

**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 151 -PE-ESSALUD-2015**

Lima, 23 de febrero del 2015

**VISTOS:**

La Carta N° 1511-SG-ESSALUD-2014 de la Secretaría General; la Carta N° 007-GG-ESSALUD-2015 de la Gerencia General; la Carta N° 268-OCAJ-ESSALUD-2015 y el Informe N° 45 GAA-OCAJ-ESSALUD-2015 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; y,

**CONSIDERANDO:**

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

Que, asimismo se dispone que corresponde al Titular y a los funcionarios responsables de los órganos directivos y ejecutivos de la entidad, la aprobación de las disposiciones y acciones necesarias para la implantación de dichos sistemas y que éstos sean oportunos, razonables, integrados y congruentes con las competencias y atribuciones de las respectivas entidades;

Que, de otro lado, en el artículo 10° de la citada Ley se dispone que la Contraloría General de la República, con arreglo a lo establecido en el artículo 14° de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, dicta la normativa técnica de control que orienta la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, de conformidad a lo establecido en el artículo citado en el considerando precedente, la Contraloría General de la República aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", la cual tiene como objetivo principal proveer de lineamientos, herramientas y métodos a las entidades del Estado para la implementación de los componentes que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) establecido en las Normas de Control Interno (NCI);

Que, la referida Guía establece en su numeral 1.1.2, la importancia de la constitución de un Comité de Control Interno para implementar un eficaz Sistema de Control Interno encargado de poner en marcha las acciones necesarias para su adecuada implementación y su eficaz funcionamiento, a través de la mejora continua;

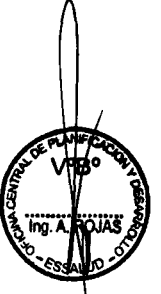
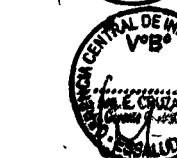
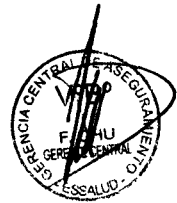
Que, a través de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1092-PE-ESSALUD-2011, modificada por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 376-PE-ESSALUD-2013 y N° 531-PE-ESSALUD-2014, se constituyó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD, estableciéndose entre sus funciones el desarrollar el diagnóstico actual del control interno dentro de la entidad;

Que, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD, en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, aprobó el documento denominado "Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)";

Que, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD, en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, aprobó el documento denominado "Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)";

Que, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD, en su Décimo Quinta Sesión, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2014, aprobó el documento denominado "Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)";

029-2014-579



**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 151 -PE-ESSALUD-2015**

Que, de otro lado, el Comité elaboró el "Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"; aprobándolo a través del Acuerdo 1 de su Décimo Sexta Sesión, llevada a cabo el 29 de diciembre de 2014; acordando igualmente que dicho documento sea aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva debidamente visada por los órganos centrales y disponga su inclusión en el Plan Operativo Institucional;

Que, mediante Carta N° 007-GG-ESSALUD-2015 de fecha 07 de enero de 2015 la Gerencia General, dispuso implementar lo señalado en el Acuerdo 1, en el que se encuentra considerado el pedido de aprobación del Plan de Trabajo en mención por parte de la Presidencia Ejecutiva;

Que, sobre el particular el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, establece que corresponde al Titular y a los funcionarios responsables de los órganos directivos y ejecutivos de la entidad, la aprobación de las disposiciones y acciones necesarias para la implantación de dichos sistemas y que éstos sean oportunos, razonables, integrados y congruentes con las competencias y atribuciones de las respectivas entidades;

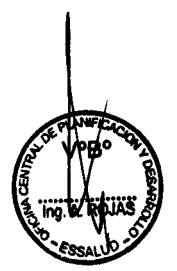
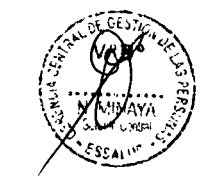
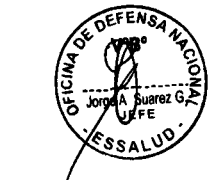
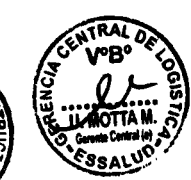
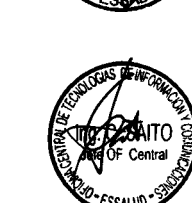
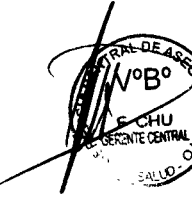
Que, en tal sentido, en el marco de los antecedentes reseñados precedentemente, así como la normativa citada, el Presidente Ejecutivo se encuentra facultado para expedir la presente Resolución que resuelve aprobar y disponer la ejecución del Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como los demás aspectos propuestos por el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno ESSALUD;

Que, asimismo, de conformidad con lo dispuesto en el literal b) del artículo 8° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), es competencia del Presidente Ejecutivo organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la Institución;

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

- 1. APROBAR** el "Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)" y el Anexo 1 Cronograma de implementación de recomendaciones; documentos que como anexos forman parte integrante de la presente Resolución.
- 2. DISPONER**, la ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo aprobado en el numeral precedente, según el Cronograma de implementación de recomendaciones que como Anexo 1 forma parte integrante de la presente Resolución.
- 3. DISPONER** que los órganos centrales incorporen en el Plan Operativo Institucional, en los casos que corresponda, las actividades previstas en el citado Plan de Trabajo, según su ámbito de competencia.
- 4. DISPONER** que la Gerencia General, a través de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, cautele el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral anterior.
- 5. ENCARGAR** al Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD), la supervisión del cumplimiento de las actividades contenidas en el "Plan de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".





**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 151 -PE-ESSALUD-2015**

6. **CONSTITUIR** un Grupo de Trabajo como responsable de coordinar con los órganos centrales las acciones operativas necesarias para la ejecución del Plan de Trabajo aprobado en el numeral 1 de la presente Resolución; colegiado que estará conformado de la siguiente manera:

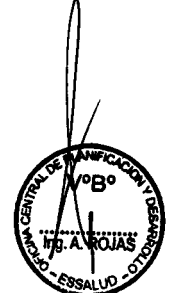
- Un representante de la Gerencia General, quien lo presidirá.
- Un representante de la Secretaría General.
- Un representante de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.
- Un representante del órgano central responsable del aspecto a implementar.

El citado Grupo de Trabajo deberá instalarse en el plazo máximo de diez (10) días contados a partir de la emisión de la Resolución de constitución.

7. **DISPONER** que los órganos centrales brinden la asistencia y apoyo que les pueda ser requerido por el Grupo de Trabajo para el mejor cumplimiento de sus funciones.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

VIRGINIA BAFFIGO DE PINILLOS  
PRESIDENTE EJECUTIVO  
ESSALUD





# **Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD**



**Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de ESSALUD**

**Lima - Perú**

Seguro Social de Salud (ESSALUD)

Presidenta Ejecutiva  
**Virginia Baffigo Torr  De Pinillos**

Presidenta del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno  
**Ana Bustamante Huamán**

Secretario Técnico del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno  
**Alejandro Rojas Sarapura**

Equipo de trabajo  
**Heidi Cárdenas Arce**  
**Hugo Castañeda Torres**  
**Gilberto Romero Carcelén**

Av. Arenales N  1402 – Lima 11.  
Teléfonos: +51 (1) 265-6000 / 265-7000.  
Página Web: <http://www.essalud.gob.pe/>  
Impreso en Lima – Perú. Diciembre de 2014.

SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD).  
Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD.  
Lima – Perú, 2014.  
PALABRAS CLAVE: PLAN DE TRABAJO / SISTEMA DE CONTROL INTERNO / ESSALUD / PERÚ.

# Índice

1.	ANTECEDENTES	4
1.1.	Origen	4
1.2.	Objetivos	4
1.3.	Alcance	4
2.	BASE LEGAL Y DOCUMENTAL	5
3.	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	6
4.	ETAPAS	7
4.1.	Etapa 1: Capacitación y sensibilización del personal	7
4.2.	Etapa 2: Implementación de las recomendaciones	7
4.3.	Etapa 3: Autoevaluación	19
4.4.	Etapa 4: Actualización del Plan de Trabajo	21
5.	CRONOGRAMA GENERAL	22
6.	CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS	23
7.	CONCLUSIONES	24
8.	RECOMENDACIONES	25
9.	ANEXOS	26
9.1.	Anexo 1: Cronograma de Implementación de la Matriz de Priorización de Control Interno	26

## 1. ANTECEDENTES

### 1.1. ORIGEN

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

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

- El Secretario General, o su representante, quien lo preside;
- El Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, o su representante, quien actuará como Secretario Técnico;
- El Gerente Central de Aseguramiento, o su representante;
- El Gerente Central de Prestaciones de Salud, o su representante;
- El Gerente Central de Gestión de las Personas, o su representante;
- El Gerente Central de Logística, o su representante;
- El Gerente Central de Finanzas, o su representante;
- El Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica o su representante;
- El Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica, o su representante;

En calidad de veedor, participa un representante del Órgano de Control Institucional de la entidad.

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

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

### 1.2. OBJETIVO

Establecer las actividades, responsables, recursos y plazos para la implementación de las recomendaciones contempladas en el "Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

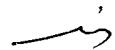
### 1.3. ALCANCE

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

## 2. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL

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

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





### 3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La ejecución del Plan de Trabajo estará bajo responsabilidad de todos los órganos centrales del Seguro Social de Salud (ESSALUD), siendo liderado por el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Este último a su vez contará con un Grupo de Trabajo encargado de realizar el seguimiento de los aspectos a ser implementados contemplados en el Plan de Trabajo.

Dicho Grupo de Trabajo estará compuesto de la siguiente manera:

1. Un representante de la Gerencia General
2. Un representante de la Secretaría General
3. Un representante de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo
4. Un representante del órgano central del aspecto a implementar

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

**a) Primer nivel: Comité de Implementación del Sistema de Control Interno**

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

**b) Segundo Nivel: Grupo de Trabajo**

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

**c) Tercer Nivel: Órganos Centrales**

Los órganos centrales son los responsables de la implementación de las recomendaciones contempladas en el Plan de Trabajo, en el ámbito de su competencia.



## 4. ETAPAS

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

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

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

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

Los miembros del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y el Grupo de Trabajo deberán ser capacitados en materia de Control Interno y Gestión de Riesgos, con la finalidad de complementar las capacidades y competencias técnicas necesarias para el proceso de implementación de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo.

De igual forma, será necesario socializar y sensibilizar a los colaboradores de los órganos centrales que participen en el desarrollo de las actividades contempladas en el Plan de Trabajo en temas sobre la implementación del Sistema de Control Interno.

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

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

En esta etapa, se implementará las recomendaciones establecidas en el "Informe de diagnóstico de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)", de acuerdo con su prioridad y dentro del periodo estimado de tres (03) años. En el Anexo N° 1, se presenta el cronograma propuesto para ejecutar el proceso de implementación.

La implementación de las recomendaciones se realizará considerando lo siguiente:

#### a) Desarrollo de entregables y responsables

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

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

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

La Gerencia General cautelarará que las acciones a implementar previstas en el Plan de Trabajo, en caso correspondan, se incorporen en los Planes Operativos Institucionales anuales, en orden a coadyuvar en su seguimiento e implementación.

Tabla N° 1

CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN <sup>1</sup>	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
3.8.2	Elaborar y aprobar el Mapa de Macroprocesos que incluya los procesos en estratégicos, misionales y de apoyo.	9A	• Mapa de Macroprocesos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.4.3	Priorizar la aprobación del Mapa de Macroprocesos, que permita identificar, de acuerdo con la cadena de valor, los procesos críticos de ESSALUD.	9A		
3.8.3	Identificar los procesos críticos de ESSALUD.	9A	• Matriz de Identificación de Procesos Críticos	
1.1.4	Disponer las acciones que sean necesarias a fin que, en el menor plazo posible, se culmine con la elaboración del Código de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD, para su aprobación a través del correspondiente acto resolutivo.	6A	• Código de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD	Secretaría General
1.3.4	Cautelar que el nuevo esquema organizacional a aprobarse, en lo que corresponda, se adecúe a los principios referidos en el "Informe Final de Reorganización del Seguro Social de Salud (ESSALUD) – Diagnóstico y Propuestas".	6A	• Estructura Orgánica de Organización y Funciones	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.1.5	Establecer un procedimiento para el seguimiento y control de la implementación de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control (OCI, CGR y SOAS); asimismo, implementar un aplicativo que facilite la labor de seguimiento y control.	4A	• Directiva que establezca las normas para el seguimiento e implementación de recomendaciones	Gerencia General
1.8.4				
5.2.2				
1.8.3	Disponer la implementación de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	4A	• Aplicativo que administre el seguimiento efectuado	
1.4.1	Establecer procedimientos internos, en coordinación con el Órgano de Control Institucional que garanticen la implantación oportuna de las recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	4A	• Estructura Orgánica de Organización y Funciones	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.5.3	Concretar la actualización de la estructura orgánica, redefiniendo líneas de autoridad y responsabilidad según establecen los procedimientos de cada unidad orgánica, considerando los roles y disposiciones contenidas en la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.	4A	• Informe técnico sobre las necesidades de personal asistencial	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
1.6.3	Establecer una metodología que permita determinar las reales necesidades del personal asistencial.	4A	• Directiva que establezca las normas de capacitación en ESSALUD	Gerencia Central de Gestión de las Personas

<sup>1</sup> La presente matriz fue elaborada considerando un criterio técnico, consensuado y profesional, para cuya medición se utilizó los siguientes factores evaluación:

Criterios	Escala de calificación
Criticidad	Muy crítico = 3, Crítico = 2, No crítico = 1
Impacto	Gran Impacto = 3, Mediano impacto = 2, Bajo impacto = 1
Factibilidad	Alta = A, Mediana = M, Baja = B

- a) **Criticidad:** Cuán relevante es para la organización la recomendación / aspecto a implementar.
- b) **Impacto:** Cuán significativo es el efecto de la implementación de la recomendación / aspecto a implementar
- c) **Factibilidad:** El nivel de esfuerzo, de experiencia, de recursos económicos, de materiales y de personal estimados para la implementación de la recomendación / aspecto a implementar.

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
2.1.1	Revisar y estandarizar las metodologías de gestión de riesgos existentes en ESSALUD, para lo cual se deberá evaluar si se considerará utilizar el Manual de Gestión de Riesgos, procedimiento y formatos elaborados por la Gerencia Central de Aseguramiento, o elaborar uno nuevo integrado para ESSALUD, que establezca la metodología de gestión de riesgos, definiendo cómo se planificará, identificará, valorará, y dará respuesta a los riesgos. Asimismo, se deberá considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodología: Inclusión de métodos, herramientas y fuentes de información a utilizarse para realizar la gestión de riesgos.</li> <li>- Roles y responsabilidades: Definición del líder y miembros de equipo para cada tipo de actividad del Plan de Gestión de Riesgos, asignación de personas a cada rol y determinación de sus responsabilidades.</li> <li>- Periodicidad: Definición del momento y frecuencia con la que se realizará el proceso de gestión de riesgos durante la implementación.</li> <li>- Matriz de ponderación (probabilidad e impacto): Priorización de los riesgos en función a la probabilidad de ocurrencia e impacto.</li> <li>- Criterios de evaluación del riesgo: Definición de los criterios operativos, técnicos, regulatorios, legales, financieros, sociales, entre otros, con los cuales se evaluará el riesgo.</li> </ul>	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Gestión de Riesgos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
2.1.2	Desarrollar un Plan de Gestión de Riesgos (Plan de Actividades) que comprenda las actividades que se desarrollarán anualmente en ESSALUD, para la implementación de la metodología de gestión de riesgos.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Gestión de Riesgos</li> </ul>	
2.1.3	Conformar un equipo encargado de implementar la gestión de riesgos, que deberá estar integrado por profesionales especializados de cada unidad orgánica.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución que conforme el Comité de Riesgos</li> </ul>	Gerencia General
2.2.3				
2.1.4	Efectuar cursos especializados en gestión de riesgos dirigidos a los colaboradores encargados de la implementación, así como charlas de sensibilización sobre la cultura de riesgos a todos los colaboradores.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de curso de gestión de riesgos</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
2.4.1	Establecer una metodología estándar para dar respuesta a los riesgos identificados en ESSALUD.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Gestión de Riesgos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
4.8.1	Actualizar la norma que regula la actualización del Portal Web y el Portal de Transparencia, considerando que esta debe incluir roles y responsabilidades del administrador y de los usuarios internos que publiquen la información institucional.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca las normas para el uso y administración del del Portal Web y el Portal de Transparencia</li> </ul>	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
5.2.3	Evidenciar el seguimiento a las recomendaciones obtenidas de las diferentes evaluaciones efectuadas por las diferentes entidades de la Administración Pública. Los reportes de seguimiento deberá incluir al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendación</li> <li>- Fecha en que la entidad recibió la recomendación</li> <li>- Responsable de la implementación de la recomendación</li> <li>- Plazo de implementación</li> <li>- Estatus actual de la implementación</li> <li>- Observaciones (en caso de que las recomendaciones no hayan sido implementadas en las fechas pactadas)</li> </ul>	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca las normas para el seguimiento e implementación de recomendaciones</li> </ul>	Gerencia General
5.3.2	Establecer lineamientos que regulen las actividades de autoevaluación de Control Interno, del cual se emitirá un informe de autoevaluación sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno.	4A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca las normas para la autoevaluación de Control Interno</li> </ul>	Secretaría General
1.1.1	Participar en la implementación de controles internos en sus procesos, actividades y tareas.	2A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe trimestral de cumplimiento de Plan de Trabajo.</li> </ul>	Órganos Centrales
1.1.2	Reforzar las acciones de sensibilización en materia de Control Interno a los colaboradores de los diversos órganos centrales, con el propósito de que, entre otros aspectos, entiendan la importancia de la implementación en sus respectivos ámbitos de competencia de ejercer y ejecutar acciones de controles internos.	2A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe sobre charlas de sensibilización efectuadas a los colaboradores</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
1.1.3	Diseñar los procedimientos más adecuados que permitan la retroalimentación permanente entre el personal de dirección y los diferentes colaboradores; los mismos que deberán incluir mecanismos que faciliten a los responsables de los órganos centrales y de las unidades orgánicas promover, reconocer y valorar los aportes del personal, estimulando de esta forma la mejora continua en los procesos.	2A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Comunicación</li> </ul>	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
1.2.1	Evaluar e implementar estrategias que incluyan indicadores para el cumplimiento y difusión del Código de Ética. Para ello podría considerarse, entre otras, las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicaciones a través del correo electrónico, mediante las cuales de manera didáctica se dé a conocer y se expliquen los temas incluidos en el Código de Ética.</li> <li>- Charlas de capacitación y sensibilización dirigidas al personal en general, con énfasis en aquellos colaboradores que presten servicios en áreas susceptibles a actos de corrupción.</li> <li>- Elaboración de un documento suscrito por los trabajadores, mediante el cual declaren su conocimiento y compromiso de cumplimiento de los principios y deberes propios del Código de Ética, y de no incurrir en las prohibiciones incurridos en él.</li> <li>- Elaboración de encuestas de evaluación interna.</li> </ul>	2A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Actividades para la Promoción del Código de Ética</li> </ul>	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General Gerencia Central de Gestión de las Personas

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

<b>CÓDIGO</b>	<b>RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>	<b>ENTREGABLE</b>	<b>ÓRGANO RESPONSABLE</b>
1.3.1	Establecer flujos de comunicación y sensibilización de forma que los órganos centrales, hagan conocer a sus colaboradores cuáles son los objetivos y metas de la organización, y su contribución con el cumplimiento de los mismos.	2A	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
1.6.4	Actualizar la directiva que contempla lineamientos y mecanismos a fin que los empleados adquieran y mantengan un nivel de competencia que les permita entender la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento de un buen Control Interno, así como alcanzar los objetivos de éste y la misión de la entidad.	2A	• Directiva que establezca el procedimiento de evaluación de desempeño que evalúe competencias y capacidades del personal	Gerencia Central de Gestión de las Personas
1.7.2	Elaborar un registro de delegación de funciones a los órganos y los funcionarios, que incluya las responsabilidades de supervisión como de rendiciones de cuentas periódicas; debiendo precisar que la delegación de autoridad no exime a los funcionarios y servidores de la responsabilidad conferida como consecuencia de dicha delegación. Es decir la autoridad se delega, en tanto que la responsabilidad se comparte.	2A	• Registro de delegación de funciones	Oficina Central de Asesoría Jurídica
3.5.2	Emitir instrucciones expresas y formales para que los colaboradores adopten la buena práctica de realizar actividades de verificación y conciliación en las principales actividades y tareas que realiza, con la finalidad de detectar posibles errores o inconsistencias.	2A	• Manual de Organización y Funciones	Órganos Centrales
3.8.4	Emitir instrucciones o pautas para que las tareas, actividades y procesos que realicen los colaboradores cuenten con evidencia documental a través de informes, memorandos u otro medio similar.	2A		
4.6.3	Asignar recursos materiales e implementar los archivos periféricos en cada órgano central.	2A	• Informe que sustente la necesidad de los Archivos Periféricos.	
4.7.2	Establecer líneas de comunicación para que el personal pueda transmitir: a) oportunidades de mejora o b) denuncia de posibles actos indebidos.	2A	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
4.6.5	Contratar especialistas en materia archivística.	2A	• Informe que sustente la necesidad de personal especializado en los archivos	Órganos Centrales
4.6.6	Realizar charlas de sensibilización y capacitación en materia de archivos dirigidos a los colaboradores.	2A	• Informe sobre la realización de charlas de sensibilización y capacitación en materia de archivos	
5.2.1	Implementar el "Reportes de deficiencias", que deberá contener las deficiencias y debilidades identificadas por los responsables de los órganos centrales y las unidades orgánicas de éstas, como producto del monitoreo y supervisión que realizan a sus procedimientos y actividades.	2A	• Directiva que establezca las normas para la autoevaluación de Control Interno	Secretaría General

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

<b>CÓDIGO</b>	<b>RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>	<b>ENTREGABLE</b>	<b>ÓRGANO RESPONSABLE</b>
1.2.2	Diseñar, establecer, aplicar y difundir normas internas destinadas a implementar incentivos y estímulos para el adecuado cumplimiento del Código de Ética, así como los mecanismos de protección a favor de quienes denuncien infracciones al mismo.	1A	• Directiva que establezca las normas para los estímulos y sanciones del Código de Ética	Gerencia Central de Gestión de las Personas
4.9.1	Identificar e implementar nuevos canales de comunicación, considerando la cantidad de personal que tiene ESSALUD, las necesidades de información y el acceso que se tiene a las tecnologías.	1A	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
1.3.2	Evaluar y alinear el Plan Estratégico Institucional de acuerdo con los lineamientos que se vienen desarrollando en el Plan Maestro, con la finalidad de actualizar los objetivos estratégicos, las metas y los indicadores.	9M	• Informe sobre alineamiento entre Plan Estratégico Institucional y Plan Maestro.	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
3.8.1	Emitir y aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos, que deberá estar formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos por ESSALUD para la implementación de la gestión por procesos.	9M	• Manual de Procesos y Procedimientos	
1.2.3	Aprobar un nuevo Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción, sugiriéndose, incluir como acciones a llevar a cabo en dicho marco, las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar una política o procedimiento para el monitoreo de los responsables de registrar la información propia del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido.</li> <li>- Adecuar las disposiciones en materia del Régimen Disciplinario y Procedimiento Sancionador interno, a las disposiciones emitidas sobre la materia en la Ley del Servicio Civil) y su Reglamento.</li> <li>- Que la normativa interna que se dicte sobre este extremo, considere la elaboración de una base de datos a nivel nacional que contenga la información de los procesos disciplinarios promovidos a los servidores de los distintos regímenes laborales de ESSALUD.</li> </ul>	6M	• Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en ESSALUD	Secretaria General
1.4.4	Elaborar un Plan de Trabajo que incluya plazos de ejecución para la implantación de gestión por procesos, conforme a los "Lineamientos para la Gestión por Procesos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014.	6M	• Plan de Trabajo para la implantación de gestión por procesos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.5.1	Se plantea como necesario actualizar los documentos de gestión tales como el Clasificador, Manual de Perfiles de cargos, CAP y Manual de Organización y Funciones. Para este efecto, se deberá tener presente las nuevas disposiciones emitidas sobre la materia contenidas en la Ley del Servicio Civil (Ley N° 30057), y su Reglamento aprobado por D.S. N° 040-2014-PCM; como también lo señalado en segundo punto a implementar del Sub Componente 1.4. Estructura Organizacional, en relación a los diversos documentos de gestión; así como la nueva estructura organizacional a aprobarse.	6M	• Manual de Perfiles de Cargos • Manual de Organización y Funciones	Gerencia Central de Gestión de las Personas

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
1.5.5	Establecer lineamientos, políticas y procedimientos para la prevención de conflictos laborales y para el proceso de solución de controversias con las organizaciones sindicales.	6M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directiva para la prevención de conflictos laborales y sobre la solución de controversias con las organizaciones sindicales</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
3.10.1	Efectuar las revisiones de los lineamientos que regulan la adecuada acreditación de los perfiles de usuarios de los sistemas informáticos considerando las actuales funciones de su cargo.	6M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe sobre revisión de los perfiles de usuarios de los sistemas informáticos según las funciones del cargo.</li> </ul>	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
3.10.2	Establecer un Plan de Continuidad de Negocios, que detalle los procesos críticos para la continuidad, y las acciones necesarias para continuar operando; así como establecer un Plan de Pruebas para la evaluación de la efectividad del plan de continuidad establecido, las cuales deberán ser adecuadamente documentadas.	6M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Continuidad de Negocios</li> </ul>	
3.10.3	Continuar con la implementación de la Gestión de la Seguridad de la Información, que permita establecer políticas y controles de seguridad y resguardo de la información de la institución.	6M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas de Seguridad de la Información</li> <li>Planes de Contingencias</li> </ul>	
1.3.3	Implementar un Tablero de Control de Gestión (TGC), a través del cual se presente la información de eficacia desde tres visiones: (i) según objetivo, (ii) responsables de cumplimiento, y (iii) según criterios temáticos de ejecución de recursos (ejemplo: proyectos, programas). Asimismo, en cada visión se habrían de analizar logros (rendición de cuentas) y metas (compromisos a futuro).	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tablero de Control de Gestión (TGC)</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.3.5	Establecer los mecanismos institucionales necesarios, y dar prioridad que corresponda para la atención de la necesidad de contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe sobre contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión</li> </ul>	Gerencia Central de Infraestructura
1.4.2	Proponer a la Alta Dirección las acciones a seguir para la actualización de los documentos de gestión en materia de recursos humanos, considerando las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil y su Reglamento.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuadro de Asignación de Personal / Manual de Perfiles de Cargos / Manual de Organización y Funciones</li> <li>Manual de Perfiles de Puestos / Cuadro de Puestos de la Entidad</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
1.5.6	Actualizar el Reglamento Interno de Trabajo, de acuerdo con la normatividad vigente.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento Interno de Trabajo</li> </ul>	
1.6.1	Actualizar los documentos de gestión tales como Clasificador de Cargos, Manual de Perfiles de Cargos, entre otros, en los términos señalados, cautelando que se encuentren alineados a la nueva estructura organizativa de ESSALUD.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuadro de Asignación de Personal / Manual de Perfiles de Cargos / Manual de Organización y Funciones</li> <li>Manual de Perfiles de Puestos / Cuadro de Puestos de la Entidad</li> </ul>	



**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

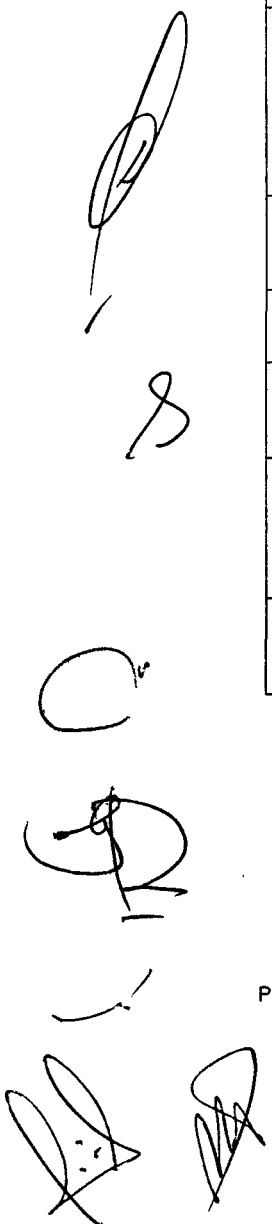
<b>CÓDIGO</b>	<b>RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>	<b>ENTREGABLE</b>	<b>ÓRGANO RESPONSABLE</b>
1.6.2	Actualizar el Reglamento de Capacitación de ESSALUD, que deberá estar acorde con las competencias y el desempeño del personal.	4M	• Directiva que establezca las normas de capacitación en ESSALUD	Gerencia Central de Gestión de las Personas
1.7.1	Priorizar la formulación de los documentos de gestión referidos a los cargos, perfiles y funciones de puestos, alineando los mismos a la nueva estructura organizativa.	4M	• Cuadro de Asignación de Personal / Manual de Perfiles de Cargos / Manual de Organización y Funciones • Manual de Perfiles de Puestos / Cuadro de Puestos de la Entidad	
1.7.3	Incorporar en el Manual de Procesos y Procedimientos las líneas de autorización y de responsabilidad.	4M	• Manual de Procesos y Procedimientos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
1.8.1	Implementar progresivamente los Órganos de Control Institucional descentralizados en el ámbito nacional, en coordinación con la Jefatura de dicho órgano central y de acuerdo a la disponibilidad de recursos.	4M	• Informe de estado situacional del Órgano de Control Institucional	Gerencia General
1.8.2	Reforzar la capacidad operativa (recursos humanos) de acuerdo con las necesidades del Órgano de Control Institucional y a las posibilidades institucionales.	4M		
2.3.1	Establecer un proceso de valoración de los riesgos identificados, mediante la cuantificación de la probabilidad de ocurrencia y del impacto o efecto de cada riesgo en las operaciones de la entidad. El proceso de valoración de los riesgos debe considerar, entre otros, lo siguiente: • El establecimiento de una escala cualitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo. • El establecimiento de una escala cuantitativa para la probabilidad de ocurrencia y para el efecto de cada riesgo. • Matriz de determinación de niveles de riesgos en función de la valoración tanto de la probabilidad de ocurrencia como del efecto de cada riesgo.	4M	• Manual de Gestión de Riesgos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
2.3.2	Establecer y documentar los criterios utilizados para el establecimiento de las escalas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de las combinaciones de probabilidad e impacto que determinan la ponderación del riesgo.	4M	• Manual de Gestión de Riesgos	
2.4.2	Establecer las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados, que deberán comprender el análisis costo / beneficio de los mismos. Las estrategias de respuesta al riesgo podrán ser: • Evitar el riesgo • Reducir el riesgo • Compartir o transferir el riesgo • Asumir el riesgo.	4M		
2.4.3	Efectuar una evaluación del riesgo residual, el cual deberá estar alineado con la tolerancia y apetito al riesgo que defina ESSALUD.	4M	• Plan de Gestión de Riesgo	
3.1.2	Efectuar la entrega a todos los colaboradores, los documentos de gestión que detallen sus funciones, actividades y tareas, lo cual se podrá realizar a través de sus gerencias o jefaturas.	4M	• Reporte que acredite la entrega de los documentos de gestión	Órganos Centrales

**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

<b>CÓDIGO</b>	<b>RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>	<b>ENTREGABLE</b>	<b>ÓRGANO RESPONSABLE</b>
3.2.1	Incluir en la mejora de procesos la identificación de las actividades y tareas que se realizan en las áreas de ESSALUD y la evaluación si existen funciones incompatibles que no permitan realizar una adecuada segregación de funciones. Las actividades, transacciones y tareas que serán evaluadas son productos de funciones de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorización</li> <li>- Procesamiento</li> <li>- Revisión</li> <li>- Control</li> <li>- Custodia</li> <li>- Registro de operaciones</li> <li>- Archivo de la documentación</li> </ul>	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
3.4.2	Implementar la gestión de seguridad de la información, el cual implica establecer políticas y controles de Tecnologías de Información para resguardar los accesos de la información institucional.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de Seguridad de la Información</li> <li>• Planes de Contingencias</li> </ul>	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
3.5.1	Disponer se efectúe la revisión de los procesos para determinar la implementación de actividades de control de verificaciones y conciliaciones según corresponda. Esta determinación deberá tener como base la evaluación de riesgos del proceso.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
3.6.1	Establecer indicadores en los procesos, con la finalidad de medir la eficacia y eficiencia de las operaciones.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	
3.9.2				
3.6.3	Actualizar la normativa sobre la gestión de desempeño, así como establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca el procedimiento de evaluación de desempeño que evalúe competencias y capacidades del personal</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
3.9.1	Contar con registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, entre otras).	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
4.6.2	Implementar un sistema de gestión de archivos.	4M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe sobre implementación del sistema de gestión de archivo</li> </ul>	Secretaría General
1.5.2	Actualizar las normas de capacitación, que deberán incluir una metodología que busque fortalecer las competencias del personal según la medición del desempeño.	2M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca las normas de capacitación en ESSALUD</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
3.1.1	Revisar y evaluar los niveles de autorización y aprobación que requieren ser implementados en cada proceso, como parte de la mejora de los procesos y la identificación de riesgos,	2M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
3.2.2	Establecer políticas y procedimientos para la rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude (v.g. manejo de dinero o bienes, conciliaciones bancarias, ajustes de inventarios, entre otros).	2M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política sobre rotación de puestos.</li> </ul>	Gerencia Central de Gestión de las Personas
3.4.1	Revisar y mejorar las actividades de control para la adecuada custodia de los recursos o archivos.	2M	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Procesos y Procedimientos</li> </ul>	Oficina Central de Planificación y Desarrollo

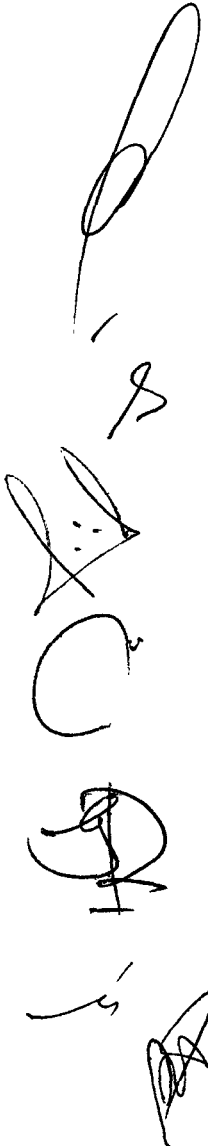
**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

<b>CÓDIGO</b>	<b>RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)</b>	<b>PRORRIZACIÓN</b>	<b>ENTREGABLE</b>	<b>ÓRGANO RESPONSABLE</b>
3.7.1	Elaborar y presentar informes de gestión semestrales que detallen las actividades y logros realizados en dicho periodo.	2M	• Informes de gestión semestrales	Órganos Centrales
4.1.1	Establecer normas internas que regulen las funciones y características de la información tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad</li> <li>- Oportunidad</li> <li>- Actualización</li> <li>- Exactitud</li> <li>- Accesibilidad</li> </ul> Asimismo, diseñar y ordenar la información para cada uno de los niveles de ESSALUD, a fin de facilitar su acceso y utilización, y cubrir aspectos financieros y de gestión.	2M	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
4.1.2	Actualizar la normativa que regula el sistema de administración documentaria de ESSALUD, con la finalidad de lo siguiente:	2M	• Directiva que establece las normas del Sistema de Administración Documentaria	Secretaria General
4.3.2				
4.7.3				
4.8.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformizar y simplificar el proceso documentario</li> <li>- Regular la adecuada distribución de todos los documentos</li> <li>- Regular el uso de un sistema de información único que posibilite atender oportunamente los requerimientos del usuario interno y externo de ESSALUD</li> </ul>			
4.2.1	Establecer políticas para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal. Estas políticas deberán: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contemplar la comunicación directa con el personal, cuando sea posible.</li> <li>- Generar un clima de confianza mutua.</li> <li>- Dejar constancia de la comunicación de los problemas detectados.</li> </ul>	2M	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales Secretaría General
4.5.1	Desarrollar un "Reporte de Incidencias" que permita formular mejoras de los sistemas informáticos de ESSALUD.	2M	• Reporte de incidencias	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
4.6.4	Incorporación de las funciones de archivo en los Manuales de Organización y Funciones de los órganos centrales.	2M	• Manual de Organización y Funciones	Órganos Centrales
4.9.2	Evaluar la mejora del ancho de banda del acceso a Internet.	2M	• Informe sobre mejora del ancho de banda del acceso a Internet	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
5.1.1	Definir y difundir los mecanismos de monitoreo que deben ser adoptados por cada órgano central, con el objetivo de garantizar el eficiente desarrollo de los procesos, para esto será necesario evaluar los riesgos del proceso e implementar actividades de monitoreo donde correspondan.	2M	• Manual de Procesos y Procedimientos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
5.1.2	Establecer políticas de prevención y monitoreo que permitan registrar las deficiencias o debilidades encontradas y determinar las acciones necesarias para su corrección.	2M	• Directiva que establezca las normas para la autoevaluación de Control Interno	Secretaría General



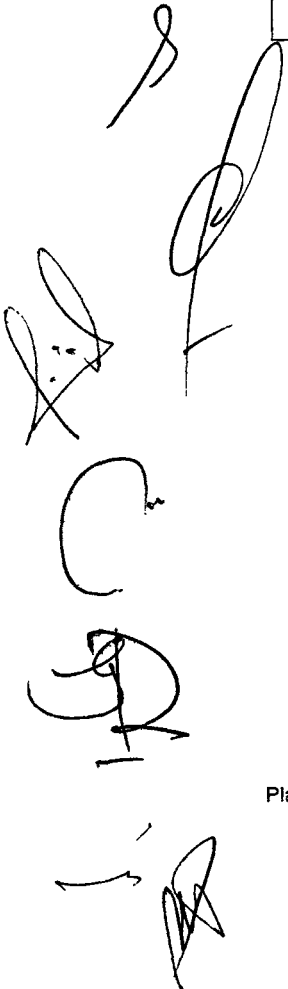
**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
3.3.1	Establecer y difundir los lineamientos documentados para realizar el análisis costo-beneficio de forma estandarizada, previo a la decisión sobre la implementación de controles en los procesos críticos, con la finalidad de garantizar que dicha decisión no afectará la eficiencia y eficacia de la organización.	1M	• Manual de Procesos y Procedimientos	Oficina Central de Planificación y Desarrollo
4.2.2	Establecer lineamientos para que cada unidad elabore un inventario de su información (acervo documental físico y electrónico) definiendo al responsable, la periodicidad y clasificación de la información, con el objetivo de identificar aquella de carácter confidencial y adoptar las medidas de protección correspondientes.	1M	• Informe sobre clasificación de información	Órganos Centrales
4.3.1	Desarrollar procedimientos para la evaluación periódica de la calidad de la información generada por los órganos centrales, con el objeto de asegurar que dicha información sea íntegra y confiable.	1M	• Manual de Comunicación	Oficina de Relaciones Institucionales
4.7.1	Establecer los tipos de documentos que deben ser utilizados para la comunicación interna horizontal o vertical al interior de ESSALUD (tipología de documentos, formatos y uso en la comunicación interna).	1M		Secretaría General
1.5.8	Implementar un sistema integrado de gestión de recursos humanos, así como disponer acciones inmediatas que garanticen la confiabilidad de los procedimientos de pagos de planillas, bajo el soporte de tecnologías de la información.	9B	• Informe sobre la implementación del sistema integrado de gestión de recursos humanos	Gerencia Central de Gestión de las Personas
1.5.4			• Directiva que establezca el procedimiento de evaluación de desempeño que evalúe competencias y capacidades del personal	
3.6.2	Establecer indicadores que permitan evaluar el desempeño del personal.	4B		
4.5.2	Establecer lineamientos sobre los requisitos de los sistemas de información que deben ser adaptables y flexibles en su funcionamiento, actualización y mantenimiento, estableciendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas y procedimientos para realizar revisiones periódicas de los sistemas de información</li> <li>- Mecanismos para tomar conocimiento de las necesidades, reclamos opiniones e inquietudes de los usuarios de los sistemas</li> <li>- Mecanismos para constatar periódicamente la relevancia de la información brindada por los sistemas de información para los objetivos institucionales</li> <li>- Niveles de acceso a los sistemas de información</li> <li>- Niveles de autorización para realizar cambios a los sistemas de información.</li> <li>- Rediseños periódicos cuando se detecten deficiencias en su funcionamiento</li> </ul>	4B	• Políticas de Seguridad de la Información	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
4.6.1	Asignar al Archivo Central un ambiente adecuado para la custodia de documentos y dotar de mobiliario y materiales necesarios para su organización física.	4B	• Informe sobre la asignación de un ambiente para el Archivo Central	Secretaría General
1.5.7	Realizar un diagnóstico de clima laboral y establecer los planes de acción necesarios para cubrir las brechas identificadas.	2B	• Diagnóstico y planes de acción en materia de clima laboral	Gerencia Central de Gestión de las Personas



**CUADRO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

CÓDIGO	RECOMENDACIONES (ASPECTOS A SER IMPLEMENTADOS)	PRIORIZACIÓN	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE
4.4.1	<p>Establecer lineamientos y políticas para que todo sistema de información, que se adquiera o desarrolle, cumpla con ciertos estándares de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado con base en los requerimientos de información que soliciten las áreas de ESSALUD para cumplir sus obligaciones y responsabilidades con mayor eficiencia y eficacia.</li> <li>- Perfiles de usuario para controlar el acceso de los colaboradores al sistema y a la información que le concierne, según los privilegios y limitaciones del perfil al que pertenece.</li> <li>- Manual de usuario del sistema que permita dar a conocer a los usuarios finales de ESSALUD las características y las formas de funcionamiento del sistema de información</li> <li>- Pruebas funcionales a los sistemas de información que se quieran implementar en la entidad, cuyo objetivo sea validar que las funcionalidades requeridas por el usuario están siendo cumplidas por la aplicación.</li> <li>- Consideración en los lineamientos para el desarrollo de los sistemas de información criterios de calidad (integración, escalabilidad de la aplicación, portabilidad del código, reutilización del código, funcionalidad, precisión, robustez, compatibilidad, rendimiento, oportunidad).</li> </ul>	2B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de Seguridad de la Información</li> </ul>	Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
5.3.1	<p>Establecer procedimientos de autoevaluación aplicables a todas las áreas y procesos de ESSALUD, con la finalidad que se midan la efectividad de los controles que usan en sus labores para cumplir sus metas, las cuales deben fijarse en forma semanal, quincenal o mensual de acuerdo a sus aspiraciones de mejora.</p>	2B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directiva que establezca las normas para la autoevaluación de Control Interno</li> </ul>	Secretaría General



**b) Informe de Avance**

La presente implementación requerirá el monitoreo constante del Grupo de Trabajo en orden a garantizar la ejecución del Plan de Trabajo, que coordinará con los órganos centrales responsables, el cumplimiento de los plazos establecidos.

En ese sentido, los órganos centrales responsables de los aspectos a implementar contemplados en el Plan de Trabajo deberán presentar un informe de avance trimestralmente, que deberá tener la siguiente estructura:

**INFORME DE AVANCE**

- **Objetivos:** Identificar aquellos objetivos que se quiere lograr en la presente evaluación.
- **Alcance:** Identificar el determinado por el periodo de evaluación.
- **Cumplimiento del plan de trabajo:** Evaluar la utilidad que se le ha dado, y cómo se han desarrollado las actividades en el proceso de implementación, así como el cumplimiento de los plazos de ejecución de las actividades que fueron programadas, si estas fueron realizadas acorde al cronograma y si el tiempo fue suficiente para llevarlas a cabo; como resume se presentará el porcentaje de avance:

Aspecto a Implementar	Entregable	Fecha de Terminación	Avance (%)

- **Recursos necesarios:** Determinar si los recursos (humanos, logísticos y de información) han sido suficientes.
- **Limitaciones o debilidades:** Determinar aquellas que hayan sido detectadas durante la ejecución de la implementación;
- **Conclusiones y recomendaciones:** Incluir aquellas acciones correctivas que son necesarias implementar para la mejora del proceso de implementación; asimismo, en forma resumida, determinar el nuevo nivel de implementación alcanzado.

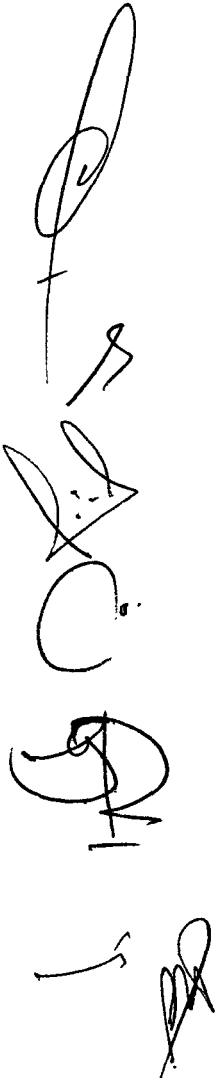
**4.3. ETAPA 3: AUTOEVALUACIÓN**

**a) Desarrollo de autoevaluación**

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

El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud (ESSALUD) se encargará de efectuar la autoevaluación anual, que será realizada al final del periodo. La autoevaluación implica la verificación del cumplimiento del presente Plan de Trabajo, así como la identificación de nuevas debilidades de Control Interno que requieran ser implementadas e incorporadas al Plan de Trabajo.

El proceso de autoevaluación corresponde a la última fase del proceso de implementación del Sistema de Control Interno denominada "Evaluación", tal como lo establece la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG.



**b) Determinación del cuadro de madurez del Sistema de Control Interno**

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

En ese contexto, se considerará el modelo de maduración utilizado en el "Informe de diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".

**Tabla N° 2**

**Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno**

Componentes de Control interno	Inicial (1)	En proceso de implementación (2)	Establecido/ Implementado (3)	Avanzado (4)	Optimizado (5)
Ambiente de Control	Los elementos de control interno de este componente casi no existen, ni están definidos y no es posible comprobar su operación	Algunos elementos de control interno de este componente existen y están definidos de manera general, pero la aplicación en las áreas y procesos críticos de la entidad son inconsistentes	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera general, pero se aplica en un número reducido de áreas y procesos críticos de la entidad	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en la mayoría de áreas y procesos críticos de la entidad	Los elementos de control interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, y se aplica en todas las áreas y procesos críticos de la entidad.
Evaluación de Riesgos					
Actividades de Control					
Información y Comunicación					
Supervisión					

**c) Elaboración de los informes de autoevaluación**

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

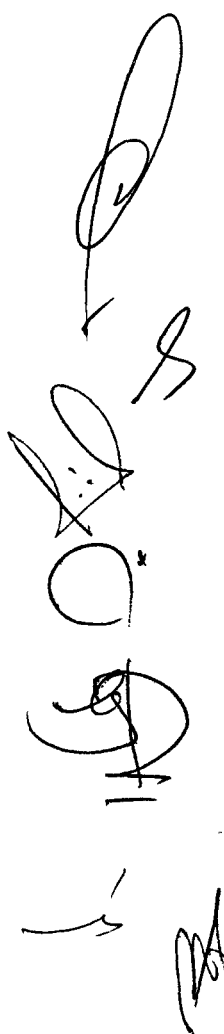
Porcentaje de avance del aspecto implementar por el órgano central responsable.  
Limitaciones por las cuales no pudieron implementarse algunas actividades del Plan de Trabajo.

Identificación de nuevos aspectos de Control Interno a implementar.

Nueva determinación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

Los nuevos aspectos a implementar deberán ser incorporados en una nueva matriz de priorización, con la finalidad de determinar su importancia y su incorporación al Plan de Trabajo.

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



### Estructura del informe de autoevaluación

- **Objetivos:** Identificar aquellos objetivos que se quiere lograr en la presente evaluación.
- **Alcance:** Identificar el determinado por el periodo de evaluación.
- **Cumplimiento del plan de trabajo:** Evaluar la utilidad que se le ha dado, y cómo se han desarrollado las actividades en el proceso de implementación, así como examinar si es conveniente cambiar, agregar o retirar alguna actividad que no sea indispensable. También se podrá señalar sobre las dificultades o inconvenientes ocasionados durante la ejecución de las actividades y demás situaciones que deban ser mencionadas; como resume se presentará el porcentaje de avance:

Aspecto a Implementar	Entregable	Órgano responsable	Fecha de Termino	I trimestre (%)	II trimestre (%)	III trimestre (%)	IV trimestre (%)	Total Avance (%)

- **Cronograma de actividades:** Revisar los plazos de ejecución de las actividades que fueron programadas, si estas fueron realizadas acorde al cronograma y si el tiempo fue suficiente para llevarlas a cabo.
- **Recursos necesarios:** Determinar si los recursos (humanos, logísticos y de información) han sido suficientes.
- **Desempeño de los equipos de trabajo y participantes:** Evaluar el trabajo de los equipos designados o participantes en el desarrollo de las diferentes actividades; se tendrá en cuenta si se requiere de una mayor participación de la organización, con la finalidad de apoyar labores específicas.
- **Limitaciones o debilidades:** Determinar aquellas que hayan sido detectadas durante la ejecución de la implementación.
- **Conclusiones y recomendaciones:** Incluir aquellas acciones correctivas que es necesario implementar para la mejora del proceso de implementación; asimismo, en forma resumida, determinar el nuevo nivel de implementación alcanzado.

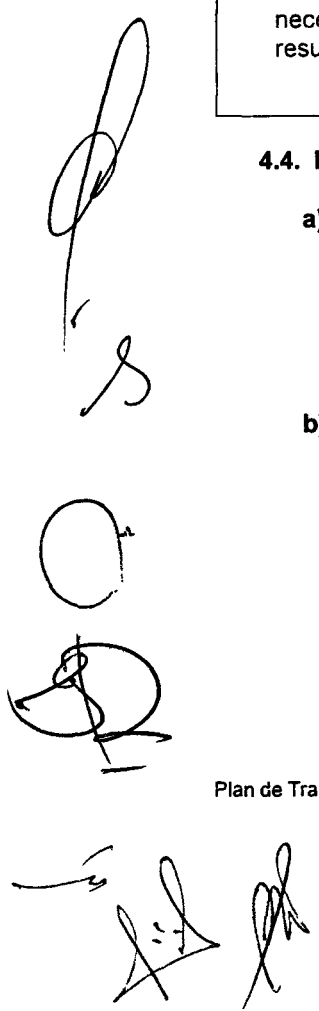
#### 4.4. ETAPA 4: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

##### a) Plan de Trabajo

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

##### b) Determinación de Cuadro de Necesidades

Se determinarán los recursos necesarios para continuar con la implementación del Plan de Trabajo, debiendo preverse oportunamente en el presupuesto institucional del Seguro Social de Salud (ESSALUD).





## 6. CUADRO DE NECESIDADES DE RECURSOS

Para la ejecución de las actividades del periodo 2015 señaladas en el Plan de Trabajo, se utilizarán los recursos materiales y humanos que serán cubiertos por los costos fijos de la institución. Se requerirá adicionalmente de servicios especializados de terceros con el fin de implementar algunas actividades de carácter técnico, tal como se muestra de manera referencial en el siguiente cuadro:

Tabla N° 3

Cuadro de Necesidades de Recursos

SERVICIO DE TERCEROS	HORAS TRABAJADAS	MONTO REFERENCIAL (S/.)
Cursos de control interno y gestión de riesgos	300	30,000.00
Charlas de sensibilización de control interno y gestión de riesgos	40	4,000.00
Consultoría para la implementación de la gestión de riesgos	200	30,000.00
<b>TOTAL</b>		<b>64,000.00</b>








## 5. CRONOGRAMA GENERAL

N°	Actividad	2016-2017											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
<b>1</b>	<b>ETAPA 1: CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN</b>												
1.1	Desarrollo de capacitación	■											
1.2	Desarrollo de sensibilización	■	■										
<b>2</b>	<b>ETAPA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES</b>												
2.1	Desarrollo de entregables y responsables		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.2	Informe de avance		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>3</b>	<b>ETAPA 3: EVALUACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN</b>												
3.1	Desarrollo de autoevaluación										■	■	■
3.2	Relevamiento de las evaluaciones										■	■	■
3.3	Determinación del cuadro de Madurez del Sistema de Control Interno												■
3.4	Elaboración de los informes de autoevaluación												■
<b>4</b>	<b>ETAPA 4: ACTUALIZACIÓN DEL PLAN TRABAJO</b>												
4.1	Plan de Trabajo												■
4.2	Determinación del cuadro de necesidades												■

---

## 7. CONCLUSIONES

---

1. El Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno será puesto en marcha a partir del año 2015 y tendrá una duración de ejecución de tres (03) años.
2. El Plan de Trabajo será actualizado cada año, luego de la autoevaluación anual, incorporándose nuevos aspectos a implementar según los resultados de la evaluación efectuada.
3. El Plan de Trabajo determina los entregables que deberán realizarse para sustentar los aspectos a implementar del Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Sede Central.
4. El Plan de Trabajo servirá como herramienta para sustentar el proceso de implementación del Sistema de Control Interno de acuerdo con lo exigido por las normas de control vigentes.

## 8. RECOMENDACIONES

1. Implementar progresivamente el presente Plan de Trabajo de acuerdo con el cronograma establecido.
2. Efectuar el seguimiento oportuno al proceso de implementación con el fin de asegurar el adecuado cumplimiento de las actividades establecidas en el presente Plan de Trabajo.
3. Aprobar el Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD) con Resolución de Presidencia Ejecutiva.
4. Las actividades del presente Plan deberán ser incluidas y alineadas con el Plan Operativo Institucional de la Sede Central del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
5. Conformación del Grupo de Trabajo que se encargará de las coordinaciones con los órganos centrales para la ejecución del Plan de Trabajo.







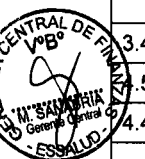

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES


CÓDIGO <sup>1</sup>	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE <sup>2</sup>	2015				2016				2017					
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
			1.1.4	Código de Buen Gobierno Corporativo en ESSALUD	Secretaría General											
1.2.3	Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en ESSALUD															
3.8.2	Mapa de Macroprocesos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo														
1.4.3																
1.3.4																
1.4.1	Estructura Orgánica															
8.2	Directiva que establezca las normas para el uso y administración del Portal Web y el Portal de Transparencia	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones														
1.2.1	Plan de actividades para la promoción del Código de Ética	Secretaría General														
1.7.2	Registro de delegación de funciones	Gerencia Central de Asesoría Jurídica														
6.6	Informe sobre la realización de charlas de sensibilización y capacitación en materia de archivos	Secretaría General														
1.2.2	Directiva que establezca las normas para los estímulos y sanciones del Código de Ética	Gerencia Central de Gestión de las Personas														
1.4.4	Plan de Trabajo para la implantación de gestión por procesos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo														
3.1.2	Reporte que acredite la entrega de los documentos de gestión	Órganos Centrales														
5.8.3	Matriz de identificación de procesos críticos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo														
1.5.3	Informe técnico sobre las necesidades de personal asistencial	Gerencia Central de Operaciones														
5.3.2	Directiva que establezca las normas para la autoevaluación de Control Interno	Secretaría General														
5.2.1																
5.1.2																
5.3.1																
1.3.2	Informe sobre alineamiento entre Plan Estratégico Institucional y Plan Maestro	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo														
3.4.2	Políticas de Seguridad de la Información	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones														
5.2																
4.4.1																
3.3.5	Informe sobre contratación de personal que reúna las competencias para la formulación de proyectos de inversión	Gerencia Central de Proyectos de Inversión														


<sup>1</sup> Este número representa la relación entre el aspecto a implementar y el entregable, que se encuentra en el Plan de Trabajo para implementar el Sistema de Control Interno de la Sede Central de ESSALUD.


<sup>2</sup> Las denominaciones contempladas en el presente Plan de Trabajo se encuentran en el marco de la aprobación de la nueva Estructura Orgánica y del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD.



  
  
  
  
  




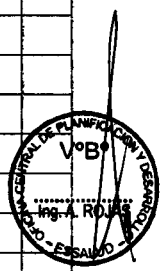
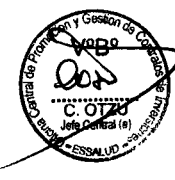
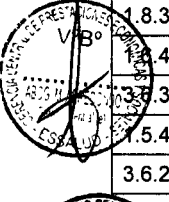
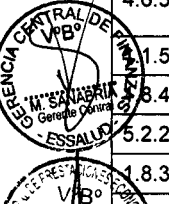
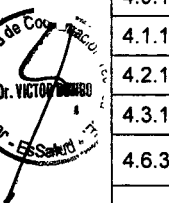
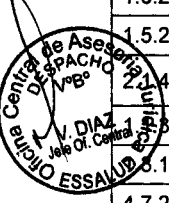
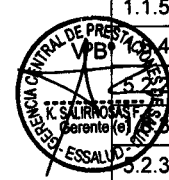
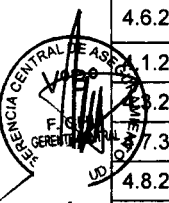




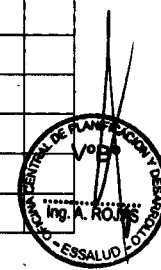
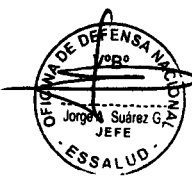
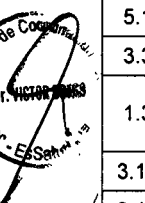


CÓDIGO	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE	2015				2016				2017							
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
1.4.2	Cuadro de Asignación de Personal / Manual de Perfiles de Cargos	Gerencia Central de Gestión de las Personas																
1.6.1																		
1.7.1																		
1.4.2	Manual de Perfiles de Puestos / Cuadro de Puestos de la Entidad																	
1.6.1																		
1.7.1																		
1.5.6	Reglamento Interno de Trabajo																	
4.6.2	Informe sobre implementación del sistema de gestión de archivo	Secretaría General																
1.2	Directiva que establece las normas del Sistema de Administración Documentaria																	
1.2																		
1.7.3																		
4.8.2																		
1.3.4	Reglamento de Organización y Funciones	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo																
1.4.1																		
1.1.5	Directiva que establezca las normas para el seguimiento e implementación de recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control	Gerencia General																
1.1.4																		
5.2.3																		
1.6.3	Directiva que establezca las normas de capacitación en ESSALUD	Gerencia Central de Gestión de las Personas																
1.6.2																		
1.5.2																		
1.5.4	Informe de curso de gestión de riesgos	Oficina de Relaciones Institucionales																
4.7.2																		
4.9.1	Manual de Comunicación																	
4.1.1																		
4.2.1																		
4.3.1																		
4.6.3	Informe que sustente la necesidad de los archivos periféricos	Órganos Centrales																
4.6.5	Informe que sustente la necesidad de personal especializado en los archivos	Órganos Centrales																
1.5	Aplicativo que administre el seguimiento e implementación de recomendaciones formuladas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control	Gerencia General																
1.8.4																		
5.2.2																		
1.8.3	Directiva que establezca el procedimiento de evaluación de desempeño que evalúe competencias y capacidades del personal	Gerencia Central de Gestión de las Personas																
1.4																		
3.7.3																		
1.5.4																		
3.6.2																		



CÓDIGO	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE	2015				2016				2017			
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
4.5.1	Reporte de incidencias que permita formular mejoras de los sistemas informáticos de ESSALUD	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones												
2.1.3	Resolución que conforme el Comité de Riesgos	Gerencia General												
2.2.3														
1.5.5	Directiva para la prevención de conflictos laborales y sobre la solución de controversias con las organizaciones sindicales	Gerencia Central de Gestión de las Personas												
10.1	Informe sobre revisión de los perfiles de usuarios de los sistemas informáticos según las funciones del cargo	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones												
8.1	Informe de estado situacional del Órgano de Control Institucional	Gerencia General												
8.2														
3.10.3	Planes de Contingencias para resguardar los accesos de la información de ESSALUD	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones												
2.2	Informe sobre clasificación de información	Órganos Centrales												
3.1														
7.3														
3.2.1														
3.5.1														
6.1														
9.2	Manual de Procesos y Procedimientos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo												
3.1.1														
3.4.1														
5.1.1														
3.3.1														
1.3.3	Tablero de Control de Gestión (TGC)	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo												
3.10.2	Plan de Continuidad de Negocios	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones												
3.10.3														
9.2	Informe sobre mejora del ancho de banda del acceso a Internet	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo												
2.1.1														
4.1														
2.3.1	Manual de Gestión de Riesgos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo												
2.3.2														
4.2														



CÓDIGO	ENTREGABLE	ÓRGANO RESPONSABLE	2015				2016				2017			
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
3.2.2	Política sobre rotación de puestos	Gerencia Central de Gestión de las Personas												
1.5.8	Informe sobre la implementación del sistema integrado de gestión de recursos humanos													
4.6.1	Informe sobre la asignación de un ambiente para el Archivo Central	Secretaría General												
1.5.7	Diagnóstico y planes de acción en materia de clima laboral	Gerencia Central de Gestión de las Personas												
2.1.2	Plan de Gestión de Riesgos	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo												
2.4.3		Informe trimestral de cumplimiento de Plan de Trabajo.	Órganos Centrales											
3.7.2	Informe sobre charlas de sensibilización efectuadas a los colaboradores	Gerencia Central de Gestión de las Personas												
3.5.2	Manual de Organización y Funciones	Órganos Centrales												
3.8.4														
4.6.4														
3.7.1	Informes de gestión semestrales													

