS -funcionarios (Jefa de Oficina, Profesionales, Técnicos, Asistentes Administrativos, secretarías, personal de limpieza. apoyo externo RECURSOS TECNOLÓGICOS -Software (Sistema de control de denuncias, SIAD, SAP) intranet, Internet, correo electrónico institucional, Zoom, Meet, videoconferencias. Office (Word, Excel, PowerPoint) adobe acrobat		- Cartas, oficios, memorando, informes.	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15. REGISTROS		16. INDICADORES		
Sistemas informáticos de ESSALUD. Cartas, Informes, Memorando, Notas. Hojas de trámite de documentos. Formatos y matrices de control		(se indican a cada ficha de proceso de nivel 2)		



11. FICHAS DE PROCEDIMIENTOS

11.1 Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad, Código de ética, transparencia y anticorrupción					
Objetivo	Determinar el marco integral basado en las políticas y normativas vigentes que permita gestionar en materia de integridad.					
Alcance	Inicio: Desarrollo de normativas, planes, estrategias y herramientas de gestión Fin: Aprobación y difusión					
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
			Lista de Actividades	Ejecutor		
Institución, PCGR, PCM, SUSALUD, Organismos del estado	ROF-GCPP, Normativas institucional, Políticas de Gobierno	1	Determinar la necesidad de desarrollar/actualizar normativas o instrumentos de gestión	Jefatura de OFIN	Necesidad identificada a desarrollar o actualizar	Jefatura de OFIN
Jefatura de OFIN	Necesidad identificada a desarrollar o actualizar	2	Derivar a profesional para desarrollar/actualizar (Se da pautas y recomendaciones por escrito y verbal)	Jefatura de OFIN	Instrumento de gestión a trabajar con aportes	Profesional OFIN
Jefatura de OFIN	Instrumento de gestión a trabajar con aportes	3	Tomar conocimiento sobre objetivo a lograr y de recomendaciones y pautas.	Profesional de OFIN	Requerimiento recibido	Profesional OFIN
Profesional de OFIN	Normativas, políticas, lineamientos, ROF.	4	Analizar requerimiento y desarrollar en base a las pautas y recomendaciones recibidas	Profesional de OFIN	Avance en el desarrollo del requerimiento	Profesional OFIN
Jefatura - OFIN	Avance en el desarrollo del requerimiento	5	Presentar/Exponer avance del desarrollo a Jefatura	profesional de OFIN	Avance del requerimiento presentado y/o expuesto	Jefatura de OFIN
Jefatura - OFIN	Avance en el desarrollo del requerimiento	6	Revisar el avance del doc. desarrollado (Normas, planes, estrategias, herramientas, etc.) dar pautas y recomendaciones	Jefatura de OFIN	Avance del requerimiento revisado	Jefatura de OFIN
Profesional OFIN	Avance del requerimiento revisado	7	Desarrollo complementario en el requerimiento (incluyendo nuevas recomendaciones y pautas)	Profesional de OFIN	Desarrollo del requerimiento culminado	Profesional de OFIN
Profesional OFIN	Desarrollo del requerimiento culminado	8	Desarrollar informe técnico y proyectar NOTA y otros documentos necesarios para la aprobación respectiva	Profesional de OFIN	Doc. Requerido, Informe técnico, Proyecto de NOTA, Proy. De Resolución	Profesional de OFIN



Profesional OFIN	Normativa, informe, proyecto de Nota y Resol.	9	Presentar desarrollo final del requerimiento adjuntando informe técnico, Proyecto de NOTA, Proyecto de Resol.; hacia G.G para su aprobación	Profesional de OFIN	Expediente con docs. Técnicos presentados	Jefatura de OFIN
Profesional OFIN	Expediente con docs. Técnicos	10	Revisar y firmar documentos de expediente y remitir a Gerente General (de existir alguna observación coordina con Profesional-de OFIN)	Jefatura de OFIN	Documentos de expediente firmados, visados y remitidos	Gerencia General
Jefatura - OFIN	Documentos de expediente firmados y visados	11	Revisar documentos y firmar (De existir alguna observación coordina con la Jefatura de OFIN)	Gerente General	Documentos de expediente firmados, visados y remitidos	Gerente General
Gerente General	Documentos aprobados	12	Remitir informe a OFIN sobre la aprobación e informa a Secretaría General.	Gerente General	Documentos de expediente aprobados	Jefatura de OFIN y SG
Gerente General	Documentos aprobados	13	Recibir documentos aprobados e informar a toda la Oficina de Integridad	OFIN	Documentos aprobados	OFIN
Indicadores	Cantidad de veces que se actualiza un documento de gestión					
Registros	SIAD / Página web de la Oficina de Integridad / Intranet					



11.2. Plan de Integridad y lucha contra la corrupción.

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Plan de Integridad y lucha contra la corrupción					
Objetivo	Supervisar el cumplimiento del Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud - EsSalud.					
Alcance	Inicio: Requerimiento a los Órganos responsables e involucrados. Fin: Informe emitido por la OFIN de supervisión del Plan de Integridad y Lucha contra la Corrupción.					
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
			Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Integridad	- Normativas - ROF	1	Solicitar a Órganos responsables información sobre lo correspondiente al periodo	Jefe de OFIN	Solicitud remitida	Órganos responsables
Oficina de Integridad	Solicitud	2	Prepara información requerida y remite	Órganos responsables	Información remitida	Jefe de OFIN
Órganos responsables	Información remitida	3	Recibir información y derivar a profesional	Jefe de OFIN	Información derivada	Profesional
Profesional	Información solicitada	4	Verificar la información recibida (Con relación al cumplimiento de los ejes, objetivos y acciones establecidas)	Profesional	Información revisada	Profesional
Profesional	Información revisada	5	Elaborar el proyecto de Informe y Nota para Gerencia General; y, remitir a la Jefatura de OFIN	Profesional	Proyecto de Informe y Nota.	Jefe de OFIN
Profesional	Informe y proyecto de Nota	6	Revisar, firmar y remitir a la Gerencia General, a fin de ser elevada a la Presidencia Ejecutiva. (De existir alguna observación coordina con el profesional)	Jefe de OFIN	Informe y Nota remitidos.	Gerencia General
Indicadores	Porcentaje de Metas cumplidas					
Registros	SIAD / Página web de la Oficina de Integridad					



11.3 Gestión de denuncias sobre posibles actos de corrupción

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Gestión de denuncias sobre posibles actos de corrupción					
Objetivo	Atender las denuncias por posibles actos de corrupción e informar el resultado final al denunciante					
Alcance	Inicio: Recepción de la denuncia. Fin: Remisión de informe al denunciante sobre resultado de la denuncia <i>(Subproceso a cargo del área responsable que deberá desarrollarse, el cual se monitorea con las actividades de control que ejecuta OFIN)</i>					
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades			
			Lista de Actividades	Ejecutor	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Denunciante (interno/Externo)	Denuncia sobre posibles acto de corrupción	1	Recibir denuncia a través de los canales establecidos (Botón de denuncias, correo electrónico, teléfono, Sala de denuncias)	Jefatura	Denuncia recibida	Jefatura
Jefatura	Denuncia recibida	2	Derivar a profesional (Mediante Sistema de Denuncia y mediante SIGA) ** Sino es competencia del área lo deriva a quien corresponda	Jefatura	Denuncia derivada	Profesional
Jefatura	Denuncia	3	Evaluar denuncia, si es de competencia evalúa los requisitos de admisibilidad (* Por caso 1 ir a 4, Por caso 2 ir a 9, y por caso 3 ir a 15)	Profesional	Denuncia evaluada	Profesional
Profesional	Denuncia evaluada	4	Desarrolla proyecto de requerimiento al denunciante para la subsanación	Profesional	Proyecto de requerimiento desarrollada	Profesional
Profesional	Proyecto de requerimiento desarrollado	5	Remitir a jefatura proyecto de requerimiento de subsanación	Profesional	Proyecto de requerimiento remitido	Jefatura
Profesional	Proyecto de requerimiento desarrollado	6	Revisar, visar y remitir requerimiento de subsanación a denunciante	Jefatura	Proyecto de requerimiento remitido	Denunciante
Profesional	Proyecto de requerimiento remitido (Respuesta de denunciante / Plazo vencido para remitir lo solicitado)	7	Monitorear si existe respuesta y en el tiempo establecido (Si no hay respuesta a tiempo ir a 8, caso contrario ir a 13)	Jefatura	Respuesta evaluada/tiempo vencido	Jefatura
Jefatura	No remisión de solicitado /Tiempo vencido	8	Archivar denuncia (FIN)	Jefatura	Denuncia archivada	Jefatura
Profesional	Proyecto de carta	9	Si cumple los requisitos, la OFIN en un plazo de 05 días hábiles proyecta carta de otorgamiento de medida de protección	Jefatura	Proyecto de otorgamiento de medida de protección	Jefatura



Jefatura	Otorgamiento de medida de protección	10	Otorga medida de protección al denunciante	Notificador	Carta de otorgamiento de medida de protección	Denunciante
Profesional	Solicitud de medida de protección laboral	11	Si la medida de protección es de tipo laboral, la OFIN solicita a la GCGP un informe de viabilidad, máximo 3 días hábiles	Jefatura	Proyecto de memorando solicitando informe de viabilidad	Jefatura
Jefatura	Proyecto de memorando solicitando informe de viabilidad	12	Revisa, visa y remite memorando	Jefatura	Memorando solicitando informe de viabilidad	GCGP
GCGP	Informe de viabilidad	13	informa la viabilidad de la solicitud de medida de protección laboral	Jefatura de OFIN	Informe recibido	Jefatura de OFIN
Jefatura de OFIN	Informe recibido	14	deriva a profesional informe de viabilidad	profesional	informe recibido	Profesional
Profesional	Informe recibido	15	Proyecta carta al denunciante sobre la solicitud de medida de protección laboral	Jefatura	Proyecto de carta recibida	Jefatura
Jefatura	Proyecto de carta	16	Carta dirigida al denunciante sobre la medida de protección laboral solicitada	Jefatura	Carta de respuesta a la solicitud de otorgamiento de medida de protección	Denunciante
Profesional	Denuncia evaluada	17	Otorgada la medida de protección y para recabar información de los hechos, se desarrolla proyecto de memorando solicitando información a las áreas involucradas	Profesional	Proyecto remitido de requerimiento	Profesional
Profesional	Proyecto de requerimiento	18	Remitir a jefatura proyecto de Memorando para las áreas involucradas	Profesional	Proyecto de requerimiento remitido	Jefatura
Profesional	Proyecto de requerimiento	19	Recibir, revisar, visar y remitir Memorando a áreas involucradas	Jefatura	Proyecto de requerimiento remitido	Áreas involucradas
Jefatura	Proyecto de requerimiento	20	Recibir requerimiento	Áreas involucradas	Requerimiento recibido	Áreas involucradas
Áreas involucradas	Requerimiento recibido	21	Desarrollar respuesta y remitir a OFIN	Áreas involucradas	Respuesta desarrollada	Jefatura

Áreas involucradas	respuesta a requerimiento	22	Recibir respuestas de las Áreas involucradas y derivar a profesional	Jefatura-OFIN	Respuesta recibida	Jefatura
Jefatura	Respuesta de áreas involucradas	23	Proyectar memorando para trasladar a STPAD(GCGP) y/o GCAJ y quien haga sus veces en las redes y/o OCI y remitir a jefatura	profesional	Memorando para STPAD/GCAJ	Jefatura
Profesional	Memorando	24	Revisar, visar y remitir a STPAD /GCAJ, AJ redes y/o OCI memorando /oficio	Jefatura	Memorando remitido	STPAD/GCAJ
Jefatura	Memorando	25	Recibir denuncia	STPAD/GC AJ, AJ REDES/ OCI	Memorando recibido	STPAD/GCAJ
Jefatura	Memorando	26	Ejecutar seguimiento trimestral (del estado situacional de denuncias derivadas)	Profesional	Respuesta desarrollada	STPAD
STPAD	Respuesta a requerimiento	27	Remitir información sobre el estado situacional de denuncias (Investigación Preliminar, Informe de Precalificación, Fase Instructiva, Fase Sancionadora, Sanción y Recursos impugnativos)	STPAD	Informe recibido	Jefatura
Jefatura	Informe recibido	28	Remitir a profesional para informe de seguimiento	Jefatura	Informe derivado	Profesional
Profesional	Informe recibido	29	Emitir informe de seguimiento de denuncias derivadas	profesional	Informe derivado	Jefatura
Indicadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de denuncias de competencia de la OFIN 2. Porcentaje de denuncias que reúnen los requisitos de admisibilidad 					
Registros	SISTEMA DE GESTIÓN DE DENUNCIAS Y EL SIAD					

*** Casos**

Caso 1: Denuncia no cumple con los requisitos

Caso 2: Denuncia no cuenta con elementos suficiente de materialidad y fundamento,

Caso 3: Denuncia cumple con todo los requisitos y cuenta con elementos suficiente de materialidad y fundamento

11.4 Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de ética

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de ética					
Objetivo	Promover los principios del código de ética de la función pública y supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución					
Alcance	Desde: La sensibilización y capacitación en materia de código de ética e integridad Hasta: La supervisión del cumplimiento y mejoras en materia de código de ética					
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
			Lista de Actividades	Ejecutor		
Institución, GCR, PCM, SUSALUD, Organismos del estado	ROF-GCPP, Normativas institucional, Políticas de Gobierno	1	Planificar y proponer eventos de sensibilización y capacitación (en base a información de periodos anteriores y nivel de conocimiento en Ética e Integridad de los trabajadores)	Profesional de OFIN	Plan de sensibilización y capacitación: Tipos de eventos, temarios, fechas, cronograma, áreas, eventos virtual o presencial.	Jefatura de OFIN
Profesional OFIN	Propuestas de sensibilización y capacitación	2	Evaluar plan de sensibilización y capacitación (de ser necesario coordinar ajustes y mejoras con el Prof. de OFIN)	Jefatura de OFIN	Plan de sensibilización y capacitación establecida.	Jefatura - GOP
Jefatura de OFIN	Plan de sensibilización y capacitación establecida	3	Comunicar a áreas usuarias sobre evento de sensibilización a desarrollarse	Jefatura de OFIN	Áreas orgánicas convocadas sobre próximo evento.	Áreas Orgánicas
Profesional de OFIN	Normativas, políticas, lineamientos, ROF.	4	Preparar, coordinar y ejecutar evento programado	Profesional OFIN	Evento ejecutado	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Evento ejecutado	5	Evaluar resultado de evento (test de entrada y salida o evaluación de conocimiento) **Evento virtual o presencial	Profesional OFIN	Evento ejecutado, evaluado	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Evento ejecutado	6	Desarrollar Plan de supervisión y presentar a Jefatura para su aprobación	Profesional de OFIN	Informe de evento remitido	Jefatura de OFIN
Profesional de OFIN	Informe de evento	7	Tomar conocimiento, dar ajustes y aprobar (En caso que se amerite coordinar con profesional para cambios)	Jefatura OFIN	Evento culminado, evaluado e informado a jefatura	Jefatura de OFIN
Jefatura de OFIN	Plan aprobado	8	Ejecutar Plan de supervisión de acuerdo a Plan Aprobado	Profesional de OFIN	Plan de supervisión ejecutado	Profesional de OFIN/Jefatura
Profesional de OFIN	Plan de supervisión ejecutado	9	Desarrollar informe sobre hallazgos en la supervisión (indicando recomendaciones y acciones de mejoras) y remitir a Jefatura	Profesional de OFIN	Informe sobre supervisión	Jefatura de OFIN
Profesional de OFIN	Informe sobre supervisión	10	Toma conocimiento y desarrolla acciones y estrategias para mejorar en tema de ética e integridad	Jefatura OFIN	Estrategias y planes de acción desarrolladas	Oficina de Integridad
Indicadores	Porcentaje de trabajadores que conocen sobre materia de ética e integridad en la institución					
Registros	SIAD					



11.5 Supervisión del portal de transparencia

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Supervisión del portal de transparencia				
Objetivo	Verificar y tomar acciones que permita a la institución contar con un portal de transparencia actualizado				
Alcance	Inicio: Revisión del Portal de transparencia (para conocer si está actualizado en lo referente a la información que se debe publicar) Fin: Constatación/Informe de portal de transparencia actualizado (sin observaciones)				
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades		Destinatario de los bienes y servicios
			Lista de Actividades	Ejecutor	
Institución / OFIN	- Portal de transparencia - Normativas	1	Verifica la publicación y/o actualización de los contenidos de información comprendidos en los rubros temáticos del Portal de Transparencia (1. Los días 15 del mes siguiente de culminado cada trimestre)	Profesional	Portal de transparencia revisado Profesional
Profesional	Información publicada en el Portal de Transparencia	2	Desarrolla informe sobre resultados de supervisión	Profesional	Informes desarrollados Profesional
Profesional	Información publicada en el Portal de Transparencia	3	Desarrolla proyectos de memorandos a los órganos responsables informando lo observado (de ser el caso)	profesional	Memorando desarrollados Profesional
Profesional	Informe y proyecto de memorando	4	Remite informe y proyectos de memorandos a Jefatura	Profesional	Informe y proy. de memo. remitidos Jefatura
Jefatura	Informe y proyecto de memorando	5	Revisa informes y proyectos de memorandos (si necesita cambios o mejoras, indica a profesional y continua en 6, caso contrario ir a 8)	Jefatura	Informe y memorandos desarrollados remitidos revisados Jefatura/ profesional
Profesional	Informe y memo desarrollados remitidos revisados	6	Indica cambios/mejoras a ser considerados	Jefatura	Docs. Revisados Profesional
Jefatura	Informe y/o proyecto de memorando	7	Actualiza / mejora según lo indicado por jefatura y remite a jefatura (continuar en 5)	Profesional	Documentos actualizados Profesional
Profesional	Informe y proyecto de memorando	8	Visa Memorandos a órganos responsables y remite adjuntando informe legal	Jefatura	Memorandos remitidos Órganos responsables
Jefatura OFIN	Memorando	9	Recibe, toma conocimiento y firma Memorandos (FIN)	Órgano responsable	Memorandos recibido Órganos responsables
Verificación (Luego de los tiempos dados a los órganos responsables)					
Portal de Transpar..	Información publicada	10	Verifica subsanación (publicación/actualización) en el portal de transparencia (Si no hay observaciones ir a 12, caso contrario ir a 11)	Profesional	Portal revisado Profesional
Portal de Transpar.	Información NO publicada en el Portal de Transparencia	11	Proyecta informe y memorandos a órganos responsables REITERANDO las observaciones y remite a Jefatura (continuar en 4)	Profesional	Informe y proyectos de memorandos desarrollados remitidos Profesional
Portal de Transpar.	Información publicada en el Portal de Transparencia	12	Informa a jefatura sobre el grado de cumplimiento de las observaciones en el Portal de Transparencia	Profesional	Informe remitido (correo, verbal o documento) Jefatura
Indicadores	Porcentaje de Contenidos de información actualizados y/o publicados				
Registros	Portal de Transparencia Estándar				



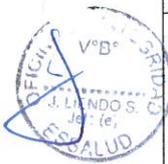
11.6. Supervisión de la atención de solicitudes de Acceso a la información pública

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Supervisión de la atención de solicitudes de Acceso a la información pública					
Objetivo	Supervisar las solicitudes de información pública hasta su respuesta al solicitante					
Alcance	Inicio: Verificación de Solicitudes de acceso a la información en el SIAD Y RSAIP Fin: Supervisión por solicitudes no atendidas (Incluye Verificación de atención de solicitudes de acceso a la información y Consolidado Anual)					
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades			Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor			
Supervisión Mensual y Trimestral						
Verificación de Solicitudes de acceso a la información en el SIAD Y RSAIP						
OFIN	Directiva, Normativas, ROF	1	Verificar información en el SIAD(determinando los ingresados con código 249)	Profesional de OFIN	Información de SIAD verificada	Profesional de OFIN
OFIN	Directiva, Normativas, ROF	2	Obtener información de solicitudes ingresadas en el RSAIP	Profesional de OFIN	Información de RSAIP verificada	Profesional de OFIN
Profesional - OFIN	Información de SIAD y RSAIP obtenidas	3	Se ejecuta comparaciones de lo ingresado en el SIAD y lo registrado en el RSAIP	Profesional de OFIN	Información analizada	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Información analizada	4	Obtener información sobre aquellas solicitudes que no están en el RSAIP y si se encuentran en el SIAD	Profesional de OFIN	Solicitudes no registradas en RSAIP	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Solicitudes no registradas en RSAIP	5	Proyectar Memorando para las Gerencias Centrales y/o Redes asistenciales, solicitando la validación y posterior registro en el RSAIP	Profesional de OFIN	Proyecto de Memorando	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Solicitudes recibidas	6	Remitir Memorando a Jefatura de OFIN para la firma y envío respectivo	Profesional de OFIN	proyecto de Memorando remitido	Jefatura de OFIN
Profesional de OFIN	proyecto de Memorando	7	Revisión, Firma y remisión de Memorando a Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales (de existir observaciones sobre el proyecto de Memorando se coordina las mejoras con el Profesional)	Jefatura de OFIN	Memorando remitido	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales
Jefatura de OFIN	Memorando de OFIN	8	Recepcionar Memorando y dar atención	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales	Memorando recibido	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales
Profesional de OFIN	Memorando remitido por Jefatura OFIN	9	Revisar Memorando remitido para iniciar verificación de cumplimiento a las áreas notificadas (Continuar en actividad 1)	Profesional de OFIN	Relación de Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales notificadas	Profesional de OFIN
Verificación de atención de solicitudes de acceso a la información						



RSAIP / SIAD	Solicitudes de acceso de información	1	Desarrolla informe sobre cantidad de solicitudes de accesos a la información y su estado situacional	Profesional de OFIN	Informe desarrollado	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Informe desarrollado	2	Remite informe a Jefatura de OFIN	Profesional de OFIN	Informe remitido	Jefatura de OFN
Profesional de OFIN	Informe	3	Toma conocimiento y determina acciones a ejecutarse e informa a profesional	Jefatura de OFIN	Acciones determinadas	Profesional de OFIN
Jefatura de OFIN	Acciones determinadas	4	Toma conocimiento de indicaciones de jefatura	Profesional de OFIN	Indicaciones recibidas	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Indicaciones recibidas	5	Proyectar Memorando para las Gerencias Centrales y/o Redes asistenciales, solicitando la atención de las solicitudes de acceso a la información fuera del plazo.	Profesional de OFIN	Acciones ejecutadas	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Solicitudes recibidas	6	Remitir Memorando a Jefatura de OFIN para la firma y envío respectivo	Profesional de OFIN	proyecto de Memorando remitido	Jefatura de OFN
Profesional de OFIN	proyecto de Memorando	7	Revisión, Firma y remisión de Memorando a Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales (de existir observaciones sobre el proyecto de Memorando se coordina las mejoras con el Profesional)	Jefatura de OFIN	Memorando remitido	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales
Jefatura de OFIN	Memorando de OFIN	8	Recepcionar Memorando y dar atención	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales	Memorando recibido	Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales
Profesional de OFIN	Memorando remitido por Jefatura OFIN	9	Revisar Memorando remitido para iniciar verificación de cumplimiento a las áreas notificadas	Profesional de OFIN	Relación de Gerencias Centrales y/o Redes Asistenciales notificadas	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Acciones ejecutadas	10	Desarrolla informe de resultados y remite a Jefatura sobre acciones ejecutadas	Profesional de OFIN	Informe desarrollado y remitido	Jefatura de OFN
Consolidado Anual						
FONAFE / OFIN	Normativa de FONAFE	1	Desarrollar Informe Anual según criterio de FONAFE (11 anexos) y proyecto de Memorando	Profesional de OFIN	Informe desarrollado	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Informe desarrollado	2	Remite informe y proyecto de Memorando a Jefatura de OFIN para su revisión	Profesional de OFIN	Informe remitido	Jefatura de OFN

Profesional de OFIN	Informe	3	Revisa Informe y proyecto de memorando recibido. De estar conforme ejecuta actividad 5, caso contrario ejecuta actividad 4	Jefatura de OFIN	Información revisada	Jefatura de OFN
Profesional de OFIN	Informe	4	Indica observaciones, comentarios y cambios a incluir en el informe y/o proyecto de Memorando y deriva a Profesional (Continúa en 1 de Consolidado Anual)	Jefatura de OFIN	Observaciones, cambios, comentarios	Jefatura de OFN
Profesional de OFIN	Informe	5	Firma Informe y Memorando, y remite a FONAFE y OCI Memos.(FIN)	Jefatura de OFIN	Memorando remitido	FONAFE - OCI
Supervisión por solicitudes no atendidas						
Profesional de OFIN	Solicitudes que ingresaron a OFIN	1	Verificar solicitudes de acceso a información pública NO ATENDIDAS por parte de áreas responsables (a pesar de reiteraciones)	Profesional de OFIN	Solicitudes identificadas como no atendidas	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Solicitudes identificadas como no atendidas	2	Desarrollar proyecto de Memorando a STPAD con la relación de Áreas que no cumplieron con la atención de solicitudes	Profesional de OFIN	Proyecto de Memorando desarrollado	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	Proyecto de Memorando desarrollado	3	Remitir a Jefatura proyecto de Memorando	Profesional de OFIN	Proyecto de Memorando remitido	Jefatura de OFN
Profesional de OFIN	Proyecto de Memorando remitido	4	Recibir, revisar, Firmar y remitir Memorando a STPAD (de existir observaciones en el MEMORANDO se coordina con el profesional para su solución)	Jefatura de OFIN	Memorando remitido	Secretaria Técnica de Procesos Administrativos – STPAD
Jefatura de OFIN	Memorando remitido por OFIN	5	Recibir Memorando y dar atención a lo solicitado (FIN)	STPAD	Memorando recibido y atendido	Secretaria Técnica de Procesos Administrativos – STPAD
Indicadores	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública atendidas oportunamente					
Registros	RSAIP /SIAD					



11.8 Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad.

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la entidad. (Declaración Jurada de Intereses, Declaración Jurada de Conflicto de Interés -Miembros de Comité y presentación de la declaración jurada de participación en los procesos electorales).					
Objetivo	Supervisar el cumplimiento de las Declaraciones Juradas ((Declaración Jurada de Intereses, Declaración Jurada de Conflicto de Interés -Miembros de Comité y presentación de la Declaración Jurada de participación en los procesos electorales)					
Alcance	Inicio: Determinación de Supervisión de Declaraciones Juradas Fin: Informes sobre cumplimiento					
Proveedor	Entrada		Descripción de Actividades		Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
			Lista de Actividades	Ejecutor		
Profesional	ROF / Directivas /Solicitud de Jefatura / Iniciativa propia	1	Determina ejecutar Supervisión sobre DJ, (Por iniciativa o por requerimiento de Jefatura) (Casos: <i>Supervisar DJ por Conflicto de Intereses ir a actividad 2, Caso Superv. DJ por conflicto de intereses para Miembros de comité ir a 10 o por Caso Superv. DJ de intereses ir a 17)</i>	Profesional	Supervisión sobre DJ determinada	Profesional
			Supervisión de presentación de declaración Jurada de conflicto de intereses -			
Oficina de Integridad	Directiva de Gerencia General N° 013-OFIN-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva sobre Conflicto de Intereses y Actuación de Integridad en EsSalud"	2	Verificar continuamente información sobre conflicto de intereses en la Página web de la OFIN -Si existe una situación de conflicto de interés, continuar en actividad siguiente - Caso contrario ir a actividad 4	Profesionales	Declaración sobre Conflicto de interese verificado	Profesional
Profesional	Declaración sobre Conflicto de intereses	3	Desarrollar y remitir informe de recomendación (Hacia el servidor que declaro la existencia de conflicto de intereses, dentro de un plazo de 5 días útiles)	Profesional	Informe desarrollado	Profesional
Profesional	Informe de incumplimiento	4	Recibir recomendaciones y tomar acciones en base a lo indicado	Área Usuaría	Recomendaciones recibidas y acciones tomadas	Profesional
Profesional	Informe desarrollado	5	Solicitar información de manera mensual a GCGP de los servidores que ingresaron	Jefatura / Profesional	Solicitud sobre servidores remitido	GCGP
Profesional / OFIN	Solicitud sobre servidores	6	Recibir solicitud, Acopiar información y remitir a OFIN (a profesional que solicito)	GCGP	Información sobre servidores remitida	Profesional de la OFIN
Profesional	Información sobre servidores	7	Verificar en la página WEB de OFIN quienes han cumplido con la presentación de la Declaración Jurada de conflicto de Intereses	Profesional	Información sobre DJ verificada	Profesional
Profesional	Información sobre DJ verificada	8	Desarrolla Informe sobre cumplimiento y remitir a Jefatura	Profesional	Informe sobre cumplimiento remitido	Jefatura
Profesional	Informe sobre cumplimiento remitido	9	Remitir memorando a los jefes de los obligados informando del no cumplimiento (FIN)	Jefatura	Memorando remitido	Áreas usuarias
			Supervisión de presentación de declaración Jurada de conflicto de intereses - Miembros de Comité			

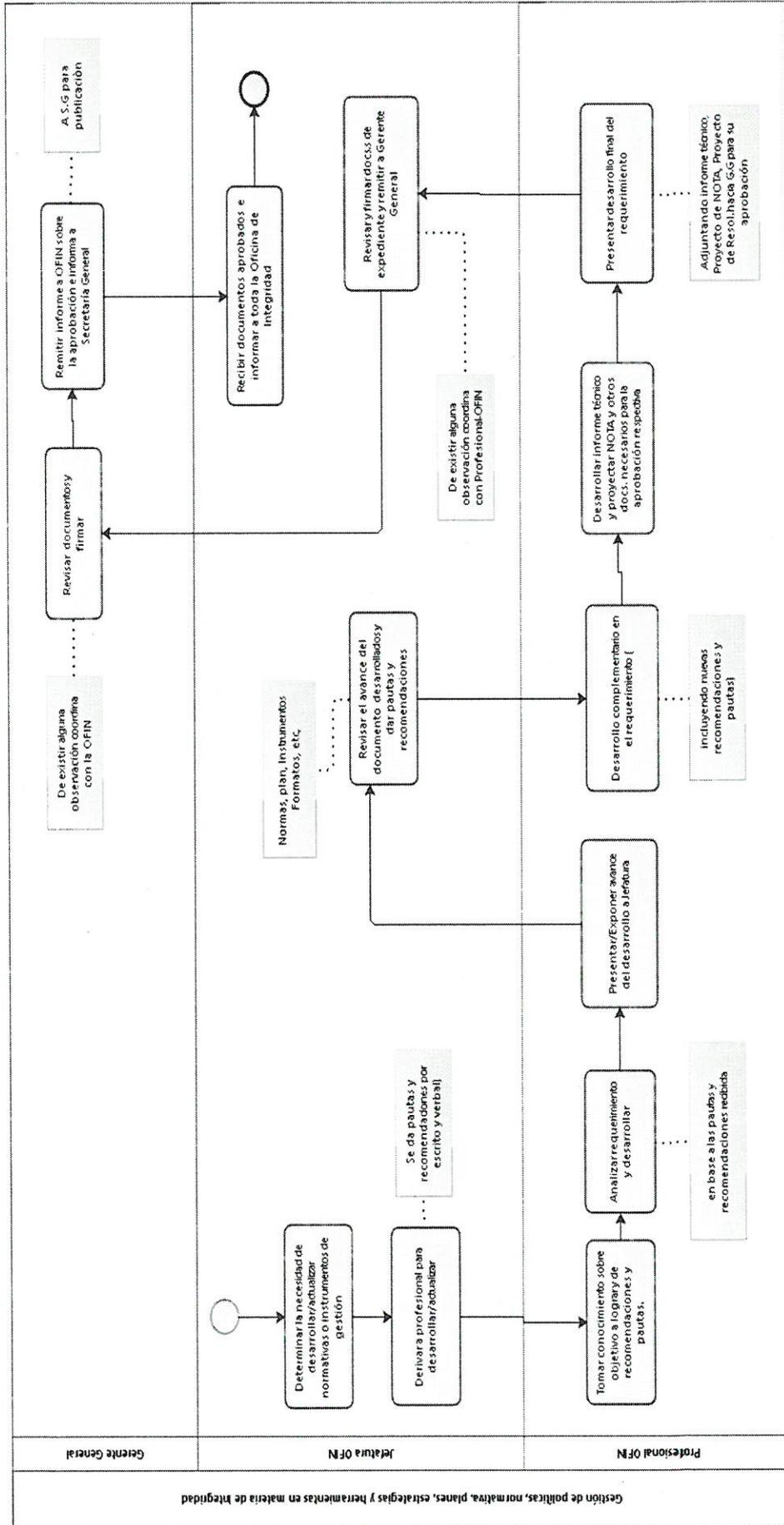


Oficina de Integridad	Directiva de Gerencia General N° 013-OFIN-ESSALUD-2018-V.01 "Directiva sobre Conflicto de Intereses y Actuación de Integridad en EsSalud"	10	Verificar continuamente información sobre conflicto de intereses en la Página web de la OFIN -Si existe una situación de conflicto de interés, continuar en actividad siguiente - Caso contrario ir a actividad 4	Profesionales	Declaración sobre Conflicto de Intereses verificado	Profesional
Profesional	Declaración sobre Conflicto de intereses	11	Desarrollar informe de recomendación dando 5 días útiles para responder	Profesional	Informe desarrollado	Profesional
Profesional	Informe de incumplimiento	12	Recibir recomendaciones y tomar acciones (continuar r en 1)	Área Usuaría	Recomendaciones recibidas y acciones tomadas	Profesional
Profesional	Informe desarrollado	13	Solicitar información de manera mensual a GCGP de los miembros de Comité de selección designados durante el mes.	Jefatura / Profesional	Solicitud sobre miembros de comité remitido	GCGP
Profesional / OFIN	Solicitud sobre miembros de comité	14	Recibir solicitud, Acopiar información y remitir a OFIN (a profesional que solicito)	GCGP	Información sobre miembros de Comité de selección	Profesional de la OFIN
Profesional	Información remitida por la GCGP	15	Verificar en la página WEB de OFIN quienes han cumplido con la presentación de la Declaración Jurada de conflicto de Intereses	Profesional	Información sobre DJ verificada	Profesional
Profesional	Información sobre DJ verificada	16	Desarrollar Informe sobre cumplimiento y remitir a Jefatura	Profesional	Informe sobre cumplimiento remitido	Jefatura
Profesional	Informe sobre cumplimiento remitido	17	Remitir memorando a los jefes de las Oficinas de Logística para que informen a los miembros de Comité de selección del no cumplimiento de su obligación	Jefatura	Memorando remitido	Oficinas de Logística
			Seguimiento del cumplimiento de la presentación de la DJ en el Sector Público.			
Profesional	Decreto de urgencia N 020-2019.	18	Proyectar y remitir Memorando a GCGP, GCAJ, GCL, CEABE y Gerencia/ Unidad u Oficina de Adquisiciones a Nivel Asistencial y prestacional solicitando relación de sujetos obligados (mensualmente)	Profesional	Memorando remitido	GCGP, GCAJ, GCL, CEABE y Gerencia / Unidad u Oficinas de Adquisiciones a Nivel Asistencial y Prestacional
Profesional	Decreto de urgencia N 020-2019.	19	Proyectar y remitir Memorando a GCGP solicitando información sobre cese de personal reportado como obligado a la presentación de la DJ	Profesional	Memorando remitido	Oficinas de Logística
GCGP, GCAJ, GCL, CEABE y Gerencia / Unidad u Oficinas de Adquisiciones a Nivel Asistencial y Prestacional	Relación de sujetos obligados	20	Recabar Información solicitada y remitir a OFIN en los plazos establecidos	Jefatura	Relación de sujetos obligados recibidos	Profesional

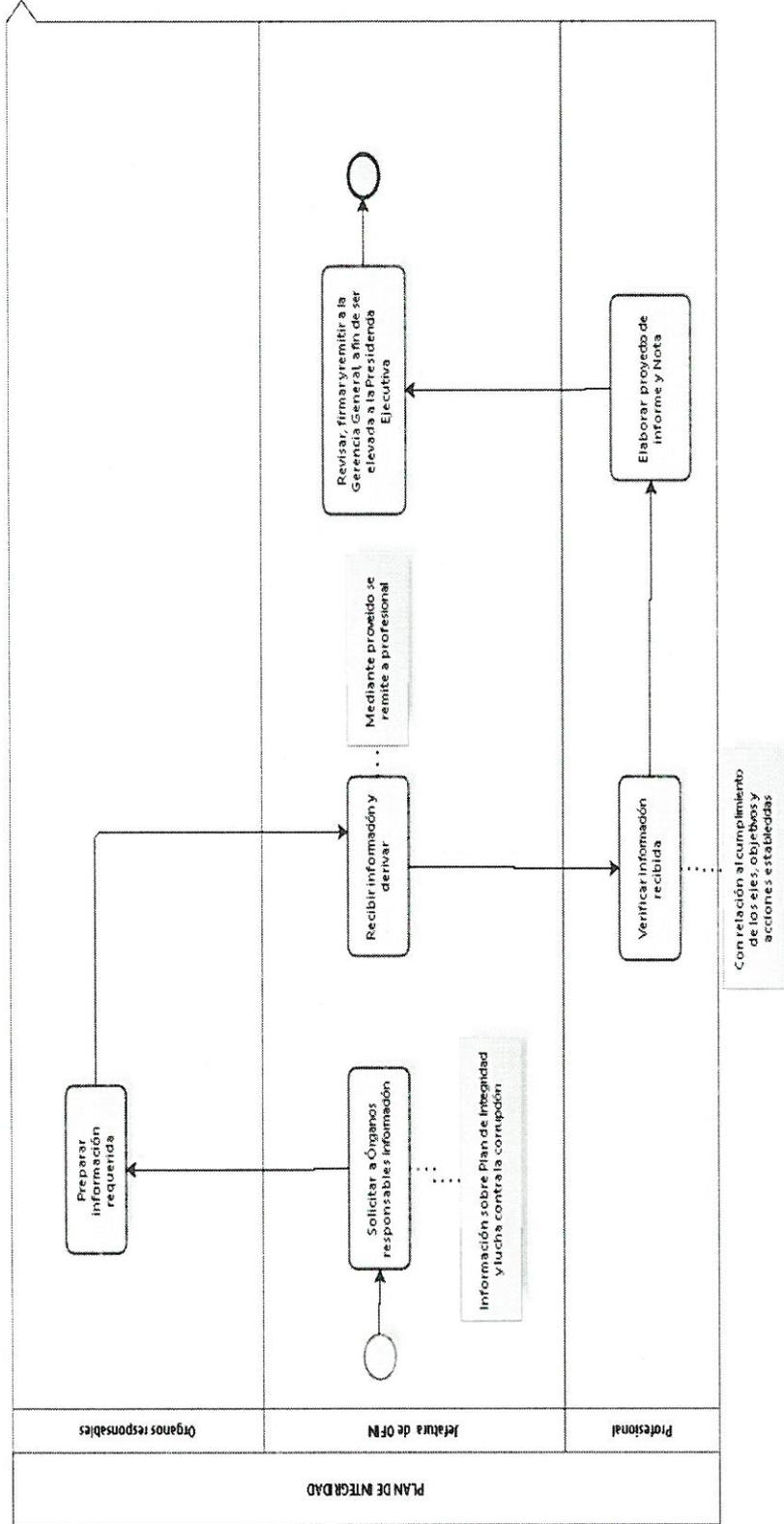
Profesional	Relación de sujetos obligados	21	Recibir, acopiar e Informar relación de sujetos obligado a Secretaría de Integridad de PCM (para que sean habilitados a presentar DJI)	Profesional	Relación de sujetos obligado remitido	Secretaría de Integridad de PCM
Profesional	Relación de sujetos obligados y habilitados en PCM	22	Remitir memorando a GC/ Directores y jefes indicando el personal que debe cumplir con la DJI en los plazos y formas establecidos.	Profesional	Memorando sobre personal que debe cumplir con DJI remitido, Mailyng y difusiones por intranet.	Unidades orgánicas
Profesional	Decreto de urgencia N° 020-2019.	23	Revisar cumplimiento (Accesa a información de PCM). - Si existe Sujetos Obligados con incumplimiento, ir a 24	Profesional	Informes/reiterati vos remitidos	Unidades orgánicas
Profesional	Decreto de urgencia N° 020-2019.	24	Remitir reiterativos para su cumplimiento	Profesional	Reiterativo para cumplimiento remitido	Sujeto Obligado
Profesional	Decreto de urgencia N° 020-2019.	25	Emitir informe mensual acerca del cumplimiento de la presentación (Inicio, actualización y cese) e informa Jefatura (FIN)	Profesional	Informe de cumplimiento	Jefatura /Unidades orgánicas
			Presentación de la declaración jurada de participación en los procesos electorales			
Interesado	Declaración Jurada de participación en proceso electoral y requisitos según normativas	1	Presentar D.J de participación en proceso electoral(adjuntando requisitos y en plazos determinados)	Interesado	D.J y requisitos presentados	Oficina de Integridad
Interesado	Declaración Jurada de participación en proceso electoral y requisitos según normativas	2	Recibir D.J de participación en procesos electorales y derivar a profesional	Jefatura	D.J recibido y derivados	Profesional de OFIN
Jefatura	Declaración Jurada de participación en proceso electoral y requisitos según normativas	3	Revisar D.J y verificar que cumpla con el llenado correcto, presentación de requisitos y dentro de los plazos establecidos (Si esta todo conforme continuar en actividad 7, caso contrario continuar en actividad 4)	Profesional de OFIN	D.J y requisitos revisados	Profesional de OFIN
Profesional de OFIN	D.J y requisitos revisados	4	Desarrollar Informe y proyecto de Memorando indicando las anomalías y/u observaciones y remitir a Jefatura	Profesional de OFIN	Informe y proyecto de memorando remitido	Jefatura
Profesional de OFIN	Informe y proyecto de memorando	5	Tomar conocimiento, revisa, firma y remite a Interesado/ Área Orgánica (si existe observaciones en los doc.s recibidos coordina con el profesional)	Jefatura	Informe y memorando remitido	Interesado/ Área Orgánica
Jefatura	Informe y proyecto de memorando	6	Toma conocimiento y actúa según lo indicado y presenta nuevamente D.J corregida (continua en 1)	Interesado /Área orgánica	D.J y requisitos actualizado	Oficina de integridad
Jefatura	D.J de participación en proceso electoral y requisitos según normativas	7	Acopia / Archiva D.J recibidas (FIN)	Profesional de OFIN	D.J y requisitos recibidos conforme y archivados	Profesional de OFIN
Indicadores	1) Porcentaje de obligados que cumplieron con la presentación de la Declar. Jurada de Conflicto de Interés 2) Porcentaje de miembros de comité de selección que cumplieron con la presentación de la Declar. Jurada de Conflicto de Interés					
Registros	Declaración Jurada de Intereses: Plataforma Única de Declaración Jurada de Intereses Declaración Jurada de Conflicto de interés de Servidores y Miembros de Comité de Selección: Página Web de la Oficina de Integridad					

12. DIAGRAMAS DE FLUJO

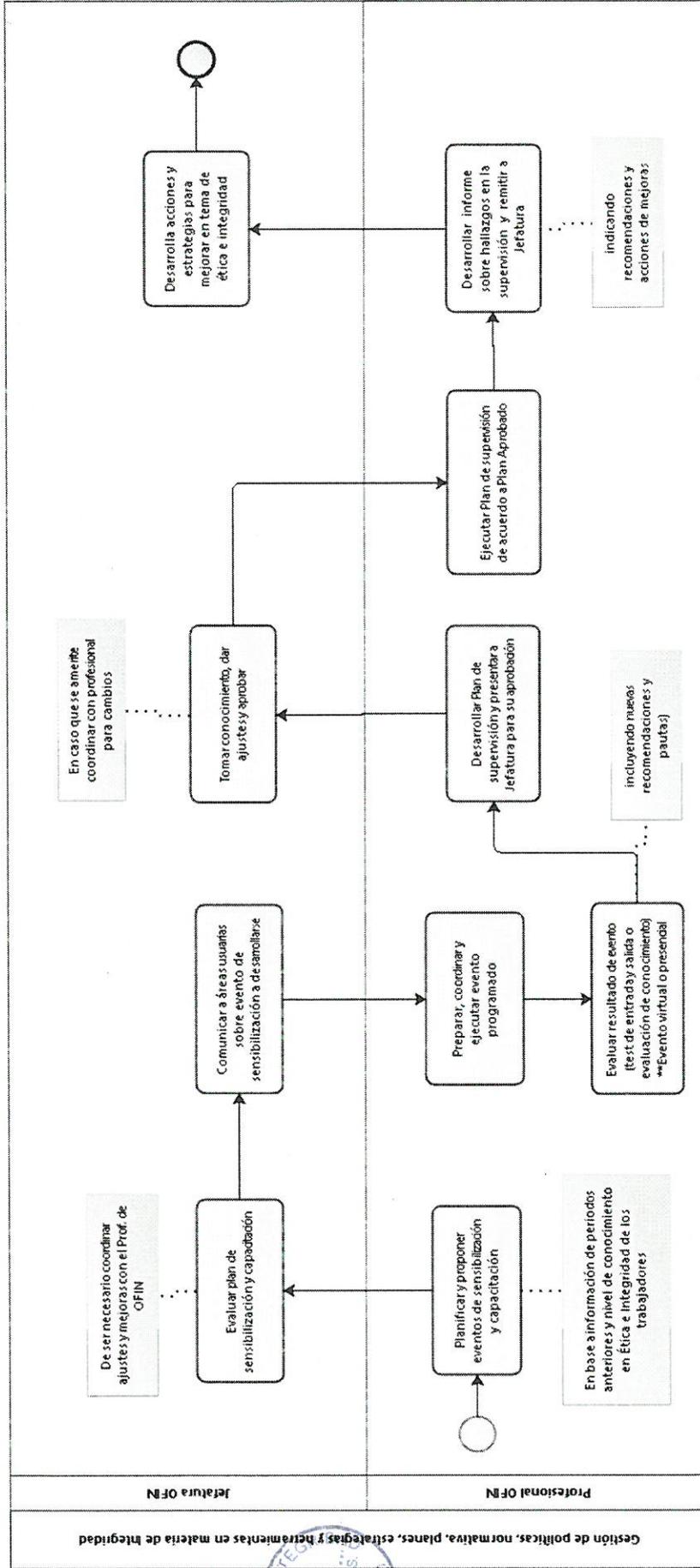
12.1 Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad



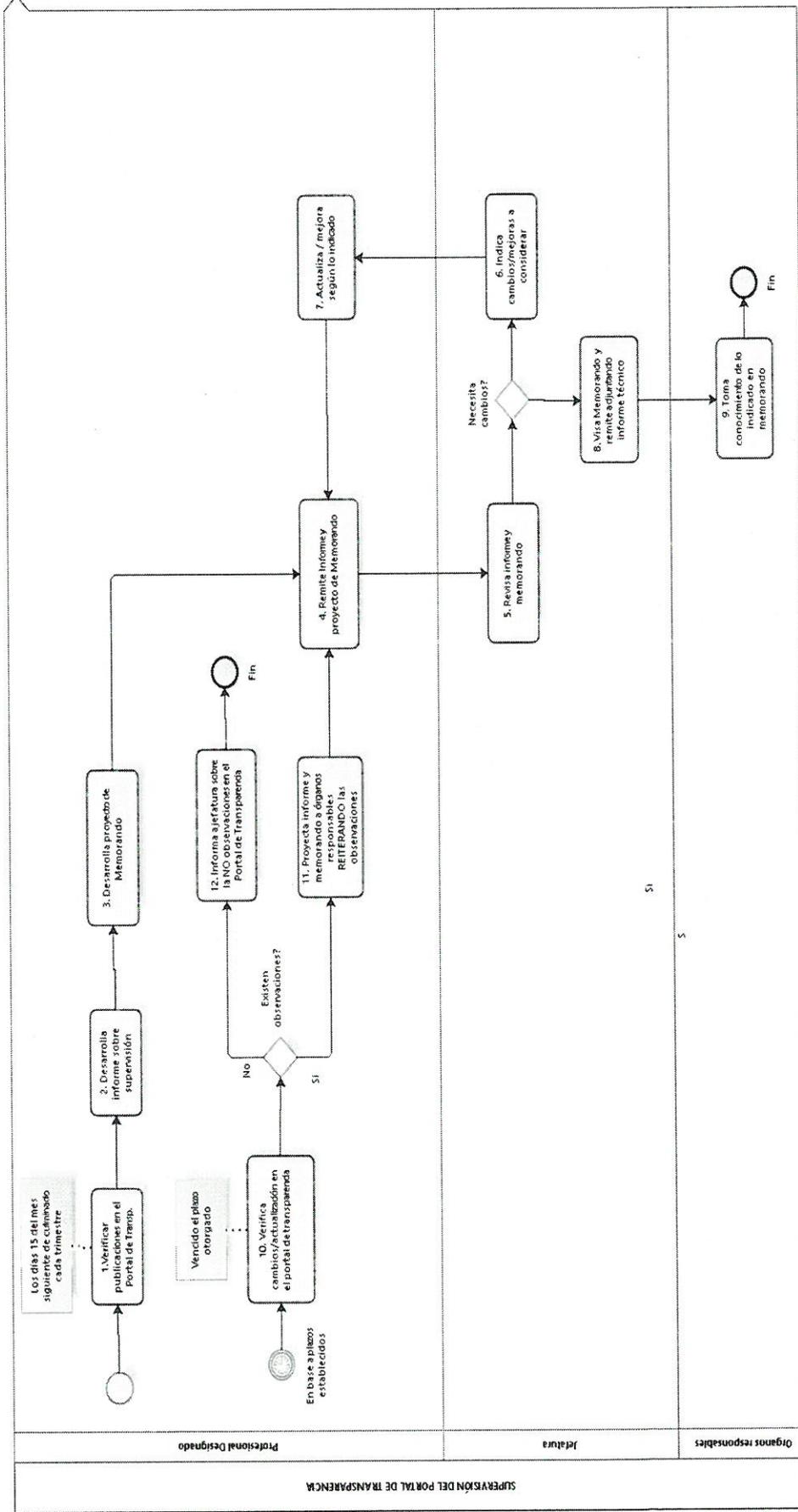
12.2 Plan de Integridad y lucha contra la corrupción



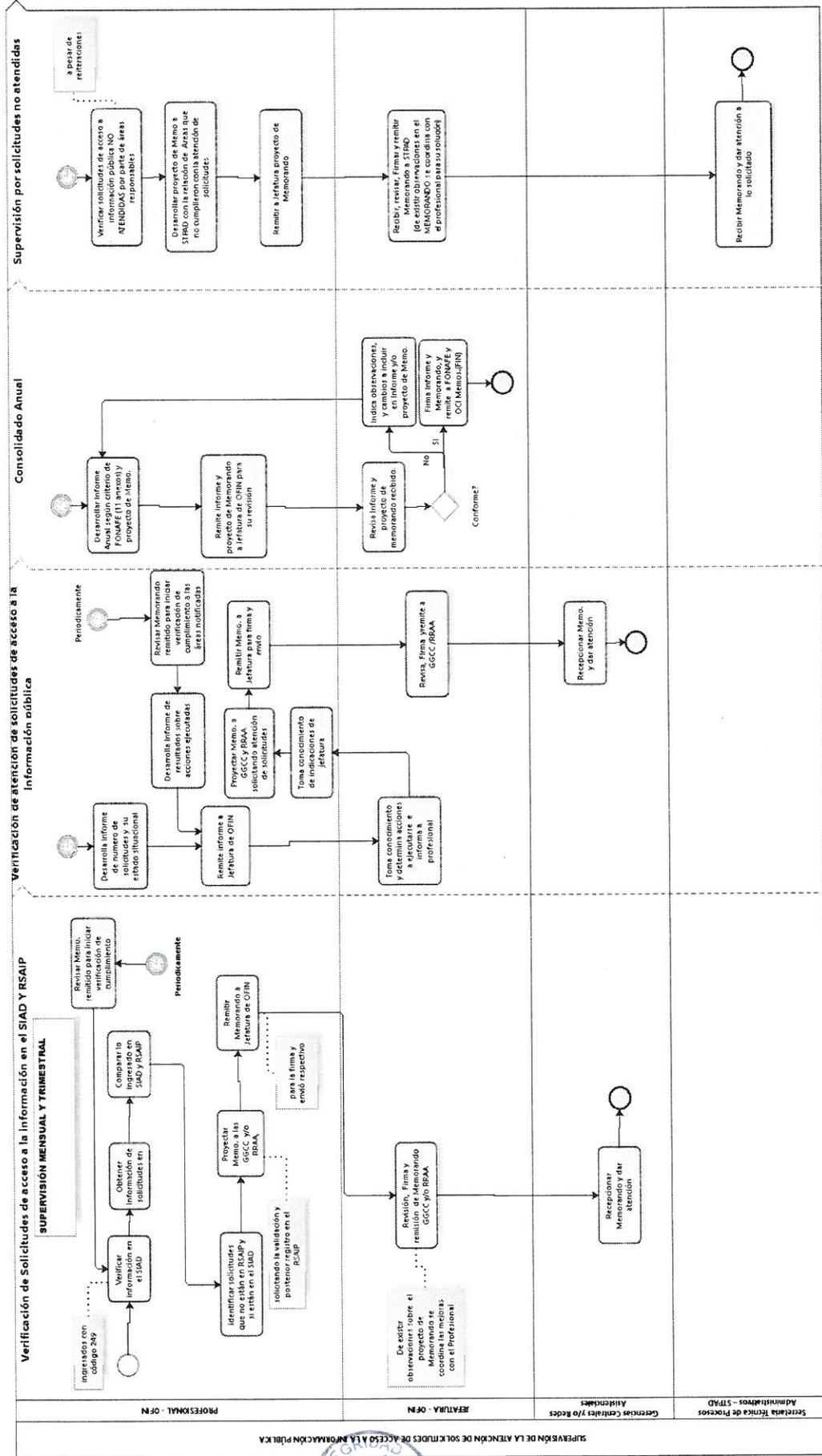
12.4 Implementación, seguimiento y mejoras en materia del código de ética



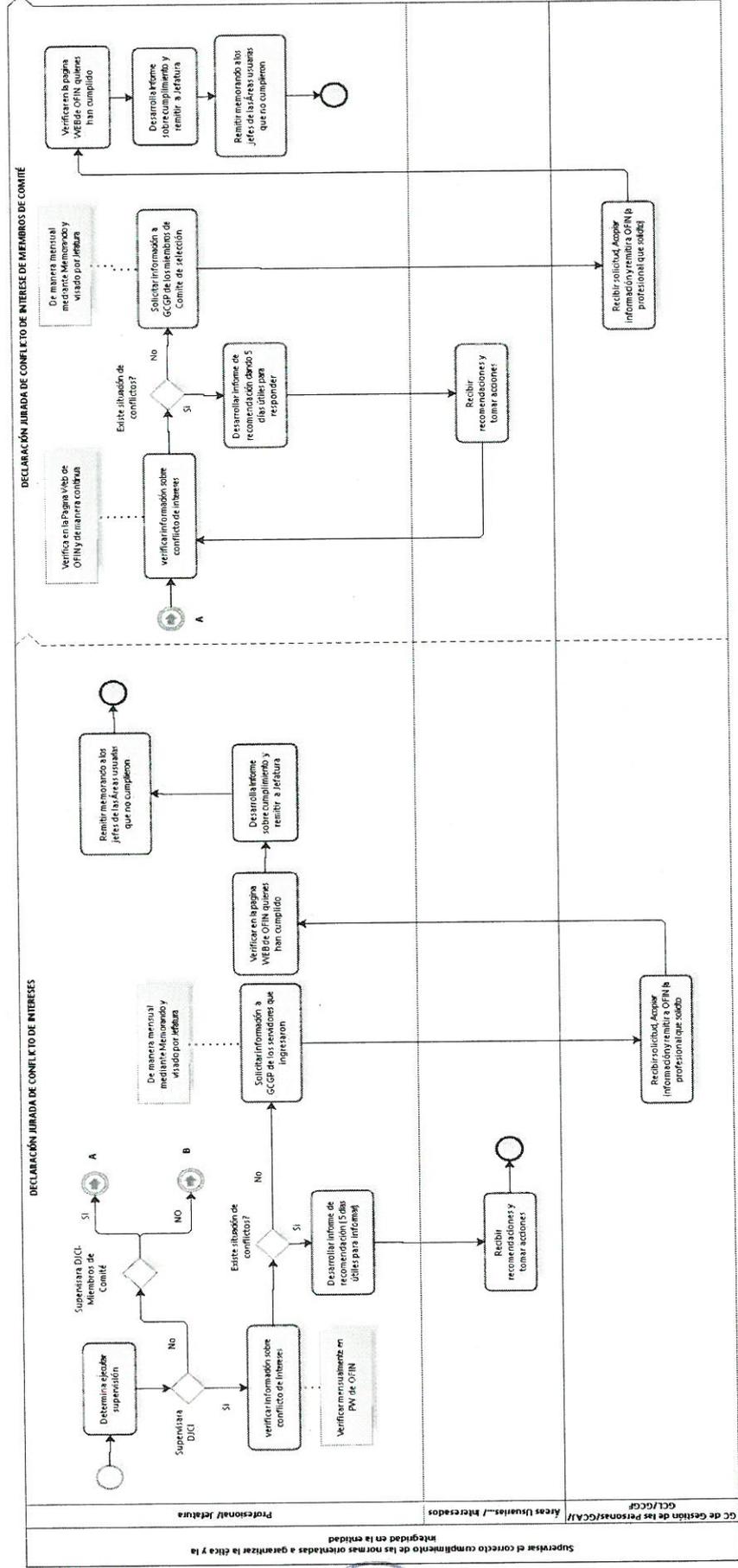
12.5 Supervisión del Portal de Transparencia



12.6 Supervisión de la atención de solicitudes de acceso a la información pública.



12.7 Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución (1ra parte)



13. FICHAS DE INDICADORES DE GESTIÓN.

13.1 Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad
Nombre Indicador	Cantidad de veces que se actualiza un documento de gestión
Descripción del Indicador	Muchas normas o directivas son constantemente actualizadas, lo que indica que la aplicación de la versión anterior a estado generando distorsiones para el logro de los objetivos.
Objetivo del Indicador	Conocer la calidad en el desarrollo de documentos de gestión
Forma de Cálculo	Conociendo la cantidad de veces que se actualiza un documento de gestión.
Fuentes de Información	Normativas e instrumentos de gestión del área
Periodicidad de Medición	Anualmente
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	Cero veces de actualizaciones



13.2 Plan de Integridad y lucha contra la corrupción.

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Plan de Integridad y lucha contra la corrupción.
Nombre Indicador	Porcentaje de Metas cumplidas
Descripción del Indicador	Permite dar a conocer que metas se cumplieron y por lo tanto ejecutar acciones de ajustes y mejoras
Objetivo del Indicador	Identificar las metas cumplidas
Forma de Cálculo	$(\text{Número de Metas cumplidas} / \text{Número de metas programadas}) \times 100$
Fuentes de Información	Informes de la OFIN
Periodicidad de Medición	anualmente
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	100% de metas cumplidas



13.3 Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción
Nombre Indicador	Porcentaje de denuncias de competencia de la Oficina de Integridad
Descripción del Indicador	Realizar un control sobre la derivación de denuncias que es responsabilidad de la OFIN
Objetivo del Indicador	Conocer la cantidad de denuncias que le compete a la OFIN
Forma de Cálculo	$(\text{Cantidad de denuncias ingresadas a la OFIN} / \text{Cantidad de denuncias de competencia de la OFIN}) \times 100$
Fuentes de Información	Sistema informático de Denuncia
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	100 % de denuncias de competencia de la Oficina de Integridad que cumple con los requisitos que fueron derivadas



13.4. Implementación, seguimiento y mejora en materia de Código de Ética

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Implementación, seguimiento y mejora en materia de Código de Ética
Nombre Indicador	Porcentaje de trabajadores que conocen sobre materia de ética e integridad
Descripción del Indicador	Evaluar el impacto de la sensibilización y de las acciones ejecutas o implementadas en la institución sobre ética e Integridad
Objetivo del Indicador	Determinar el grado de conocimiento sobre Ética e integridad
Forma de Cálculo	$(\text{Número de trabajadores que conocen sobre ética e integridad} / (\text{Número de trabajadores entrevistados}) \times 100$
Fuentes de Información	Encuesta interna
Periodicidad de Medición	semestral
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	100% de trabajadores con conocimiento de ética e integridad



13.5 Supervisión del Portal de Transparencia

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Supervisión del Portal de Transparencia
Nombre Indicador	Porcentaje de Contenidos de información actualizados y/o publicados
Descripción del Indicador	Cantidad de Contenidos de información actualizados expresados en términos porcentuales
Objetivo del Indicador	Conocer la Cantidad de Contenidos de información actualizados y/o publicados
Forma de Cálculo	$(\text{Contenidos de información publicados y/o actualizados} / \text{Contenidos de información comprendidos en los Rubros temáticos}) \times 100$
Fuentes de Información	Portal de Transparencia Estándar
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	Portal de Transparencia estándar supervisado



13.6. Supervisión en la aplicación sobre Acceso a la información pública

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Supervisión de la atención de solicitudes de acceso a la información pública
Nombre Indicador	Porcentaje de solicitudes de acceso a la información pública atendidas oportunamente
Descripción del Indicador	Cantidad de solicitudes de acceso a la información pública atendidas dentro del plazo prevista en la ley de materia, expresada en términos porcentuales
Objetivo del Indicador	Conocer la eficiencia en la atención de acceso a la información pública
Forma de Cálculo	$\frac{\text{Número de solicitudes atendidas oportunamente}}{\text{Número de solicitudes de acceso a la información formuladas}} \times 100\%$
Fuentes de Información	Reporte de solicitudes de acceso a la información pública - RSAIP
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	100% de solicitudes atendidas oportunamente



13.7. Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución

FICHA DE INDICADORES	
Nombre del Proceso	Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución
Nombre Indicador	Porcentaje de obligados que cumplieron con la presentación de la Declaración Jurada de Conflicto de Interés
Descripción del Indicador	La OFIN busca que los funcionarios y servidores cumplan con esta responsabilidad con fines de transparencia
Objetivo del Indicador	Conocer el grado de cumplimiento de los obligados en presentación de la DJI
Forma de Cálculo	(Número de Servidores y funcionarios que cumplieron con la presentación de la DJI / Número de Servidores y funcionarios obligados a la presentación de la DJI) x100
Fuentes de Información	Página web, informes
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Profesional de la OFIN
Meta	100% de cumplimiento



14. FICHAS DE RIESGOS

14.1 Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad

FICHA DE RIESGOS							
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad				
	Proceso (Nivel 1)		Programación y Planeamiento				
	Subproceso (Nivel 2)		Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad				
	Procedimiento		Gestión de políticas, normativa, planes, estrategias y herramientas en materia de Integridad				
	Actividad		Determinar la necesidad de desarrollar /actualizar normativas o instrumentos de gestión				
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción		Determinar el marco integral basado en las políticas y normativas vigentes que permita gestionar en materia de integridad.				
	Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María				
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Usar instrumentos o normativas que no ayudan en la gestión u operatividad en la Oficina de Integridad				
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01		Profesional no idóneo			
		Causa N° 02		Recarga laboral			
		Causa N° 03		Requerimientos mal dados			
		Causa N° 04					
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
		Diagrama de Flujo					
4. VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)			
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo	
	Muy Baja		0.1	Muy Bajo		0.05	
	Baja		0.3	0.3	Bajo		0.10
	Moderada		0.5	Moderado		0.20	0.20
	Alta		0.7	Alto		0.40	
	Muy Alta		0.9	Muy alto		0.80	
Baja			0.3	Moderado		0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto		0.06	Prioridad del Riesgo		Moderada	
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5.1	ESTRATEGIA		Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A		Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO		No Aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)		Normativas desarrolladas por personal no idóneo o con poco compromiso con la OFIN				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO		Repotenciar las actividades de capacitación al personal encargado y ser más riguroso en la evaluación de los productos de gestión antes de ser aprobados.				



14.2. Plan Integridad y lucha contra la corrupción.

FICHA DE RIESGOS						
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad			
	Proceso (Nivel 1)		Gestión operativa			
	Subproceso (Nivel 2)		Plan integridad y lucha contra la corrupción			
	Procedimiento		Plan integridad			
	Actividad		Verificar o supervisar el cumplimiento de las metas programadas en el Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud - EsSalud.			
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción		Supervisar el cumplimiento del Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud - EsSalud.			
	Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María			
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo			
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Demora en la supervisión de las metas programadas en el Plan de Integridad y Lucha Contra la Corrupción del Seguro Social de Salud - EsSalud.			
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01		Demora de los Órganos Responsables en la entrega de información		
		Causa N° 02		Personal no especializado		
		Causa N° 03		Recarga laboral de personal que realiza la supervisión		
		Causa N° 04		Falta de personal		
	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto			
		Diagrama de Flujo				
4. VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)		
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo
	Muy Baja		0.1	Muy Bajo		0.05
	Baja		0.3	Bajo		0.10
	Moderada		0.5	Moderado		0.20
	Alta		0.7	Alto		0.40
	Muy Alta		0.9	Muy alto		0.80
		0.90			0.80	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.720	Prioridad del Riesgo	ALTA		
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A	Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO	No Aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Órganos Responsables no cumplen con la entrega de información dentro de los plazos requeridos				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Seguimiento constante de cumplimiento de entrega de información				



14.3 Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción

FICHA DE RIESGOS						
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de Integridad				
	Proceso (Nivel 1)	Gestión operativa				
	Subproceso (Nivel 2)	Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción				
	Procedimiento	Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción				
	Actividad	Derivar a profesional (Mediante Sistema de Denuncia y mediante SIGA)				
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Atender las denuncias por actos de corrupción				
	Ubicación: Dpto, Ciudad,	Lima, Lima, Jesús María				
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la derivación de las denuncias				
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01	Poco Personal			
		Causa N° 02	Personal no especializado			
		Causa N° 03	Demora en la respuesta de los requerimientos de información			
		Causa N° 04	Recarga laboral			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
		Diagrama de Flujo				
4. VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)		
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo
	Muy Baja	0.1		Muy Bajo	0.05	
	Baja	0.3		Bajo	0.10	
	Moderada	0.5		Moderado	0.20	
	Alta	0.7		Alto	0.40	
	Muy Alta	0.9		Muy alto	0.80	
	Alto			Alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.720	Prioridad del Riesgo	Alta		
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A	Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO	No Aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Cantidad alta de denuncias recibidas que ingresan al sistema. Escaso personal especializado asignado				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Incrementando la cantidad de profesionales especializados en la atención de denuncia				

14.4 Implementación, seguimiento y mejora en materia del Código de Ética

FICHA DE RIESGOS							
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad				
	Proceso (Nivel 1)		Gestión operativa				
	Subproceso (Nivel 2)		Implementación, seguimiento y mejora en materia de Código de Ética				
	Procedimiento		Implementación, seguimiento y mejora en materia de Código de Ética				
	Actividad		Ejecutar Plan de supervisión de acuerdo a Plan Aprobado				
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción		Promover los principios del código de ética de la función pública y supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución				
	Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María				
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Supervisión deficiente					
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01		Escasos recursos para ejecutar supervisión			
		Causa Nº 02		Usuarios no colaborativos			
		Causa Nº 03		Profesional designado con recarga laboral			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
		Diagrama de Flujo					
4. VALORACIÓN DE RIESGO							
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)			
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo	
	Muy Baja		0.1	Muy Bajo		0.05	
	Baja		0.3	0.3	Bajo		0.10
	Moderada		0.5	Moderado		0.20	
	Alta		0.7	Alto		0.40	
	Muy Alta		0.9	Muy alto		0.80	
	BAJA			0.3	BAJO		0.10
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0,030	Prioridad del Riesgo	BAJO			
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo			
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo			
5.2	RIESGO ASIGNADO A	Oficina / Dirección					
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO	No Aplica					
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No se obtiene apoyo a tiempo por parte de las áreas encargadas de asignar recursos y los profesionales encargados están con recarga laboral					
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Tramitar anticipadamente el apoyo para los recursos económicos y de nuevo personal					



14.5. Supervisión del Portal de Transparencia

FICHA DE RIESGOS						
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad			
	Proceso (Nivel 1)		Supervisión y control			
	Subproceso (Nivel 2)		Supervisión del Portal de Transparencia			
	Procedimiento		Supervisión del Portal de Transparencia			
	Actividad		Verifica la publicación y/o actualización de los contenidos de información comprendidos en los rubros temáticos del Portal de Transparencia.			
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción		Verificar y tomar acciones que permita a la institución contar con un portal de transparencia actualizado			
	Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María			
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo			
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Supervisión fuera del plazo del Portal de Transparencia			
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa Nº 01		Falta de personal		
		Causa Nº 02		Personal no especializado		
		Causa Nº 03		Recarga laboral		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
		Diagrama de Flujo				
4. VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)		
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo
	Muy Baja		0.1	Muy Bajo		0.05
	Baja		0.3	Bajo		0.10
	Moderada		0.5	Moderado		0.20
	Alta		0.7	Alto		0.40
	Muy Alta		0.9	0.9	Muy alto	
			0.90			0.80
4.2	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto		0.720	Prioridad del Riesgo		ALTA
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A		Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO		No Aplica			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)		Personal no especializado realizando la supervisión del Portal de Transparencia. Exceso de carga laboral que imposibilita realizar la supervisión dentro del plazo.			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO		Personal capacitado y con dedicación exclusiva.			

14.6 Supervisión de la atención de solicitudes de acceso a la información pública

FICHA DE RIESGOS						
1. NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad			
	Proceso (Nivel 1)		Supervisión y control			
	Subproceso (Nivel 2)		Supervisión de la atención de solicitudes de acceso a la información pública			
	Procedimiento		Supervisión en la aplicación sobre acceso a la información pública			
	Actividad		El área responsable con la información obtenida da respuesta mediante el canal establecido por el solicitante			
2. OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción		Atender las solicitudes de información pública hasta su respuesta al solicitante			
	Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María			
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo			
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Atención se da fuera de los plazos establecidos por las normativas			
3.4	CAUSAS GENERADORAS	Causa N° 01		Lentitud de atención del área responsable		
		Causa N° 02		Supervisión fuera de tiempo		
		Causa N° 03		Información solicitada es de difícil obtención		
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
		Diagrama de Flujo				
4. VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)		
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo	Cuantitativo	
	Muy Baja		0.1	Muy Bajo	0.05	
	Baja		0.3	Bajo	0.10	
	Moderada		0.5	Moderado	0.20	
	Alta		0.7	Alto	0.40	
	Muy Alta		0.9	Muy alto	0.80	
Baja		0.30	Moderado	0.20		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto	0.060	Prioridad del Riesgo	Moderada		
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A	Oficina / Dirección				
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO	No Aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	El área responsable no cuenta con personal idóneo o es improvisado				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Monitorear y exigir con tiempos anticipados a las área responsables el cumplimiento.				

14.7 Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad en la institución

FICHA DE RIESGOS						
1. NOMBRE DEL PROCESO		Macroproceso (Nivel 0)		Gestión de Integridad		
		Proceso (Nivel 1)		Supervisión y control		
		Subproceso (Nivel 2)		Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad		
		Procedimiento		Supervisar el correcto cumplimiento de las normas orientadas a garantizar la ética y la integridad		
		Actividad		Remitir memorando a los jefes de los obligados informando del no cumplimiento		
2. OBJETIVO DEL PROCESO		Descripción		Supervisar el cumplimiento de las Declaraciones Juradas ((Declaración Jurada de Intereses, Declaración Jurada de Conflicto de Interés)		
		Ubicación: Dpto, Ciudad,		Lima, Lima, Jesús María		
3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO		Operativo			
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Incumplimiento de las áreas responsables ante requerimiento solicitado			
3.4	CAUSAS GENERADORAS		Causa N° 01		Falta de medidas sancionadoras	
			Causa N° 02		Lentitud en la atención	
			Causa N° 03		Falta de control en las áreas responsables	
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN		Diagrama Causa Efecto			
			Diagrama de Flujo			
4. VALORACIÓN DE RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA (Análisis)			IMPACTO (Análisis)		
	Cualitativo		Cuantitativo	Cualitativo		Cuantitativo
	Muy Baja		0.1	0.10	Muy Bajo	0.05
	Baja		0.3		Bajo	0.10
	Moderada		0.5		Moderado	0.20 0.20
	Alta		0.7		Alto	0.40
	Muy Alta		0.9		Muy alto	0.80
Muy baja			0.10	Moderado 0.20		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x impacto		0.020	Prioridad del Riesgo	Baja	
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA		Mitigar Riesgo	X	Evitar riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A		Oficina / Dirección			
5.3	CAUSA DEL RIESGO ASIGNADO		No Aplica			
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)		Información solicitada es muy difícil de obtener y poco control de las jefaturas de las áreas responsables			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO		Aplicar medidas sancionadoras por incumplimiento en los plazos, incumplimiento que afecta a la institución.			

Matriz de valorización

La siguiente matriz permite determinar el nivel del riesgo del proceso en base al análisis ejecutado por los responsables de cada proceso, para luego determinar las acciones que le permita gestionar el riesgo.

Esta matriz ha sido utilizada para el análisis de riesgo de cada proceso y su valor se registra en su respectiva ficha.

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta



15. FACTORES CRÍTICOS

Se ha identificados los siguientes procesos críticos.

15.1 Proceso Gestión de denuncias sobre presuntos actos de corrupción.

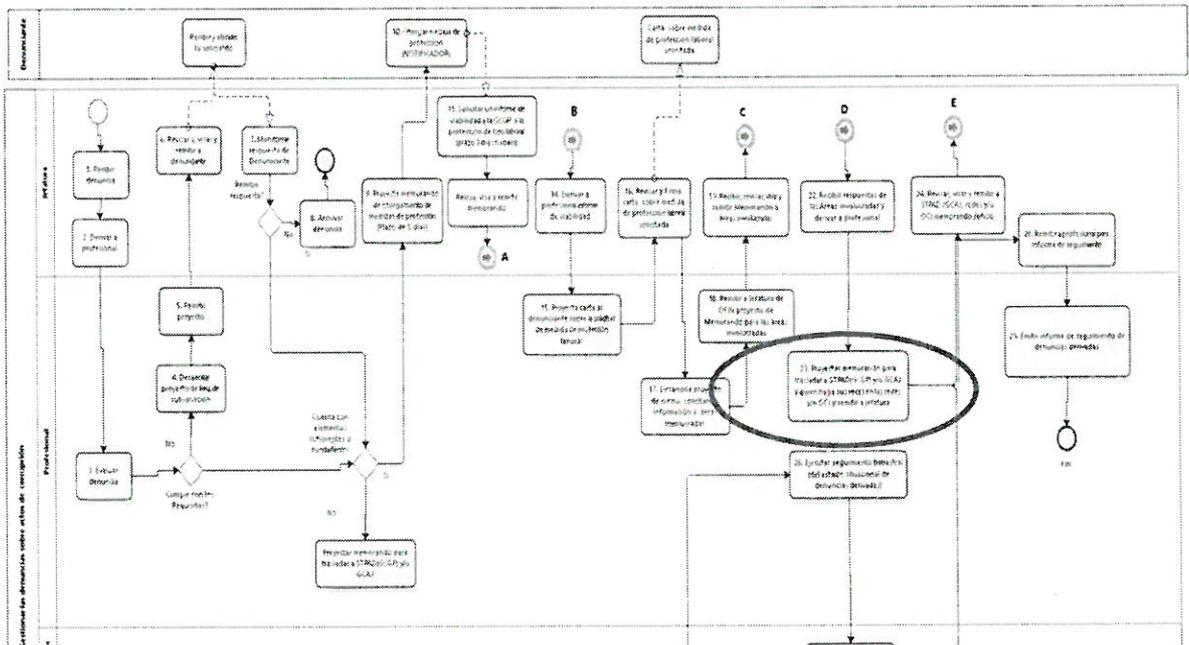
Este proceso que busca atender las denuncias por posibles actos de corrupción, se encuentra con el problema de una atención a destiempo o muy lenta lo que afectaría al objetivo del Plan de la lucha anticorrupción que tiene como responsabilidad la institución.

Este proceso ha obtenido una valorización de riesgo Alto, por lo cual es necesario y urgente dar la atención prioritaria para evitar consecuencias que afectan a la OFIN y a la institución.

La actividad a analizar es "Proyectar memorando para trasladar a STPAD(GCGP) y/o GCAJ y quien haga sus veces en las redes y/o OCI y remitir a jefatura"

Los factores encontrados son los siguientes:

- a) EL personal que atiende a los usuarios o a los interesados carecen de la agilidad y expertise que demanda esa función.
- b) Existe poco profesionales para cubrir las funciones asignadas.
- c) Existe recarga laboral producto de lo indicado en el literal anterior
- d) Existe muchas veces demora en la respuesta de los requerimientos de información por parte del usuario.



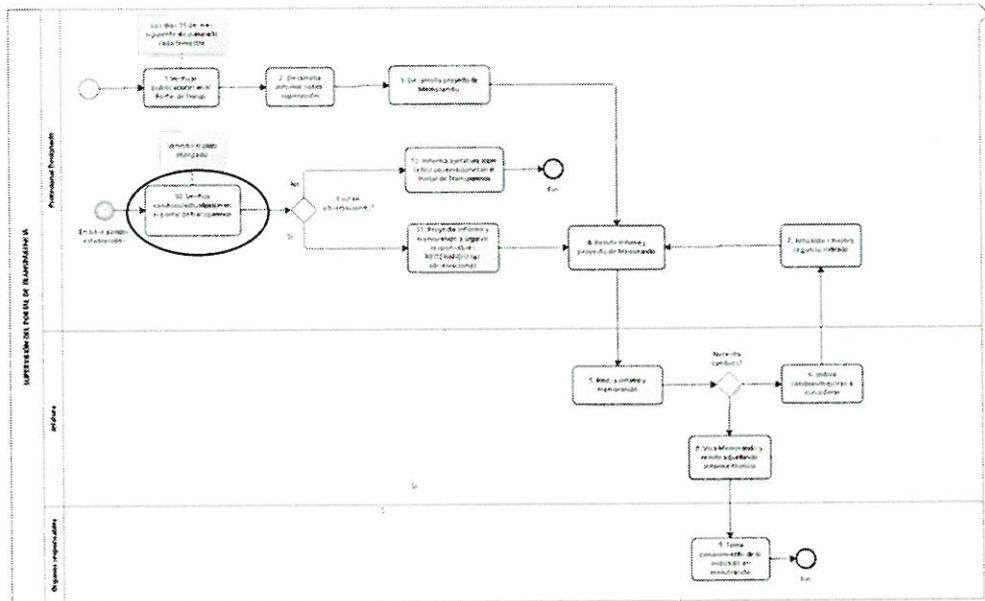
15.2 Proceso Supervisión del Portal de Transparencia,

Este proceso tiene como objetivo verificar y tomar acciones que permita a la institución contar con un portal de transparencia actualizado; por lo tanto, su no cumplimiento o retraso de acuerdo a los plazos de ley generaría responsabilidad por parte de la entidad así como sanciones a los funcionarios responsables.

En la actividad "Verifica la publicación y/o actualización de los contenidos de información comprendidos en los rubros temáticos del Portal de Transparencia" se ha detectado que muchas veces las observaciones efectuadas por la OFIN, no la subsanan los órganos responsables en los plazos indicados, lo cual ocurre con moderada frecuencia, generando un impacto moderado en el proceso.

Los factores encontrados son los siguientes:

- a. Publicación y/o actualización de la información fuera de los plazos establecidos.
- b. Publicación de información incompleta en el Portal de Transparencia.



16. CONCLUSIONES

- 16.1 El presente Manual de Procesos y Procedimientos se debe considerar como la primera versión, y el cual considera a los procesos misionales de la Oficina de Integridad.
- 16.2 Se ha podido evidenciar que en la OFIN se ejecutan actividades que no están determinadas en el ROF
- 16.3 Los procesos registrados en el presente Manual deben ser analizados en busca de ser optimizados como parte de la mejora continua y que estos se utilicen con un enfoque de la gestión por procesos que toda institución tiene como objetivo dentro de la modernización de la gestión pública.

17. RECOMENDACIONES

- 
- 17.1 Desarrollar un plan de acciones en busca de minimizar o controlar el riesgo en los procesos de "Gestión de denuncias por posibles actos de corrupción" y "Supervisión del portal de Transparencia".
 - 17.2 Proponer la actualización del ROF de la OFIN porque vienen ejecutando funciones que no están descritos como las actividades relacionadas al procedimiento de "Usuario Oculto".
 - 17.3 Repotenciar la capacitación y sensibilización a los trabajadores de la institución en lo referente a la lucha anticorrupción, sistema de control interno y plan de Ética, porque se nota poco conocimiento de estos planes y estrategias por parte de los trabajadores de la institución.
 - 17.4 Analizar, identificar y mejorar los procesos como parte de las buenas prácticas que toda área orgánica debe contemplar.

--- 0 ---