



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 173 -2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 20 de setiembre de 2018

Visto; la Nota Informativa Nº 017-2018-CCI-HVLH/MINSA, emitida por el Secretario Técnico del Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, establece que la Contraloría General de la República es la entidad competente para dictar la normativa técnica de control que oriente a la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, mediante Resolución de Contraloría Nº 149-2016-CG se aprobó la Directiva Nº 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", que entre otras disposiciones, precisa en su numeral 7.2.2 que las actividades preparatorias para la elaboración del diagnóstico de control interno comprende a la Actividad 5 "Realizar el diagnóstico del Sistema de Control Interno";

Que, de conformidad con el citado numeral, el Informe de diagnóstico es el documento que contiene los resultados del estado situacional del Sistema de Control Interno, en el cual se identifican brechas, entendidas estas como la diferencia entre el criterio normativo y lo planificado en los instrumentos de gestión, con la situación encontrada en la entidad respecto de los componentes del SCI;

Que, mediante Acta Nº 23-2018, de fecha 19 de julio de 2018, el Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera elaboro y aprobó el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera, la cual forma parte integrante de la presente Resolución;

Que, estando a lo expuesto y a lo señalado en el documento del visto, corresponde expedir la Resolución Directoral que apruebe el Informe del Diagnóstico del Sistema de Control Interno en el Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado; de la Directiva Nº 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría Nº 149-2016-CG; y con lo previsto en el literal c) del artículo 11º del Reglamento de



Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el "INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA", cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución y consta de Ochenta y Cinco (85) folios.

Artículo 2º.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y comuníquese



Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/agfb
c.c. Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Miembros del Comité

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORME

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA



JULIO 2018

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INDICE

1. ANTECEDENTES	3
1.1 Origen	3
1.2 Alcance	4
2. BASE LEGAL	5
3. OBJETIVO	5
4. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	5
4.1 Actividades previas	6
4.1.1. Designación de Coordinadores	6
4.1.2. Inducción y Sensibilización al SCI	6
4.1.3. Difusión Mediática	6
4.1.4. Metodología Desarrollada	6
4.2. Recopilación de información	8
4.2.1. Realización de Encuestas	8
4.2.2. Cuestionarios Aplicados	12
4.2.3. Recojo de Información Normativa	12
4.3. Análisis de la información	14
4.3.1. Resultado de la Encuesta de Percepción	14
4.3.2. Matriz de Vinculación	30
4.3.3. Análisis Normativo	53
4.4. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de entidad	60
4.4.1 Componente: Ambiente de Control	60
4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos	62
4.4.3. Componente: Actividades de Control Gerencial	62
4.4.4. Componente: Información y Comunicación	63
4.4.5. Componente: Supervisión	64
4.5. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas	65
5. ESTADO DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS	67
6. ASPECTOS A IMPLEMENTAR	68
7. EVALUACIÓN DE MADUREZ DE LOS 54 PUNTOS DE CONTROL	70
8. CONCLUSIONES	80
9. RECOMENDACIONES	81
ANEXOS	82



El diagnóstico del sistema de control interno del Hospital Víctor Larco Herrera ha comprendido los órganos y unidades orgánicas priorizados por la entidad, entre ellas: Órganos de Línea: Departamentos de Hospitalización, Consulta Externa, Emergencia y Farmacia; así como de Órganos de Apoyo: Oficinas de Economía, de Personal y de Logística; y, el Órgano de Asesoría: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; así como otras unidades orgánicas que devinieron en necesarias indagar al identificar procesos, actividades o tareas de aplicación transversal a las unidades orgánicas priorizadas, entre ellas tenemos a la Oficina de Estadística e Informática y Archivo Central y a la Unidad de Emergencia y Desastres, comprendidas en la Estructura Orgánica de la entidad, que se indica seguidamente:

ÓRGANO DE DIRECCIÓN

Dirección General

ÓRGANO DE CONTROL

Órgano de Control Institucional

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Oficina de Gestión de la Calidad
Oficina de Comunicaciones

ÓRGANOS DE APOYO

Oficina Ejecutiva de Administración

- Oficina de Personal
- Oficina de Economía
- Oficina de Logística
- Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Oficina de Estadística e Informática

ÓRGANOS DE LINEA

Departamento de Apoyo Médico Complementario

- Servicio de Especialidades Médico Quirúrgicas
- Servicio de Medicina Interna
- Servicio de Apoyo al Diagnóstico

Departamento de Enfermería

- Servicio de Enfermería en Psiquiatría Varones
- Servicio de Enfermería en Psiquiatría Mujeres
- Servicio de Enfermería en Adicciones
- Servicio de Enfermería en Emergencia y UCE



1. ANTECEDENTES

1.1. Origen

La realización del diagnóstico del sistema de control interno del Hospital Víctor Larco Herrera se ha efectuado en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 28716 "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado", que establece las normas para "regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado".

La precitada Ley, tiene como propósito cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

El Sistema de Control Interno (SCI) en las entidades del estado, y por tanto del Hospital Víctor Larco Herrera, está regulado por Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG que establece las "Normas de Control Interno" contenidas en cinco componentes, que se detallan seguidamente, y constituyen lineamientos y/o criterios para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades.

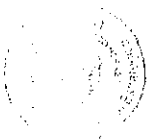
1. Ambiente de Control,
2. Evaluación de Riesgos,
3. Actividades de Control Gerencial,
4. Información y Comunicación, y
5. Supervisión.

Tales componentes y sus respectivos subcomponentes constituyen el conjunto de lineamientos en el cual se enmarcan las acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal.

Asimismo, el presente diagnóstico se sustenta en las normas contenidas en la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del estado" aprobada por la Contraloría General de la República con Resolución N° 149-2016-CG, la cual precisa las fases, etapas y plazos para la implementación del Sistema de Control Interno.

Así también, el presente diagnóstico se sustenta en la "Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" aprobadas por la Contraloría General de la República con Resolución N° 004-2017/CG, que establece los mecanismos para realizar el diagnóstico como parte del proceso de implementación del Sistema de Control Interno.

1.2. Alcance



- Servicio de Enfermería en Depresión y Ansiedad
- Departamento de Psicología
- Servicio de Psicología en Consulta Externa y Hospitalización
 - Servicio de Psicología en Salud Mental Comunitaria
- Departamento de Farmacia
- Departamento de Nutrición y Dietética
- Departamento de Trabajo Social
- Servicio de Trabajo Social en Atención Ambulatoria y Hospitalización
 - Servicio de Trabajo Social en Salud Mental Comunitaria
- Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
- Servicio de Rehabilitación Integral y Terapia Ocupacional
 - Servicio de Psicoterapia
- Departamento de Adicciones
- Departamento de Hospitalización
- Servicio de Enfermedades Psiquiátricas Agudas
 - Servicio de Recuperación y Reinserción Familiar Social
 - Servicio de Psiquiatría Forense
- Departamento Psiquiatría del Niño y Adolescente
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Departamento de Emergencia



2. BASE LEGAL

- Ley N° 27785, Ley Orgánica del sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, publicada el 23 de julio de 2002.
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades de Estado, publicada el 18 de abril de 2006.
- Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno, publicada el 03 de noviembre de 2006.
- Resolución de Contraloría General N° 149-2016-CG, que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, publicada el 13 de mayo de 2016.
- Resolución de Contraloría N° 04-2017-CG, que aprueba la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, publicada el 20 de enero de 2017.



3. OBJETIVO

Determinar la situación actual y el grado de desarrollo del Sistema de Control Interno existente en el Hospital Víctor Larco Herrera, a fin de identificar las brechas o debilidades del sistema de control interno.



4. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación del SCI estuvo basado en el análisis del cumplimiento de las normas de control interno, organizadas en los cinco componentes de Control y en los principios asociados indicados en la "Guía para la Implementación y Fortalecimiento del sistema de Control Interno en las Entidades del estado aprobada con RC 004-2017-CG; y se exponen en la Matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

El Diagnóstico del Sistema de Control Interno, efectuado por el CCI y cuyo resultado se expone en el presente informe, permite conocer la situación actual en la que se encuentra el sistema, identificando las brechas respecto al marco normativo. A efectos de poder diseñar un plan de trabajo para su implementación y/o mejoramiento.

4.1 ACTIVIDADES PREVIAS

4.1.1 Designación de Coordinadores:

Con Resolución Directoral No. 086-2018-DG/HVLH de fecha 27.04.2018 se designó a los Coordinadores de las áreas priorizadas en la implementación del sistema de control interno del Hospital Víctor Larco Herrera a fin de contar con representantes de las unidades orgánicas priorizadas del Hospital, que sean responsables de facilitar información y absolver consultas que surjan durante el proceso de la implementación del sistema de control interno, en cumplimiento de lo dispuesto en la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del sistema de control interno, aprobada por Resolución de Contraloría General No. 004-2017-CG. Designación que se encuentra publicada en la página web del Portal de la Entidad.

4.1.2 Inducción y Sensibilización al SCI

El Comité de Control Interno, en cumplimiento de la Directiva N° 013-2016-CG Directiva para la Implementación del sistema de control interno (SCI), y por la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del SCI referida en el numeral anterior realizó las charlas de Inducción y realizó el curso de control interno dirigido a los funcionarios y personal del Hospital.

4.1.3 Difusión Mediática

El Comité de Control Interno, luego de aprobar la propuesta del material de difusión del avance realizado por el Hospital en el proceso de implementación del sistema de control interno, procedió a su publicación en el Portal de Transparencia de la Página Web de la entidad

4.1.4 Metodología Desarrollada

De acuerdo a la metodología seguida para efectuar el Diagnostico del estado situacional del SCI, se realizaron entrevistas, encuestas y el análisis de documentos normativos internos y su concordancia con las NCI.

Con las entrevistas se estimó el conocimiento, percepción y propuestas sobre el Control Interno de los funcionarios que laboran en las áreas priorizadas, así como otras unidades orgánicas indicadas en el título Alcance del presente informe.

Con las encuestas se estimó el nivel de conocimiento y percepción que tienen los funcionarios y servidores respecto a los Componentes, Principios y las NCI del SCI.

Con el análisis normativo y su concordancia con las NCI, se efectuó la revisión de todos los documentos normativos internos con la finalidad de conocer el estado de sus atributos vigencia, despliegue, capacitación y autoevaluación; también para determinar la concordancia con los elementos del control interno, Componente/Principio/NCI, esto se realizó identificando la sección y/o numeral y/o literal de los documentos normativos internos para saber si existe alineamiento y cumplimiento de los elementos del control interno.

El procesamiento de los datos recogidos permitió obtener los valores promedio de entrevistas y encuestas para estimar el Nivel de madurez del SCI empleando la escala de medición de la CGR.

El procesamiento de toda la información recopilada ha permitido establecer el Nivel de madurez del SCI que deberían ser consideradas como referencia importante para la elaboración del Plan de Trabajo Institucional de Implementación del Control Interno (PTICI) para superar las brechas existentes y avanzar en la implementación del SCI en el Hospital Víctor Larco Herrera.

La metodología empleada para efectuar el Diagnóstico del SCI se resume a continuación:

ENTREVISTAS:

- Conocimiento, percepción y propuesta

ENCUESTAS

- Conocimiento y percepción
- Análisis de vigencia, despliegue, capacitación y autoevaluación

ANÁLISIS NORMATIVO Y SU CONCORDANCIA

- Evaluación de la concordancia normativa
La información recopilada y procesada permitió determinar el Nivel de madurez del SCI. Ello se reflejará en lo siguiente:

- Oportunidades de mejora: como referencia para el Plan de Trabajo Institucional de implementación del SCI.
- Con referencia a los Documentos normativos:
 - Estado de madurez de los Documentos Normativos respecto al CI
 - Soporte a los procesos de la entidad
 - Índice de concordancia normativa



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

El análisis se ha realizado en base a los principios de Control Interno relacionados con las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República (R.C. N° 320- 2006-CG) y por la Ley N° 28716 (Ley de Control Interno de las Entidades del Estado).

En el **Anexo 1** se muestra una tabla comparativa con la equivalencia entre los componentes y principios del Control Interno (definidos en el COSO 2013) con las normas de control interno (definidas por la Contraloría General de la República R.C. N° 320-2006-CG).

4.2 RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

4.2.1 Realización de Encuestas

El diseño de los cuestionarios empleados para las encuestas, consideró como referencia la Resolución de Contraloría RC-004-2017-CG "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", también se ha tenido en cuenta el documento publicado por la CGR titulado "Marco Conceptual del Control Interno" que representa la actualización de la metodología del control interno de acuerdo al informe COSO 2013 conocido como el Marco integrado del control interno. En ambos casos, todas las preguntas hacían referencia a los 17 Principios, las 37 Normas de Control Interno, que conforman a los 5 Componentes que constituyen el SCI.

Para las encuestas, previamente se calculó una muestra empleando el muestreo aleatorio estratificado, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, seleccionándose a 160 servidores de un total de 977 que representan 16.38% del personal la entidad. El Cuestionario para encuestas comprendió Preguntas.

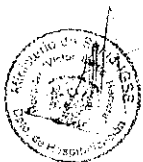
Las encuestas fueron individuales y remitidas y recibidas mediante archivo digital dentro de la página web del Hospital Víctor Larco Herrera, desde el lunes 18 de junio del 2018, para posteriormente efectuar el monitoreo necesario para garantizar la absolución de consultas y su correcto llenado.

Las encuestas se realizaron desde el lunes 18 de junio al martes 3 de Julio 2018. Con las entrevistas y encuestas se ha determinado el valor promedio de cada Principio de cada uno de los 5 Componentes del SCI, el cálculo del promedio de estos nos permitió establecer el nivel de madurez del SCI en el Hospital Víctor Larco Herrera, según los conceptos desarrollados por CGR. En total se obtuvo 94 respuestas, según el siguiente detalle:

AREA	RESPONDIDOS	UNIVERSO DE ESTUDIO	% RESPONDIDOS
Dirección General	2	5	40%
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	4	8	50%
Oficina de Asesoría Jurídica	4	4	100%

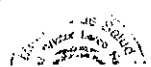
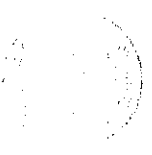
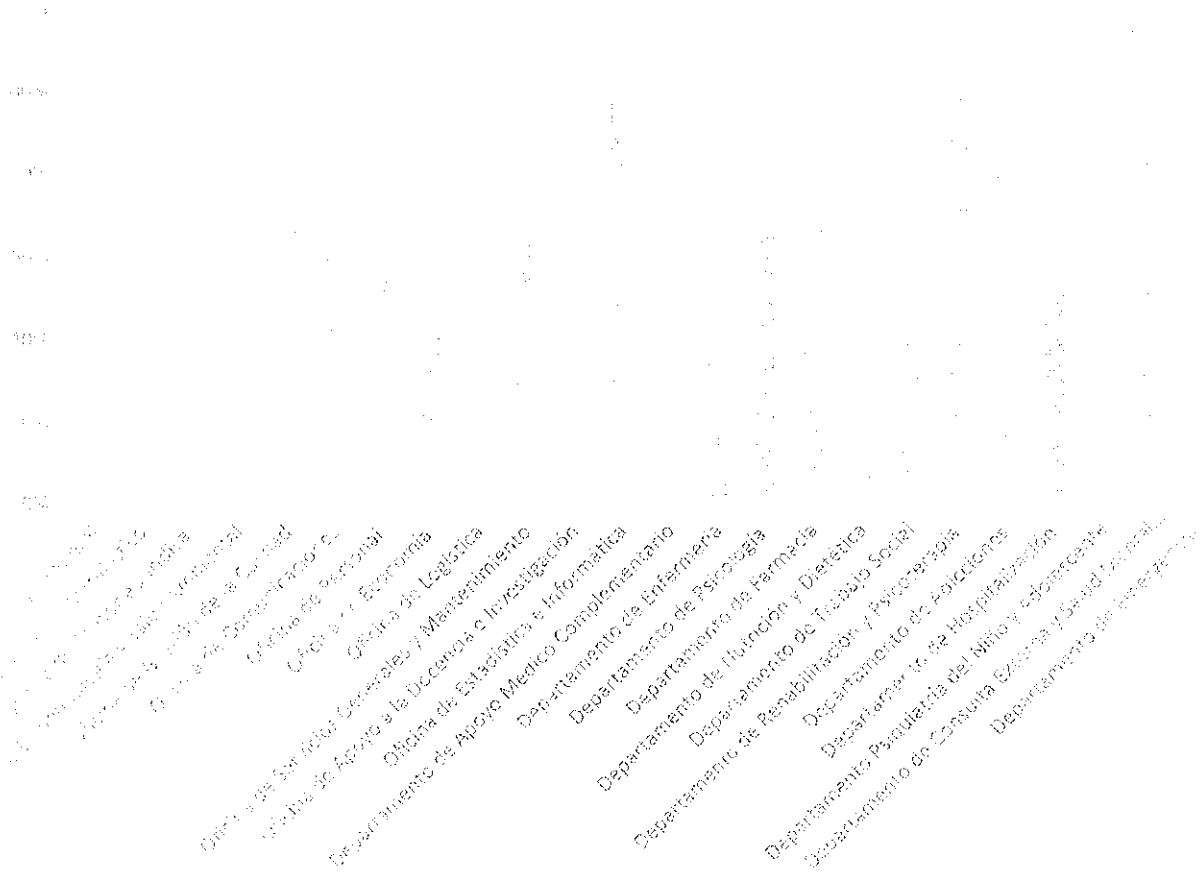
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	1	2	50%
Oficina de Gestión de la Calidad	4	4	100%
Oficina de Comunicaciones	4	4	100%
Oficina de Personal	7	12	58%
Oficina de Economía	15	23	65%
Oficina de Logística	3	25	12%
Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	2	3	67%
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	0	2	0%
Oficina de Estadística e Informática	13	13	100%
Departamento de Apoyo Médico Complementario	0	4	0%
Departamento de Enfermería	3	6	50%
Departamento de Psicología	2	3	67%
Departamento de Farmacia	8	8	100%
Departamento de Nutrición y Dietética	1	1	100%
Departamento de Trabajo Social	2	3	67%
Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia	1	1	100%
Departamento de Adicciones	1	1	100%
Departamento de Hospitalización	10	20	50%
Departamento Psiquiatría del Niño y Adolescente	0	1	0%
Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria	5	5	100%
Departamento de Emergencia	2	2	100%
TOTAL	94	160	59%



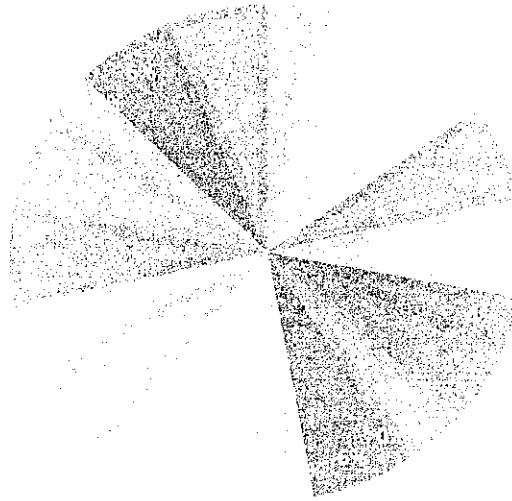
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

% PARTICIPACIÓN DE CADA ÁREA RESPECTO AL TOTAL DE ENCUESTA



% PARTICIPACIÓN DE CADA ÁREA RESPECTO AL TOTAL DE ENCUESTADOS

- 1. Organización
- 2. Oficina de Asesoría Jurídica
- 3. Oficina de Gestión de la Calidad
- 4. Oficina de Personal
- 5. Oficina de Logística
- 6. Oficina de Apoyo a la Vinculación e Investigación
- 7. Departamento de Apoyo Educativo Complementario
- 8. Departamento de Tecnología
- 9. Departamento de Nutrición y Dietética
- 10. Departamento de Remediación y Rehabilitación
- 11. Departamento de Supervisión
- 12. Oficina de la Unidad de Integridad y del Mental Comunitario y el Departamento de
- 13. Oficina Ejecutiva de Planeación y el Comité
- 14. Oficina de Operación y Mantenimiento
- 15. Oficina de Comunicación
- 16. Oficina de Economía
- 17. Oficina de Servicios a los Usuarios y Beneficiarios
- 18. Oficina de Gestión de Recursos Humanos
- 19. Departamento de Infraestructura
- 20. Departamento de Farmacia
- 21. Departamento de Insumos
- 22. Departamento de Atención al Usuario
- 23. Departamento de Biblioteca, Archivo y Documentación



4.2.2. Cuestionarios Aplicados

De acuerdo a la metodología empleada en la elaboración del Diagnóstico, para las entrevistas se consideró a los funcionarios de la entidad, seleccionándose a los coordinadores de las áreas priorizadas, con las entrevistas se obtuvo el nivel de conocimiento y aplicación, la percepción y propuesta sobre el control interno; es decir, se recibió la versión desde el punto de vista de quienes gestionan la institución y sus diferentes áreas.

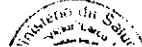
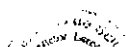
Se efectuaron 11 entrevistas programadas a nivel del Hospital a funcionarios del Hospital. El Cuestionario para entrevistas comprendió un promedio de 20 a 30 preguntas.

Las entrevistas se realizaron desde el viernes 22 de junio de 2018 hasta el lunes 10 de julio del 2018.

4.2.3. Recojo de Información Normativa

Se recopilaron todos los documentos disponibles relacionados a las políticas, normas, directivas, manuales, etc., los cuales se han analizado a fin de obtener la concordancia normativa y el análisis de los principales instrumentos de gestión. Los documentos recopilados fueron los siguientes:

Componentes del SCI	Normas Internas Asociadas
Ambiente de Control	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de compromiso del comité de Control interno. • Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno. • Plan Estratégico Institucional - PEI 2016. • Documento de designación del CCI. • PESEM del MINSA. • POI 2018. • Aprobación de PAC 2018. • Reglamento de Organización y Funciones ROF. • Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA. • Reglamento Interno de Trabajo – RIT. • Cuadro de Asignación de Personal –CAP provisional. • Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos MAPRO. • Presupuesto Analítico de personal PAP 2018. • Plan de desarrollo de las Personas Anual PDPA 2018. • Reglamento del Comité de Control Interno del HVLH. • Manual de Clasificación de Cargos del HVLH.
Evaluación de Riesgos	



<p align="center">Actividades de Control</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos MAPRO. • Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA. • Estructura de Costos del HVLH. <ul style="list-style-type: none"> • Directiva Procedimientos de Gestión y uso de los Bienes Muebles Estatales del HVLH. • Directiva para el correcto uso de equipos de cómputos y Servicios Informáticos. • Guía de Procedimiento de Regulación de Uso y Funcionamiento de Vehículos institucionales HVLH. • Plan de contingencia Informático. • Directiva para la Administración de Software HVLH. • Directiva Administrativa N°245-OGPPM/MINSA "lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" • Guía técnica de procedimiento de terapia electroconvulsiva. • Guía técnica para la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y psicotraumáticos. • Guía técnica para la atención de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol. • Guías de procedimientos especiales asistenciales de enfermería. • Guía de práctica clínica de manejo de conducta agresiva del HVLH. • Guía de práctica clínica de conducta suicida. • Guía de práctica clínica en conducta suicida. • Guía de práctica clínica en depresión. • Guía de práctica clínica para atención con trastornos esquizofrénicos. • Guía de práctica clínica en trastorno de adaptación. • Guía de práctica clínica en trastorno obsesivo compulsivo. • Guía práctica clínica para la atención de pacientes con trastornos mentales orgánicos.
<p align="center">Información y Comunicación</p>	<p>Plan de Satisfacción del usuario -2018. Directiva que regula el uso, la elaboración, la remisión y procedimientos para el trámite documentario de los documentos internos y externos del HVLH.</p>



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	Plan Anual de Trabajo de la Unidad Funcional de Trámite Documentario, Archivo y Biblioteca del HVLH -2018. Plan Anual de Trabajo de la Unidad Funcional de Trámite Documentario, Archivo y Biblioteca del HVLH -2018. Plan para la Gestión de Reclamos, Quejas y Sugerencias del HVLH.
Supervisión	Informes de seguimiento de implementación de recomendaciones de informes de auditoría. Evaluación del POI 2018 I Trimestre.

4.3. Análisis de la información

4.3.1. Resultado de la encuesta de percepción

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Este Componente constituye la base para impulsar y hacer efectivo el control interno en la entidad, por su contenido referido a la integridad y valores éticos de las personas, al proceso para seleccionar, desarrollar y retener a personal competente, la generación de competencias a través de la capacitación y la línea de carrera, también por comprender la medición técnica del desempeño, el esfuerzo para brindar justas compensaciones y beneficios, así como el otorgamiento de reconocimientos; adicionalmente comprende la permanente reflexión estratégica que permite mantener la estructura organizativa alineada a nuestros objetivos institucionales.

Los resultados obtenidos, luego del procesamiento de las encuestas y entrevistas realizadas respecto al conocimiento y/o percepción de los colaboradores y funcionarios, se muestran a continuación:

Cuadro N° 1: Nivel de madurez del Componente Ambiente de control

COMPONENTE 1: Ambiente de Control
PROMEDIO ENCUESTA
INDICE DE MADUREZ: 2.73

El componente Ambiente de control obtuvo un valor de **2.73**; el cual lo ubica en **CONTROL INTERNO AVANZADO** del Nivel de madurez porque representa que "Las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento."

Para este Componente, el valor promedio de las encuestas es 2.73. Estos valores podrían interpretarse en el sentido que deben efectuarse, a todo nivel, la sensibilización y capacitación en los temas específicos de este componente.

Cuadro N° 2: Resultados del Componente Ambiente de control clasificados por Principio

COMPONENTES	PRINCIPIO	PROMEDIO INDICE DE MADUREZ	PROMEDIO COMPONENTE INDICE DE MADUREZ
Ambiente de Control	1 Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos	2.2	2.73
	2 Independencia de la supervisión del CI		
	3 Estructura organizacional apropiada para objetivos	3.65	
	4 Competencia Profesional	2.15	
	5 Responsable del Control Interno	2.9	

● **Principio N° 1. Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos**

"Este Principio hace referencia a una entidad que desarrolla y utiliza un código formal o códigos de conducta y otras políticas para comunicar Normas de conducta éticas y morales adecuadas y hacer frente a conflictos de interés, pagos indebidos, uso adecuado de los recursos, actividades políticas, aceptación de regalos o donaciones"

El valor resultante para el Principio N° 1 Entidad comprometida con la integridad y valores éticos es **2.2**, lo cual significa que **SE CUMPLEN ACEPTABLEMENTE**.

● **Principio N° 2: Independencia de la supervisión del Control Interno.**

Este Principio no cuenta con NCI. "... hace referencia a una entidad donde existe independencia entre el que supervisa el Control Interno de aquel que lo desarrolla e implementa. La independencia como un concepto general, se relaciona con las características de libertad, de autonomía, de capacidad para tomar decisiones y realizar o no las acciones que se considere apropiadas (...)"

A este Principio no se le asignó valores; puesto que, no se realizaron preguntas respecto a ello.

● **Principio N° 3: Estructura organizacional apropiada para objetivos**

Comprende las NCI: 3 Administración Estratégica y 4 Estructura Organizacional. "Este Principio hace referencia a una entidad donde el titular o encargado, apoyándose en el juicio externo o especializado de ser necesario, establece estructuras, líneas de reporte



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

y autoridad y responsabilidades apropiadas para la consecución de los objetivos a todo nivel dentro de la institución"

El resultado para el Principio N° 3 Estructura organizacional apropiada para objetivos, es el valor promedio **3.65**; es decir, el Principio **SE CUMPLE EN ALTO GRADO**.

● **Principio N° 4: Competencia profesional**

Comprende las NCI: 5 Administración de los recursos humanos y 6 Competencia profesional. "Este Principio hace referencia a una entidad que demuestra un compromiso por atraer, desarrollar y retener individuos competentes alineados con sus objetivos. La conducción y tratamiento del personal de la entidad es justa y equitativa, se comunica claramente lo que se espera del personal, así como las sanciones que ocasionan los incumplimientos"

Para el Principio N° 4 Competencia profesional, se obtuvo el valor promedio de **2.15**, de acuerdo a la escala empleada **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**.

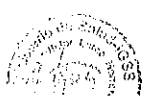
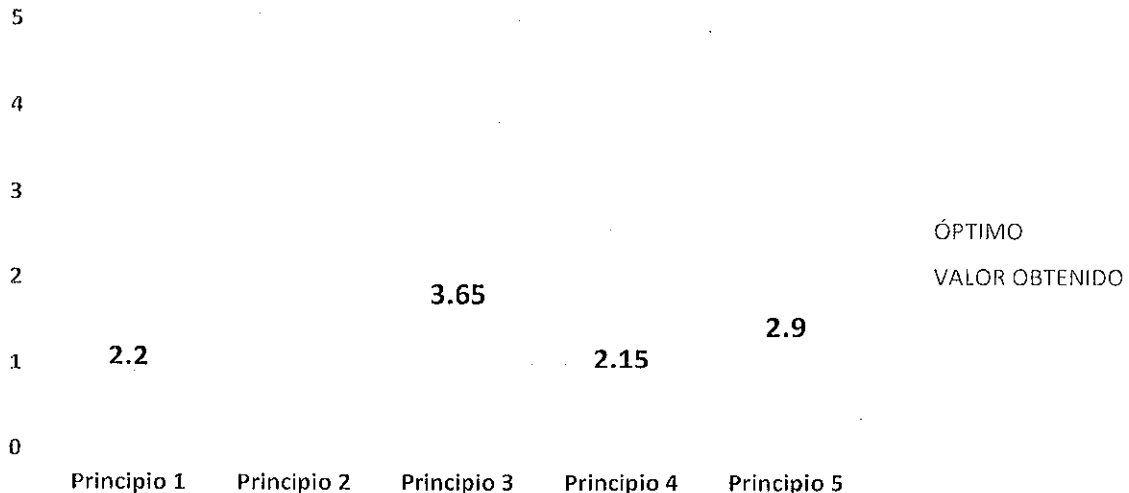
● **Principio N° 5: Responsable del Control Interno**

Comprende las NCI: 7 Asignación de autoridad y responsabilidad y 8 Órgano de control institucional "Este Principio hace referencia a una entidad que cuenta con unidades responsables (personas, profesionales, direcciones, gerencias) del Control Interno para la consecución de los objetivos. La entidad debe disponer de un mecanismo para que todas las personas encargadas del resguardo de los recursos, así como de la mejora del desempeño de la Entidad como función exclusiva, puedan estar interconectadas entre sí a fin de tomar las acciones correctivas inmediatas cuando se identifican desviaciones en las metas trazadas."

El Principio N° 5. Responsable del Control Interno, obtuvo el valor **2.9**, que corresponde a **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**.

Gráfico N° 1 Resultados del Componente Ambiente de control clasificados por Principio

Valores obtenidos por Principio en Componente N° 1

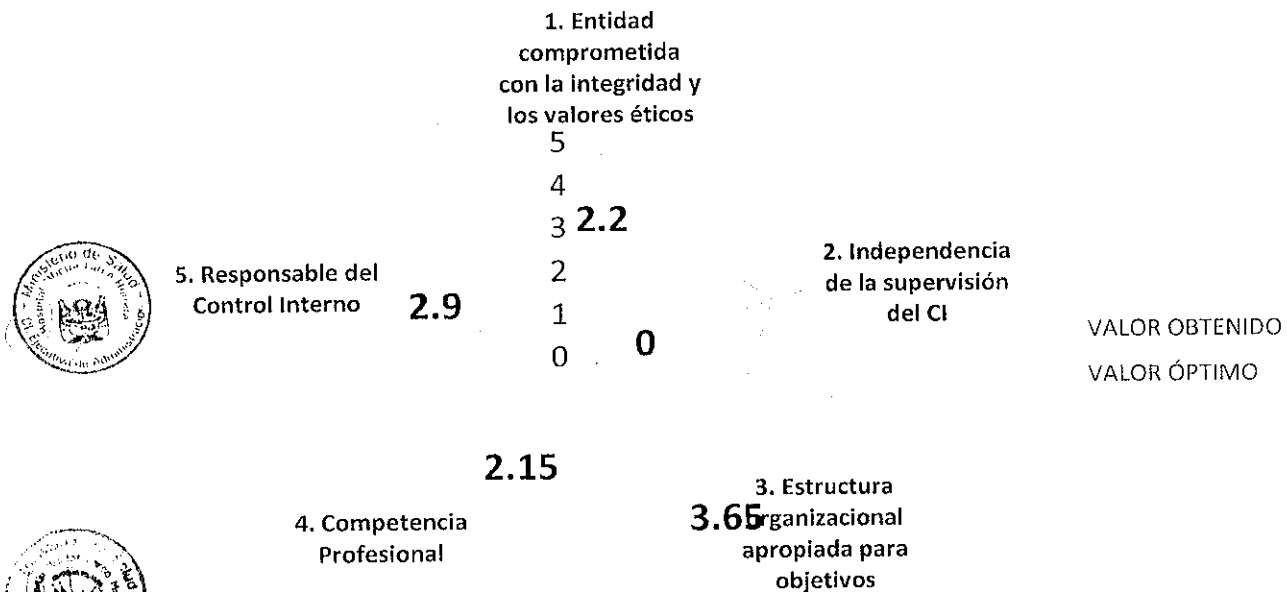


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

En el gráfico se observa que el principio con menor cumplimiento respecto a las normas de control es el Principio N° 4 "Competencia profesional", mientras que el Principio con mayor cumplimiento respecto a las normas, es el Principio N° 3 "Estructura organizacional apropiada para objetivos".

El Componente N° 1. **Ambiente de Control**, obtuvo un resultado de **2.73**, que según la escala del Nivel de madurez del SCI corresponde al **CONTROL INTERNO AVANZADO**, "las condiciones de los elementos de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento". Para ello, mostramos a continuación la comparación de los Principios:

GRAFICO N° 2 Resultados del Componente Ambiente de control clasificados por Principio



Los Principios y NCI que, por haber obtenido menor o bajo puntaje, deben tener mayor atención para identificar actividades que formen parte de los respectivos Plan de Trabajo para la implementación del Control Interno, con la finalidad de hacerlos más fuertes.

Los Principios con menor brecha:

Son los Principio N° 3 Estructura organizacional apropiada para objetivos con un valor de 3.65 y el Principio N° 5 responsable del Control interno con un valor de 2.9.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Principio con mayor brecha:

Es importante tener en cuenta que el Principio N° 2. Independencia de la supervisión del Control Interno, es el de menor valor igual a nulo; ya que podría explicarse este resultado por el desconocimiento del personal sobre el rol del OCI.

Principio con brecha intermedia:

Los Principio N° 1 Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos con un valor de 2.2 y el Principio N° 4. Competencia profesional y N° 5. Responsabilidad del control interno, alcanzaron valores intermedios de 2.15.

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

CGR define el Riesgo como "... la posibilidad que un evento ocurra o afecte adversamente el cumplimiento de objetivos"17. ¿?

La Evaluación de riesgos es un proceso permanente realizado para que la entidad pueda enfrentar dichos eventos. Debe comprender la planificación, y la ejecución de las actividades que realiza la institución. Todo riesgo puede representar una amenaza para la entidad respecto a la consecución de sus metas y objetivos.

También es importante tener en cuenta que "Cualquier actividad conlleva un riesgo asociado, la clave está en conocer y poder gestionar la incertidumbre que existe sobre la consecución de los objetivos. Y para ello hay que identificar los riesgos a los que se expone la organización, evaluarlos, tratarlos, realizar el seguimiento y la revisión del riesgo y de los controles que lo modifican, para llevar a cabo una gestión del riesgo más eficaz, eficiente y coherente."

Para este componente, se definió lo siguiente:

Cuadro N° 3: Nivel de madurez del Componente Evaluación de Riesgos

COMPONENTE N° 2: Evaluación de riesgos
PROMEDIO ENCUESTA
INDICE DE MADUREZ: 1.65

El componente N° 2. Evaluación de riesgos obtuvo un valor de 1.65; este resultado corresponde al Nivel de madurez de **CONTROL INTERNO INTERMEDIO**, porque representa que "las condiciones de los elementos de control existen, están formalizados, están operando y no existe evidencia documental de su eficaz cumplimiento."

El componente Evaluación de Riesgos obtuvo un valor de **1.65**; el cual lo ubica en **CONTROL INTERNO INTERMEDIO** del Nivel de madurez porque representa que "Las condiciones del elemento de control existen y están formalizadas."

Para este Componente, el valor promedio de las encuestas es 1.65. Estos valores podrían interpretarse en el sentido que deben efectuarse, a todo nivel, la sensibilización y capacitación en los temas específicos de este componente. Los resultados para este componente según sus Principios que le corresponden se resumen en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 4: Resultados del Componente Evaluación de Riesgos clasificados por Principio

COMPONENTES	PRINCIPIO	PROMEDIO INDICE DE MADUREZ	PROMEDIO COMPONENTE INDICE DE MADUREZ
Evaluación de Riesgos	6 Objetivos Claros	1.9	1.65
	7 Gestión de riesgos que afectan los objetivos	1.4	
	8 Identificación de fraude en la evaluación de riesgos		
	9 Monitoreo de cambios que podrían impactar al SCI		

● **Principio N° 6: Objetivos claros**

Este Principio comprende la NCI 9. Planeamiento de la administración de riesgos que plantea desarrollar y documentar una estrategia clara, organizada e interactiva, para identificar y valorar los riesgos que puedan impactar en el Hospital impidiendo el logro de sus objetivos. Se deben desarrollar planes de gestión del riesgo, planes de respuesta, monitoreo de cambios en el contexto, así como un programa para la obtención de los recursos necesarios.

Para el Principio N° 6. Objetivos claros se tiene como resultado promedio el valor 1.9 interpretándose que **SE CUMPLE INSATISFACTORIAMENTE**; es decir, los elementos de control existen, están documentados o formalizados, pero están en proceso de implementación en la totalidad de la Entidad.

● **Principio N° 7: Gestión de Riesgos que afectan a los objetivos**

En aplicación de este Principio, HVLH debe identificar los riesgos que afectan el logro de sus objetivos y determinar cómo deben ser gestionados, considerando que su aplicación es a nivel institucional.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Para el Principio N° 7 Gestión de riesgos que afectan a los objetivos se tiene como resultado promedio **1.4** que representa que **SE CUMPLE INSATISFACTORIAMENTE**, se interpreta que los elementos de control existen, están documentados o formalizados, pero están en proceso de implementación en la totalidad de la Entidad

● **Principio N° 8: Identificación de fraude en la evaluación de riesgos**

Este Principio no cuenta con una NCI específica, según el modelo de CGR, hace referencia a la posibilidad de fraude en las actividades institucionales que deberán ser detectadas con la evaluación de riesgos porque atentan directamente contra el logro de los objetivos.

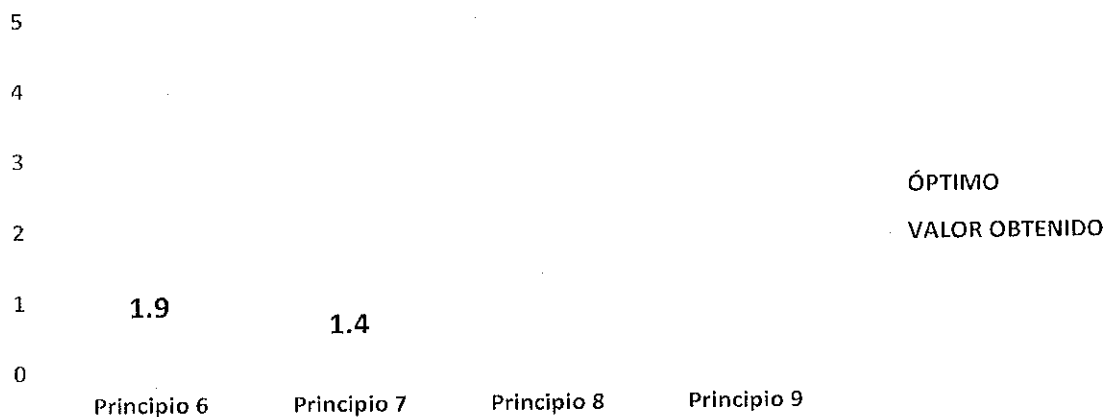
● **Principio N° 9: Monitoreo de cambios que podrían impactar en el Sistema de Control Interno**

Este principio tampoco cuenta con NCI específica. El Principio establece que el HVLH deberá identificar y evaluar los cambios que podrían impactar significativamente al Sistema de Control Interno, la entidad deberá evaluar los cambios en el entorno externo e interno.

La comparación de los resultados obtenidos por los Principios es:

Gráfico N° 3: Resultados del Componente Evaluación de Riesgos clasificados por Principio

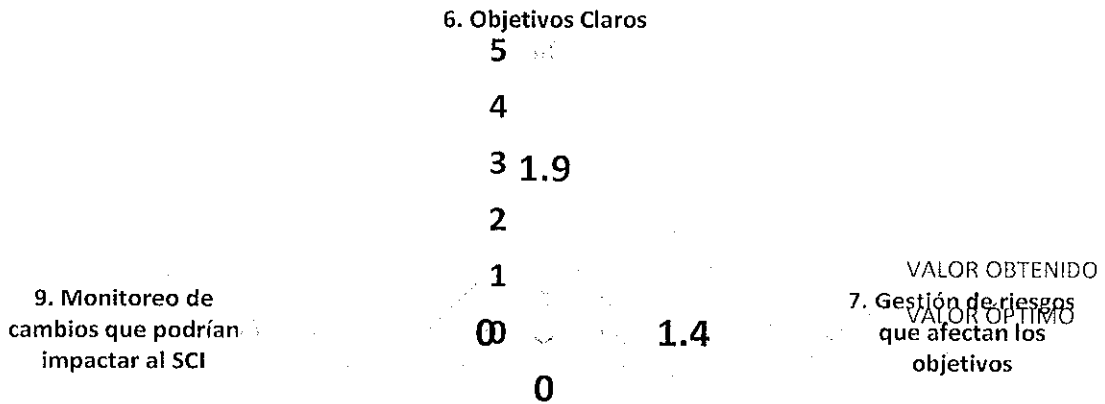
Valores obtenidos por Principio en Componente N° 2



En el gráfico se observa que el principio con menor cumplimiento respecto a las normas de control es el Principio N° 7 "Gestión de Riesgos que afectan los objetivos", mientras que el Principio con mayor cumplimiento respecto a las normas, es el Principio N° 6 "Objetivos claros".

Es importante tener en cuenta que el Principio N° 6. Objetivos claros, tiene 1.9; y el Principio N° 7 Gestión de riesgos que afectan los objetivos tiene 1.4 representando el menor valor obtenido.

Gráfico N° 4: Resultados del Componente Evaluación de Riesgos clasificados por Principio



9. Monitoreo de cambios que podrían impactar al SCI

8. Identificación de

Componente: Actividades de Control

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

Cuadro N° 5: Nivel de madurez del Componente Actividades de Control

Las Actividades de control que existen implementadas en mayor o menor grado en los procesos del HVLH, comprenden actividades para mitigar los riesgos, controles sobre la tecnología de la información y comunicación y actividades de despliegue y formalización de dichos controles en la entidad; estos controles forman parte del continuo suministro, intercambio y obtención de información necesaria para la toma de decisiones en la entidad; por lo tanto, es importante su evaluación periódica.

Como resultados de las encuestas y entrevistas aplicadas a los servidores y funcionarios de la entidad, se ha calculado el nivel de percepción y conocimientos respecto a las NCI y Principios que conforman el Componente Actividades de control.

**COMPONENTE N° 3:
Actividades de Control**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

PROMEDIO ENCUESTA
INDICE DE MADUREZ: 1.87

El componente Ambiente de control obtuvo un valor de **1.87**; el cual lo ubica en **CONTROL INTERNO INTERMEDIO** del Nivel de madurez porque representa que "Las condiciones del elemento de control existen y están formalizadas."

Para este Componente, el valor promedio de las encuestas es **1.87**. Estos valores podrían interpretarse en el sentido que deben efectuarse, a todo nivel, la sensibilización y capacitación en los temas específicos de este componente.

Cuadro N° 6: Resultados del Componente Actividades de Control por Principio

COMPONENTES	PRINCIPIO		PROMEDIO INDICE DE MADUREZ	PROMEDIO COMPONENTE DE INDICE DE MADUREZ
Actividades de Control	10	Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos	2.1	1.87
	11	Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos institucionales	1.1	
	12	Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos	2.4	

• **Principio N° 10: Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos**

El valor promedio de las respuestas obtenidas en este Principio, alcanzó **2.1**, indicando que **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**.

• **Principio N° 11: Controles para Tecnologías de la Información y Comunicaciones para apoyar la consecución de los objetivos institucionales**

El valor promedio de las respuestas obtenidas en las encuestas y entrevistas en este Principio alcanzó un valor de **1.1**, encontrándose que **NO SE CUMPLE**; es decir que:

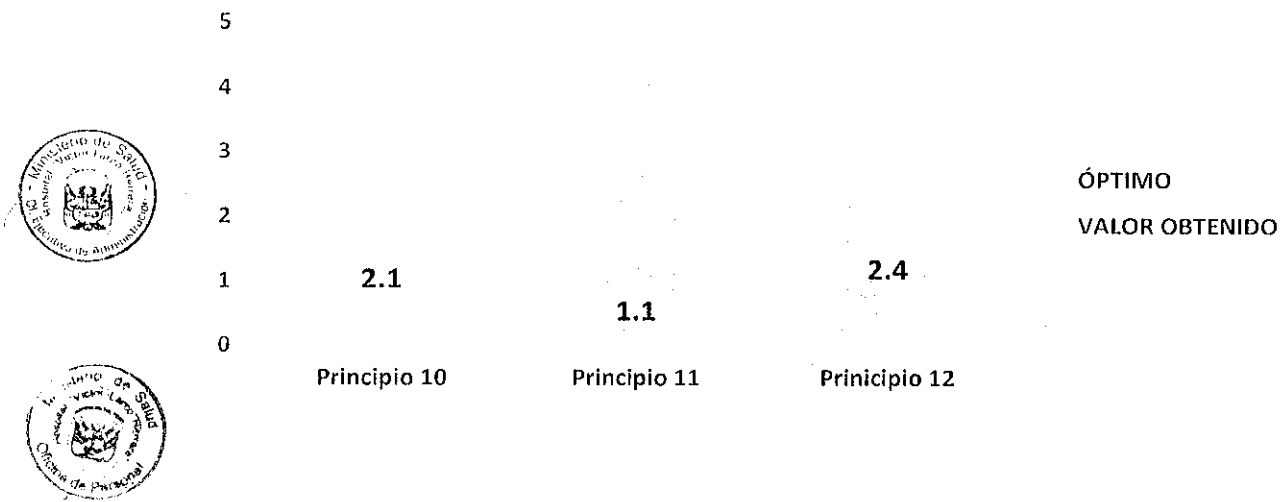
Los Documentos Normativos existen pero no se cumple con los criterios de vigencia, despliegue, capacitación y autoevaluación.

● **Principio N° 12: Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos.**

El valor promedio de las respuestas obtenidas alcanzó un valor de **2.4**, lo cual señala que dicho principio **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**; es decir, que las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento.

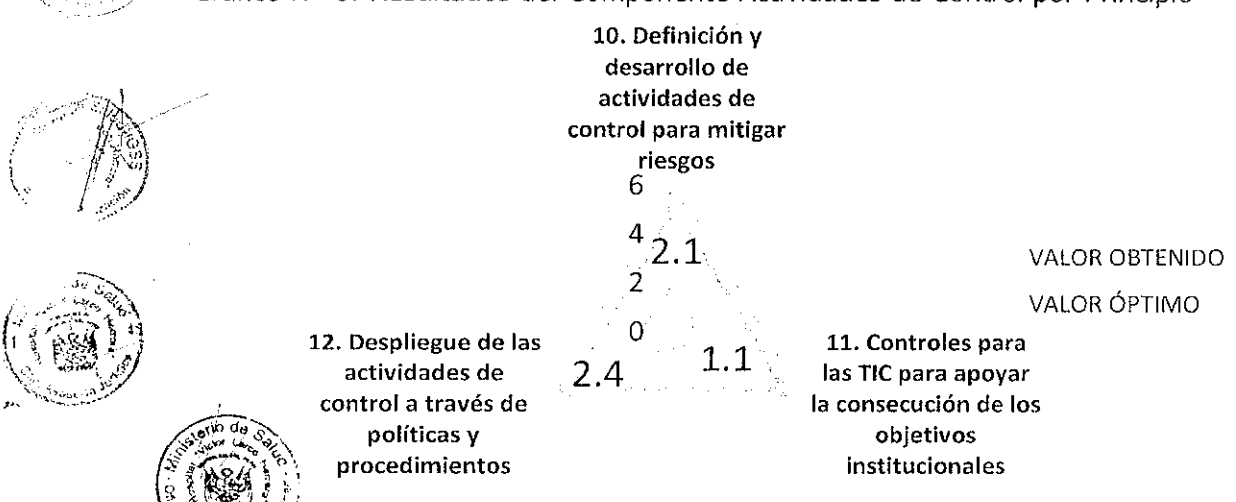
Gráfico: Resultados del Componente Actividades de Control por Principio

Valores obtenidos por Principio en Componente N° 3



En el gráfico se observa que el principio con menor cumplimiento respecto a las normas de control es el Principio N° 11 "Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos institucionales", mientras que el Principio con mayor cumplimiento respecto a las normas, es el Principio N° 12 "Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos".

Gráfico N° 6: Resultados del Componente Actividades de Control por Principio



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

El Principio N° 12. Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos tiene el valor más alto de 2.4, seguido del Principio N° 10. Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos con 2.1 como valor obtenido. Principio con mayor brecha:

El Principio N° 11. Controles para las TIC para poyar la consecución de los objetivos institucionales, tiene el valor promedio más bajo de 1.1; lo que obliga a considerar actividades para cerrar las brechas encontradas.

COMPONENTE N° 4: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Cuadro N° 7: Nivel de madurez del Componente Información y Comunicación

COMPONENTE N° 4: Información y Comunicación
PROMEDIO ENCUESTA
INDICE DE MADUREZ 2.23

El componente Información y comunicación obtuvo un valor de 2.23; el cual lo ubica en CONTROL INTERNO AVANZADO del Nivel de madurez porque representa que "Las condiciones del elemento de control existen y están formalizadas."

Para este Componente, el valor promedio de las encuestas es 2.23. Estos valores podrían interpretarse en el sentido que deben efectuarse, a todo nivel, la sensibilización y capacitación en los temas específicos de este componente.

Cuadro N° 8: Resultados del Componente Actividades de Control Información y Comunicación por Principio

COMPONENTES	PRINCIPIO	PROMEDIO INDICE DE MADUREZ	PROMEDIO COMPONENTE INDICE DE MADUREZ
Información y Comunicación	13 Información de calidad para el Control Interno	2.3	2.23
	14 Comunicación de la información para apoyar el Control Interno	2.2	
	15 Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno	2.2	

• **Principio N° 13: Información de calidad para el Control Interno**

"Este principio hace referencia a una entidad que obtiene/genera y emplea información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del Control Interno"

El valor promedio del Principio N° 13, es de 2.30, y se **CUMPLE ACEPTABLEMENTE**; es decir, los elementos de control están documentados o formalizados, están operando y existe evidencia de su cumplimiento.

• **Principio N° 14: Comunicación de la Información para apoyar el Control Interno**

Este principio propone una Entidad que comunica la información internamente, incluyendo los objetivos y responsabilidades del Control Interno necesarios para apoyar su funcionamiento.

El Principio N° 14 tiene un valor promedio resultante de **2.2**, significa que este Principio **CUMPLE ACEPTABLEMENTE**, es decir, los elementos de control están documentados o formalizados, están operando y existe evidencia de su cumplimiento.

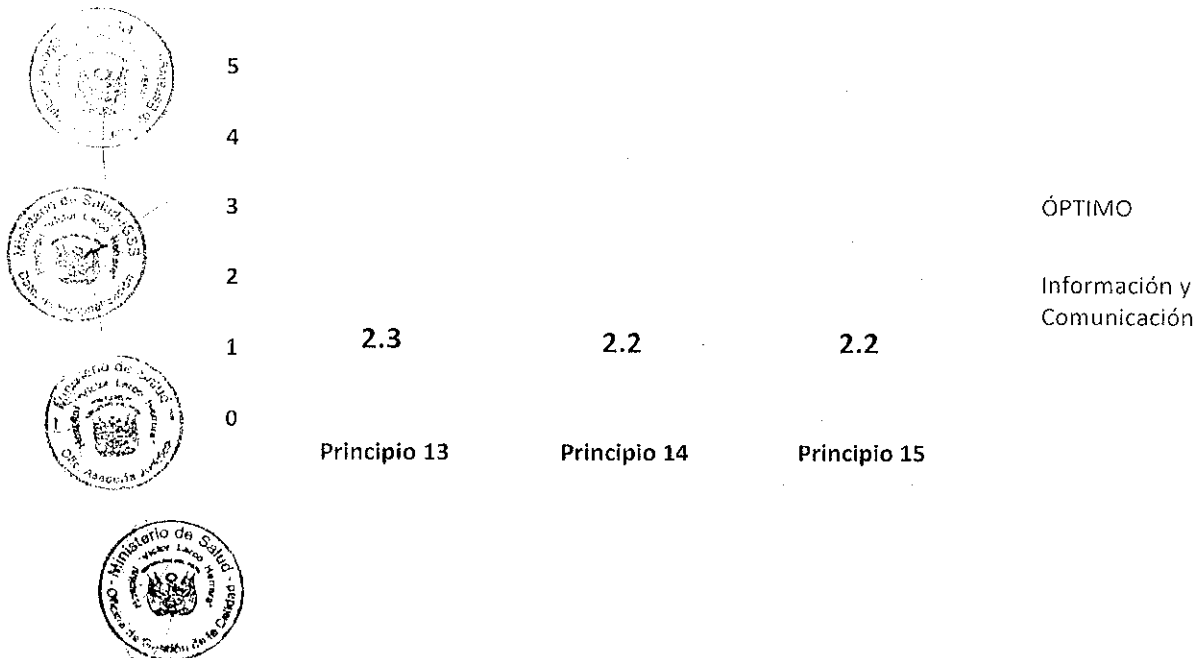
• **Principio N° 15: Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afecten el control interno**

"Este Principio hace referencia a una entidad que comunica a terceras partes externas lo referente a los asuntos que afectan el funcionamiento del control interno."

El Principio N° 15, obtuvo como promedio el valor de **2.2**; por tanto, **CUMPLE ACEPTABLEMENTE**, es decir, los elementos de control están documentados o formalizados, están operando y existe evidencia de su cumplimiento.

Gráfico N° 7: Resultados del Componente Actividades de Control Información y Comunicación por Principio

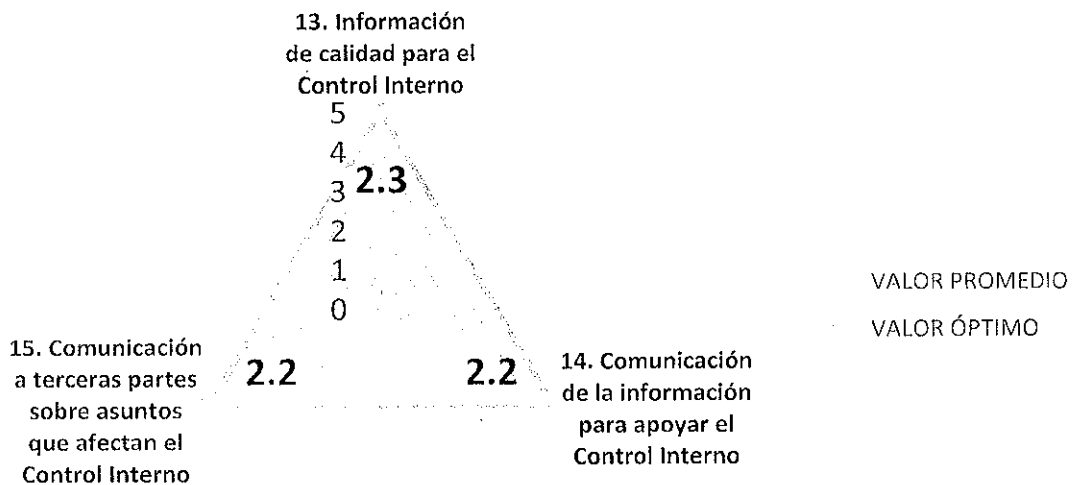
Valores obtenidos por Principio en Componente N° 4



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

En el gráfico se observa que los principios con menor cumplimiento respecto a las normas de control es el Principio N° 14 y Principio N° 15 "Comunicación de la información para apoyar el Control Interno" y "Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno", mientras que el Principio con mayor cumplimiento respecto a las normas, es el Principio N° 13 "Información de calidad para el Control Interno".

Gráfico N° 8: Resultados del Componente Actividades de Control Información y Comunicación por Principio



El Principio N° 13. Información de calidad para el Control Interno, tiene el valor más alto de **2.3**.

Principios con más brecha:

El Principio N° 14. Comunicación de la información para apoyar el Control Interno y el Principio N° 15. Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno tienen el valor promedio más bajo de **2.20**; lo que obliga a considerar actividades para cerrar las brechas encontradas.

COMPONENTE N° 5: SUPERVISIÓN

Cuadro N° 9: Nivel de madurez del Componente Supervisión

**COMPONENTE N° 5:
 Actividades de supervisión**



PROMEDIO ENCUESTA
INDICE DE MADUREZ: 2.50

El componente Actividades de supervisión obtuvo un valor de **2.50**; el cual lo ubica en **CONTROL INTERNO AVANZADO** del Nivel de madurez porque representa que "Las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento."

Para este Componente, el valor promedio de las encuestas es 2.73. Estos valores podrían interpretarse en el sentido que deben efectuarse, a todo nivel, la sensibilización y capacitación en los temas específicos de este componente.

Cuadro N° 10: Resultados del Componente Supervisión por Principio

COMPONENTES	PRINCIPIO		PROMEDIO INDICE DE MADUREZ	PROMEDIO COMPONENTE INDICE DE MADUREZ
Actividades de supervisión	16	Evaluación para comprobar el control interno	2.4	2.5
	17	Comunicación de deficiencias de control interno	2.6	

• **Principio N° 16: Evaluación para comprobar el Control Interno.**

La institución debe proyectarse como "... una Entidad que selecciona, desarrolla y ejecuta evaluaciones continuas y periódicas para comprobar si los componentes de Control Interno están presentes y se encuentran operando."

El Principio N° 16 obtuvo como promedio el valor de **2.4**, por tanto, **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**: Los elementos de control de cada componente existen, están documentados o formalizados, están operando en la Entidad y existe evidencia de su cumplimiento.

• **Principio N° 17: Comunicación de deficiencias del control interno.**

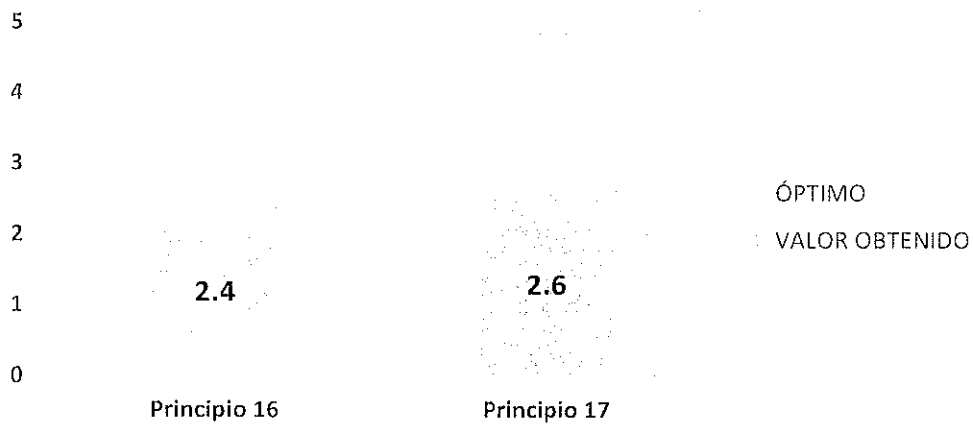
Este Principio establece que las deficiencias del Control Interno deben ser comunicadas oportunamente a las partes responsables de tomar acciones correctivas en todos los niveles jerárquicos.

El Principio N° 17 obtuvo como promedio el valor de **2.6**; por tanto, **SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE**; es decir, los elementos de control de cada componente existen, están documentados o formalizados, están operando en la Entidad y existe evidencia de su cumplimiento.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Gráfico N° 9: Resultados del Componente Supervisión por Principio

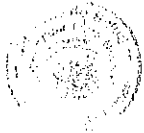
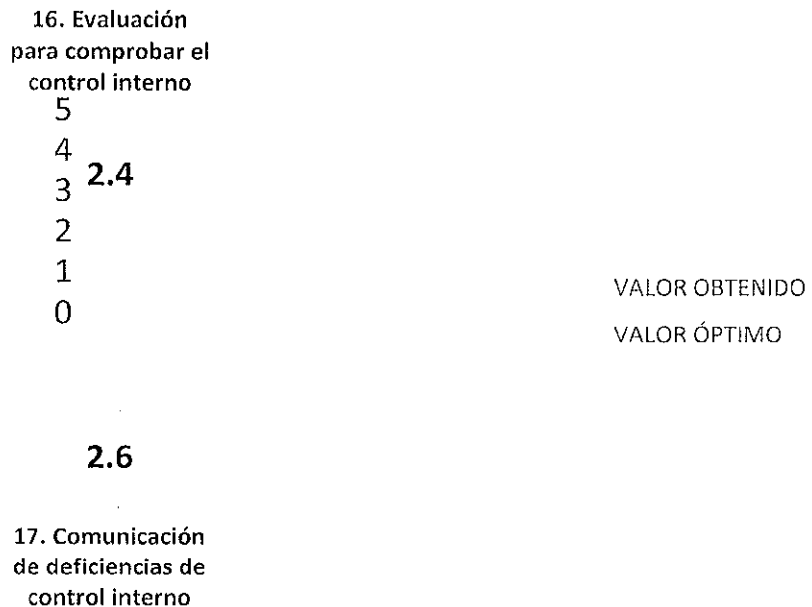
Valores obtenidos por Principio en Componente N° 5



En el gráfico se observa que el Principio con menor cumplimiento respecto a las normas de control es el Principio N° 16 "Evaluación para comprobar el control interno", mientras que el Principio con mayor cumplimiento respecto a las normas, es el Principio N° 17 "Comunicación de deficiencias de control interno".



Gráfico N° 10: Resultados del Componente Supervisión por Principio

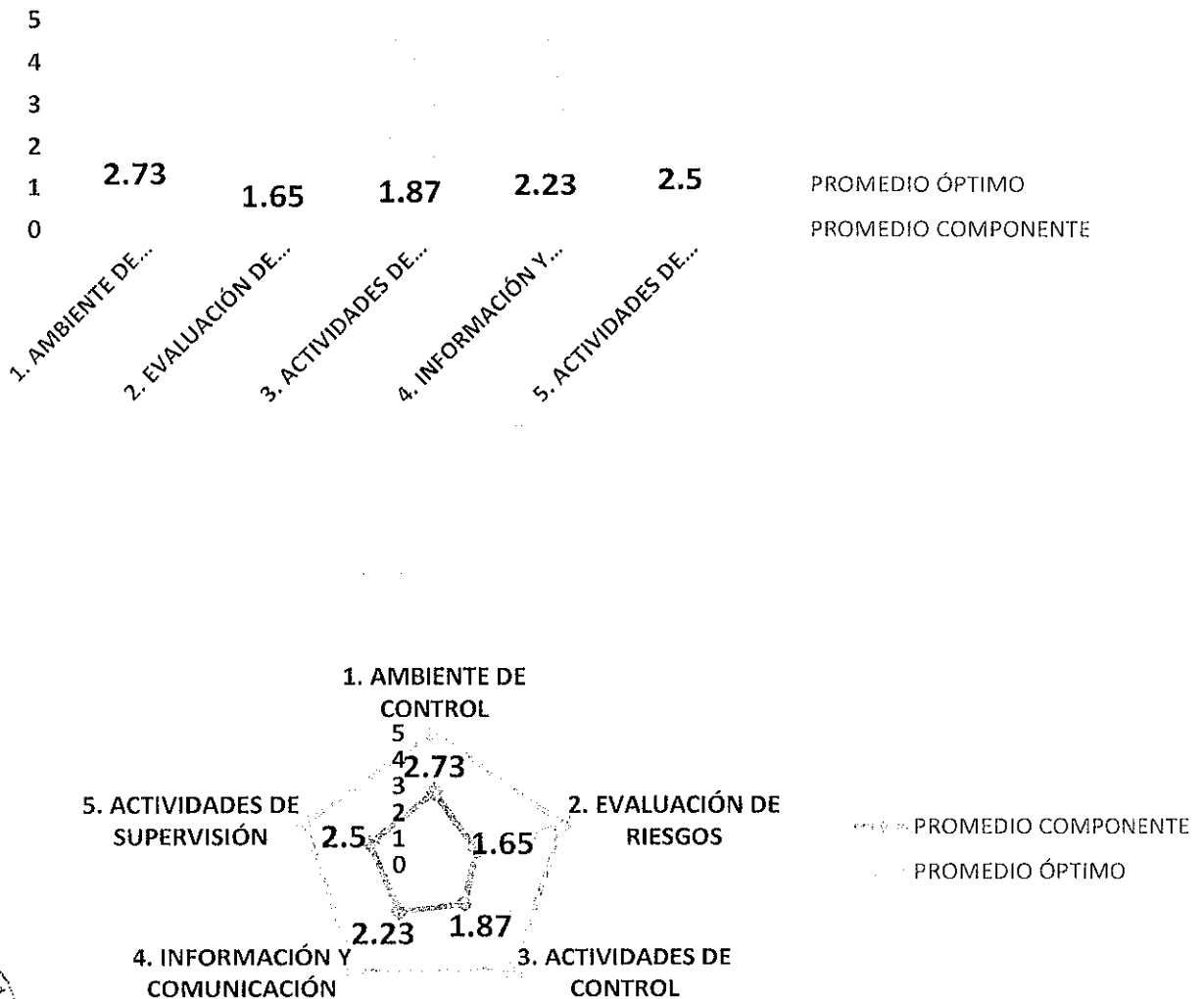


CUADRO DE PROMEDIOS DE COMPONENTES

Cuadro N° 11: Nivel de madurez de los cinco componentes

COMPONENTES	INDICE DE MADUREZ
1. AMBIENTE DE CONTROL	2.73
2. EVALUACIÓN DE RIESGOS	1.65
3. ACTIVIDADES DE CONTROL	1.87
4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	2.23
5. ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN	2.5

Gráfico N° 11: Nivel de madurez de los cinco componentes



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

4.3.2. Matriz de vinculación

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
COMPONENTE I ACTIVIDADES DE CONTROL				
Principio 1: La Entidad demuestra compromiso con la integridad y valores éticos	Acta de compromiso suscrita.	Si		Acta de Compromiso para la ISCI de fecha 10 de noviembre 2017
	Acta de charla de Sensibilización sobre Control interno	Si	Se ha realizado 3 charlas sobre CI, gestión de Riesgos y Gestión de Procesos	Registro de asistencia de participantes a las charlas de sensibilización y capacitación en Control interno
	Enunciado de la declaración de Misión, Visión y Valores	Si	POI 2018 La Misión y Visión se difunde en carteles en diversos ambientes del hospital	R.D. N°054-2018 DG-HVLH
	Difusión del acta de compromiso	Si	Difusión a través del Portal Web de la entidad	http://www.jacobhermsa.gob.pe/planacontrol/ /2018/informacion-adicional/implementacion-del-sistema-de-control-

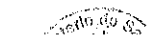
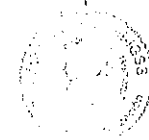
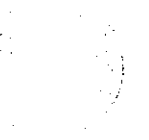


	Código de Ética Institucional aprobado, vigente y difundido.	No	NO, pero se difunde el Código de Ética de la Función Pública y el Código de Ética del MINSA	Ley N° 27815 de fecha 12 de agosto de 2012 y modificatoria.
	Registro Nacional de Sanciones, Destituciones y Despido (RNSDD), actualizado	Si		Cuando corresponde
	Declaración Jurada de sujeción al Código de ética, en legajos de los funcionarios y servidores públicos	NO		
Principio 2: La Alta Dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce supervisión del control interno	Documento de designación del comité de Control Interno (CCI).	SI	Resolución de Dirección Directoral	R.D. N° 094-2018-DG-HVLH del 18 de mayo de 2018 y anteriores

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Principio 3: La gerencia establece,	Planes aprobados: Plan Estratégico Sectorial Multianual	Si	Plan Estratégico Multianual	Resolución Ministerial N° 367-

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

con la supervisión de la Alta Dirección las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.	(PESEM, Plan de Desarrollo Concertado (PDC), Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional (POI) y otros planes territoriales, articulados y ligados a políticas nacionales		Actualizado-PESEM, sector Salud	2016/MINSA
			Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 HVLH	R.D. N°138-2013 DG-HVLH del 02 de julio de 2013
			Plan Operativo Institucional (POI) HVLH 2018	R.D. N°054-2018 DG-HVLH
	Para entidades del Gobierno Nacional verificar que los planes incorporan la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD)	Si	Plan de respuesta hospitalaria frente a emergencia y desastres 2016	Directiva N° 043-2004 OGDN/MINSA – V. 01
	Plan Estratégico de Gobierno Electrónico (PEGE)	No	No se ha implementado	
	Plan Anual de Contrataciones debidamente aprobado	Si	Plan Anual de Contrataciones (PAC) del HVLH - Año Fiscal 2018	Aprobado con R.D. N° 012-2018 DG-HVLH y sus modificatorias R.D. N° 059 DG-HVLH; R.D. N°068 DG-HVLH, R.D. N°093 DG-HVLH; R.D. N°110 DG-HVLH
	Informes semestrales de evaluación del POI que realizan las unidades orgánicas			
	Estructura orgánica - Organigrama	Si	Organigrama	Resolución Ministerial N°



	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado y vigente	Si	Reglamento de Organización y Funciones del HVLH	132-2005 MINSA
	Cuadro de Puestos de la Entidad CPE aprobado y vigente	No	En proceso de formulación	
	Manual de Perfiles de Puesto-MPP aprobado y vigente; así como vinculado al PEI y al ROF	No	En proceso de formulación	
	Mapa de Procesos (Diagrama y Fichas Técnicas	Si	Manual de Procesos y Procedimientos MAPRO - HVLH	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016
	Manuales de gestión de Procesos y procedimientos.	Si	Manual de Procesos y Procedimientos MAPRO - HVLH	Actualización aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018

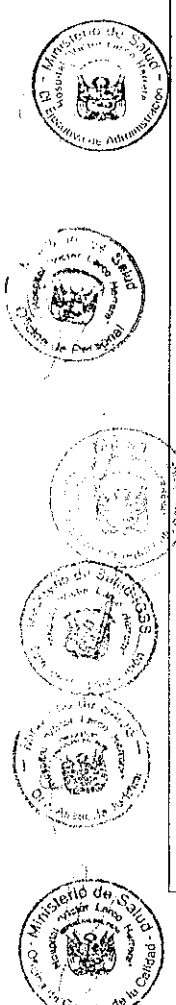


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	<p align="center">Texto Único de procedimientos administrativos (TUPA) aprobado y vigente</p>	Si	TUPA - HVLH	<p>Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06.jun.2011. Actualizaciones: con R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de feb. 2016; y, R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01.jun.2018</p>
--	---	----	-------------	--

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Principio 4: La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización</p>	<p align="center">Reglamento Interno de Trabajo, aprobado y vigente</p>	Si	<p>Reglamento Interno de Trabajo - HVLH</p>	<p>R.D. N° 087-2018-DG-HVLH del 02 de mayo del 2018</p>
	<p>Procedimiento de inducción a los funcionarios y servidores públicos, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos</p>	Si	<p>Plan de Inducción del Personal Ingresante al HVLH</p>	<p>R.D. 089-2016 DG HVLH</p>
	<p>Procedimiento de capacitación</p>	No		

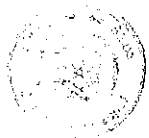


 <p>Principio 5: La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.</p>	Procedimiento de evaluación de personal	No	Cronograma institucional Etapa de desarrollo y consolidado del modelo de Gestión del rendimiento	
	Lineamientos de rendición de cuentas, declaración juradas	No		
	Escala remunerativa en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas	No		
	Evaluación del clima laboral	No		
	Registro de evaluación de los perfiles del personal de la entidad	No		
	Plan Desarrollo de las Personas aprobado.	No	Plan de desarrollo de Personas al Servicio del Estado PDP Quinquenal	NO
		Si	Plan de Desarrollo de Personas al Servicio del Estado PDP Anualizado	R.D. N° 061-2018 DG-HVLH/MINS A
	Plan de sensibilización y capacitación en Control Interno	Si	Plan de Sensibilización y capacitación en Control Interno	R.D. N° 031-2018 DG-HVLH
Registros de documentos de designación de encargaturas (asignación de atribuciones y responsabilidades al personal).	si			

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

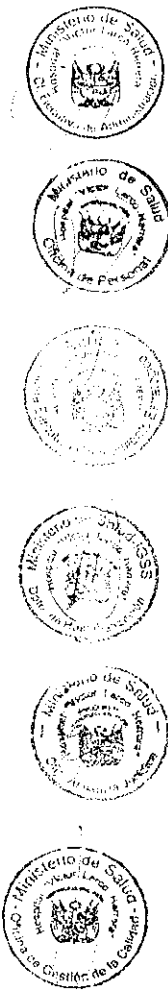
	Reglamento del Comité de Control interno.	Si		
	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.	Si	Comunicación de Orientación de Oficinas del OCI a la Dirección General para la atención de las recomendaciones de auditoría como apoyo a la gestión	

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
COMPONENTE II EVALUACIÓN DE RIESGO				
Principio 6: la entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de riesgos relacionados	Lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobados	No	No se ha implementado	
	Plan de Gestión de Riesgos aprobado	No	No se ha implementado	
	Política de Riesgos	No	No se ha implementado	
	Manual de Gestión de Riesgos	No	No se ha implementado	
	Procedimientos para la gestión de riesgos	No	No se ha implementado	
Principio 7: La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en los todos los niveles de la organización y los analiza	Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos	SI	SI se ha implementado	
	Inventario de riesgos de la entidad	No	No se ha implementado	
	Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de Riesgos	No	No se ha implementado	



como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar.	Plan de tratamiento de Riesgos o similar	No	No se ha implementado	
	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas	No	No se ha implementado	
Principio 8: La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes	No	No se ha implementado	
	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes	No	No se ha implementado	
	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.	No	No se ha implementado	
Principio 9: La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI	Reportes de monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que puedan impactar en el SCI	No	No se ha implementado	
	Reportes del monitoreo de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que puedan impactar en SCI	No	No se ha implementado	

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
COMPONENTE III ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				
Principio 10: La entidad define y	Procedimientos de autorización y aprobación documentados	Si	Manual de Procesos y Procedimientos MAPRO -	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH

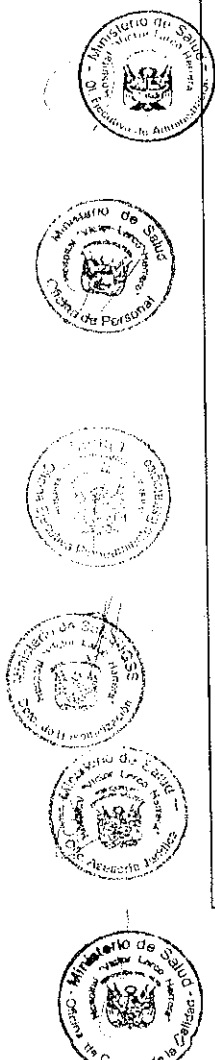


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de objetivos.	comunicados a los funcionarios y servidores responsables.		HVLH	del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016 Actualización aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018
		Si	Texto Único de procedimientos administrativos (TUPA) - HVLH	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016 Actualización aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018

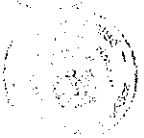


	Procesos de la entidad documentados	Si	Manual de Procesos y Procedimientos MAPRO - HVLH	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016 Actualización aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018
	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude	No	No se ha implementado	
	Normas Internas aprobadas que evidencian que la segregación de funciones se aplica en los procesos, actividades y tareas que realiza la entidad.	Si	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del HVLH	Resolución Ministerial N° 132-2005 MINSA
	Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones	NO	No se ha implementado	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	Lineamientos para la aplicación de evaluación costo-beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas	NO	No se ha implementado	
	estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios)	Si	Estructura de Costos del HVLH	R.D. 124-2018 DG HVLH
	Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: instalaciones, recursos económicos, tecnología de la información, bienes y equipo patrimoniales.	Si	Directiva Procedimientos de Gestión y uso de los Bienes Muebles Estatales del HVLH	R.D. 110-2017 DG HVLH aprueba Directiva Administrativa N° 001 HVLH/MINS A/2017
		Si	Directiva para el correcto uso de equipos de cómputos y Servicios Informáticos	R.D. 007-2015 DG HVLH
Si		Guía de Procedimiento de Regulación de Uso y Funcionamiento de Vehículos institucionales HVLH	R.D. 184-2014 DG HVLH	



	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información	Si	Los accesos se otorgan previa autorización de los responsables de los procesos a través de la Oficina de Estadística e informática, para el caso de los aplicativos SIGA y SIAF son autorizados por la Oficina Ejecutiva de Administración	
	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad	No	No se ha implementado	
	Procedimientos documentados aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación	Si		
	Reportes de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente	Si	Obran en los archivos de gestión de la Oficina Ejecutiva de Administración	
	Labores de verificación y/o conciliación de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos.	Si	Entrevista a la Oficina de Economía	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	Registro y seguimiento de indicadores de desempeño del plan estratégico y del plan operativo	No		
	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	No	No se ha implementado	
	Procedimientos internos para rendición de cuentas.	No		
	Registros de cumplimiento en el sistema de rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR	Si	Constancia Presentación de Informe a la CGR	
	Registros de cumplimiento en la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.	Si	Reporte listado DDJJ enviadas a CGR	
	Registros de cumplimiento de la presentación de información para la elaboración de la Cuenta General de la República	Si	Entrevista a la Oficina de Economía	

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Principio 11: La entidad define	Lineamientos sobre la política de seguridad	No	No se ha implementado	



y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.	informática			
	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.	si		
	Plan Operativo informático y Guía de elaboración	No	No se ha implementado	
	Plan de contingencias aprobado.	Si	Plan de contingencia a Informático	R.D. 058-2016 DG HVLH
	Plan estratégico de Tecnologías de Información -PETI y su evaluación	No	No se ha implementado	
	Informes periódicos relacionados sobre sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la Entidad en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información	No	No se ha implementado	
	Normas para el uso y conservación de las computadoras personales (PC) y periféricos.	Si	Directiva para el correcto uso de equipos de cómputos y Servicios Informáticos	R.D. 007-2015 DG HVLH
	Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas	Si	Directiva para la Administración de Software	R.D. 006-2015 DG HVLH



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	informáticos de la entidad		HVLH	
--	----------------------------	--	------	--

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.	Si	Manual de Procesos y Procedimientos MAPRO - HVLH	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016 Actualización aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018
			Texto Único de procedimientos administrativos (TUPA) - HVLH	Aprobado por R.D. N° 135-2011-DG-HVLH del 06 de junio del 2011. Actualización aprobado por R.D. N° 059-2016-DG-HVLH del 16 de febrero del 2016 Actualización



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

				aprobado por R.D. N° 100-2018-DG-HVLH del 01 de junio del 2018
			Guía técnica de procedimiento de terapia electroconvulsiva	R.D. 010-2018 DG HVLH
			Guía técnica para la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y psicotraumáticos	R.D. 212-2017 DG HVLH
			Guía técnica para la atención de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol	R.D. 213-2017 DG HVLH
			Guías de procedimientos especiales asistenciales de enfermería	R.D. 346-2014 DG HVLH
			Guía de práctica clínica de manejo de conducta agresiva del HVLH	R.D. 1017-2014 DG HVLH



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

			Guía de práctica clínica de conducta suicida	R.D. 1015-2014 DG HVLH
			Guía de práctica clínica en conducta suicida	R.D. 104-2014 DG HVLH
			Guía de práctica clínica en depresión	R.D. 1014-2014 DG HVLH
			GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA ATENCION CO TRASTORNO ESQUIZOFREN COS	R.D. 169-2013 DG HVLH
			Guía de práctica clínica en trastorno de adaptación	R.D. 1013-2014 DG HVLH
			Guía de práctica clínica en trastorno obsesivo compulsivo	R.D. 1016-2014 DG HVLH
			Guía práctica clínica para la atención de pacientes con trastornos mentales orgánicos	R.D. 111-2015 DG HVLH



	Registros de implementación de propuestas de mejoras de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	No	No se ha implementado	
	Informe o reportes de las revisiones efectuadas a los procesos, procedimientos, actividades y tareas.	No	No se ha implementado	
12. La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	No	No se ha implementado	



PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE ?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
COMPONENTE IV: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
13. La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	Normas internas que regulen los requisitos de la información	Si		
	Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.	No	No se ha implementado	
	Procedimiento estableciendo los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su	No	No se ha implementado	



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

evaluación periódica.			
Existencia del sistema integrado de gestión administrativa (SIGA o el sistema equivalente).	Si	Sistema Integrado de gestión Administrativa (SIGA)	
Registros de revisión periódica de los Sistemas de Información para detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios en el entorno o ambiente interno de la organización.	No		
Registros de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa / reclamos o pedidos de los usuarios.	No		
Registro de actividades del proceso de implementación progresiva del Manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la administración pública, según Resolución N° 001-2015-PCM-SGP.	No	No se ha implementado	
Informe de satisfacción del usuarios/ciudadano.	Si	Plan de Satisfacción del usuario -2018	R.D. 080-2018 DG HVLH



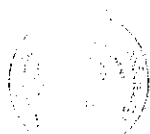
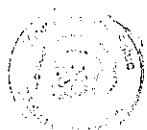
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI	Existencia de medios que facilitan la comunicación interna: Intranet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos murales; de conocimiento de los funcionarios y servidores públicos.	SI	Correo electrónico, periódicos murales, WhatsApp	
	Mecanismos para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos.	No	No se ha implementado	
	Canales de denuncias	Si	Plan para la Gestión de Reclamos, Quejas y Sugerencias del HVLH	R.D. 102-2015 DG HVLH
	Libro de reclamaciones físicas y virtuales.	Si	Designan a la Lic. Yovana Gladys Gallozo Contrera como responsable del libro de Reclamaciones del HVLH Libros físicos	R.D. 109-2017 DG HVLH
	Informe de reclamaciones de usuarios.	Si	Informes trimestrales	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

			Se realizan encuestas	
	Procedimientos para la administración del archivo institucional.	Si	Directiva que regula el uso, la elaboración, la remisión y procedimientos para el trámite documentario de los documentos internos y externos del HVLH	R.D. 011-2018 DG HVLH
	Plan Anual de Trabajo archivístico (Directiva N° 003-2008-AGN/DNDAAI)	Si	Plan Anual de Trabajo de la Unidad Funcional de Trámite Documentario, Archivo y Biblioteca del HVLH -2018	R.D. 207-2017 DG HVLH
	Ambientes del archivo institucional adecuados	No	Inspección física al archivo	
	Información preservada en medios físicos (archivos, documentados y/o digitales).	No	Inspección física al archivo	
	Normativa interna sobre préstamo de documentación del archivo y transferencia de documentación al archivo.	No	No se ha implementado	
14. La entidad comunica la información	Normas para la administración y uso de internet y correo electrónico.	Si	Directiva para la creación y correcto uso del Correo Electrónico	R.D. 008-2015 DG HVLH



15. La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Norma actualizada para regular la actualización del Portal web y el Portal de transparencia.	No	No se ha implementado	
	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	No	No se ha implementado	

PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	¿EXISTE ?	DESCRIPCIÓN ADICIONAL	MEDIO DE VERIFICACIÓN
COMPONENTE V: SUPERVISIÓN Y MONITOREO				
	Diagnóstico (línea de base) del control interno	No	No se ha implementado	
16. La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento	Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.	No	No se ha implementado	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (objetivos, indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Institucional.	SI	Se envió al MINSA	Nota Informativa POI
	Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.	No	No se ha implementado	
	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.	Si	lista de participación de los cursos realizados los días 13, 21 y 28 de febrero de 2018	
	Comunicaciones a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo, para que adopten los correctivos.	Si	Memorando de la Alta Dirección a los Órganos responsables para atención de recomendaciones de auditoría	
	Informes de la Alta Dirección sobre la adopción de medidas correctivas.	Si	Oficio remitido por la Alta Dirección sobre la implementación de recomendaciones	
	Reportes de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	Si	Informes de estado de implementación de recomendaciones derivadas de informes de auditoría a la Dirección General	Elaborado por los órganos responsables de su implementación



17. La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	Registro de deficiencias reportadas por el personal.	No	No se ha implementado	
	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.	No	No se ha implementado	
	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI.	Si	Informes de seguimiento de implementación de recomendaciones de informes de auditoría	
	Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.	No	No se ha implementado	
	Evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.	SI	Se envió al MINSA	Oficio POI

4.3.4 ANÁLISIS NORMATIVO

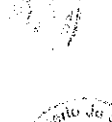
Como parte del diagnóstico se realizó un análisis de la normativa interna del Hospital Víctor Larco Herrera con respecto a los componentes del sistema, siguiendo el formato propuesto en el anexo N° 12 de la "Guía para la implementación y fortalecimiento del sistema de control interno en las entidades del Estado"

DOCUMENTO DE GESTIÓN	UNIDAD ORGANICA
Plan Operativo Institucional (POI)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Reglamento de Organización y Funciones	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Estructura Orgánica	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Plan Estratégico de Tecnología de información (PETI)	Oficina de Estadística e Informática
Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Oficina de Logística
Clasificador de Cargos	Oficina de Personal
Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	Oficina de Personal
Plan de Desarrollo de las Personas (PDP)	Oficina de Personal
Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Manual de Procedimientos (MAPRO)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Plan Operativo Institucional (POI)	1 Es concordante con los objetivos estratégicos del PEI	10	95	95.74
	2 Existen lineamientos y metodología para su formulación	9	80	
	3 Refleja las metas presupuestarias que se espera alcanzar para el año fiscal.	9	95	
	4 Contiene los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho periodo, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica	10	90	
	5 Existe un Órgano responsable de su formulación	10	100	
	6 Existe un Órgano responsable de su evaluación	10	100	
	7 Su aprobación es oportuna	10	100	
	8 Es evaluado	10	100	
	9 El resultado de la evaluación se hace de conocimiento de la Alta Dirección	10	100	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

8	Cuida la coherencia entre la asignación de competencias y rendición de cuentas. Se tiene claramente asignadas sus competencias de modo tal que pueda determinarse la calidad de su desempeño y el grado de cumplimiento de sus funciones.	6	60
9	Tiene informe técnico y legal que los sustenta.	7	60
10	Tiene informe previo que verifica el cumplimiento de los requisitos.	5	100

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTE DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Manual de Organización y Funciones (MOF)	1 Concordante con el ROF.	10	100	95.00
	2 Coincidencia de los cargos con los indicados en el CAP.	9	100	
	3 Se asignan las funciones con claridad.	9	100	
	4 Existe segregación de funciones.	10	80	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTE DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	1 Alineado con el PEI.	10	100	96.00
	2 Alineado con el POI.	10	100	
	3 Su estructura considera: 1) Exposición de Motivos. 2) Base Legal. 3) Prohibición para el año fiscal. 4) Estimación de los ingresos (por fuentes de financiamiento). 5) Estimación de los gastos.	10	90	
	4 La estructura funcional refleja las metas presupuestarias fijadas para el ejercicio.	10	100	
	5 Las propuestas de gasto son consistentes con los objetivos institucionales.	10	100	
	6 Se distribuye la asignación presupuestaria total de acuerdo a los objetivos que se espera alcanzar.	10	100	
	7 Se proponen actividades y proyectos en concordancia con los objetivos estratégicos del pliego.	10	80	
	8 Considera la previsión del gasto de las actividades y proyectos y su forma de financiamiento, dentro de los límites de la asignación presupuestaria total.	10	90	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Estructura Orgánica	1 Concordante con el ROF	10	100	75.00
	2 Se encuentra actualizada	8	80	
	3 Responde a las necesidades de la organización	10	80	
	4 Favorece la organización horizontal	8	0	
	5 Favorece la organización vertical	2	80	
	6 La ubicación de los órganos en el diseño es concordante con la normatividad vigente	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	1 Su formulación es concordante con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.	10	100	83.29
	2 Su aprobación es concordante con los lineamientos establecidos en la norma vigente.	10	100	
	3 Se observan las disposiciones sobre creación, organización y funciones contenidas en las normas que regulan el proceso de descentralización y modernización de la gestión del Estado.	10	100	
	4 Se ha diseñado la organización con criterios de simplicidad y flexibilidad que permitan el cumplimiento de los fines de la Entidad con mayores niveles de eficiencia y una mejor atención al ciudadano.	5	90	
	5 Se ha observado el principio de especialidad conforme al cual se deben integrar las funciones afines y eliminar posibles conflictos de competencia y cualquier duplicidad de funciones entre sus órganos y unidades orgánicas a con otras entidades de la administración pública.	5	70	
	6 Se observa el principio de legalidad de las funciones.	5	60	
	7 Todas las funciones y competencias que las normas sustantivas establecen, han sido recogidas y asignadas a algún órgano de la entidad.	7	60	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	9	El gasto está orientado a cubrir la mayor cantidad de acciones prioritarias.	10	100	
	10	Es aprobado oportunamente e ingresado en el SIAF.	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Manual de Perfiles de Puestos	1	Identificación del puesto.	10	0	0
	2	Misión del puesto.	10	0	
	3	Funciones del puesto.	10		
	4	Coordinaciones principales.	9	0	
	5	Requisitos del puesto.	9	0	
	6	Habilidades o competencias.	9	0	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)	1	Realiza un análisis de la entidad (estructura, funcionalidad, etc.).	9	0	0
	2	Toma en cuenta la prospectiva estratégica de la entidad.	10	0	
	3	Analiza la participación actual de las TICs en la Entidad y sus principales procesos.	8	0	
	4	Analiza las arquitecturas de datos, software y tecnología en general.	7	0	
	5	Define la cartera de proyectos.	4	0	
	6	Prioriza la cartera de proyectos.	3	0	
	7	Contiene los lineamientos para la implementación del PETI.	5	0	
	8	Se encuentra actualizado.	1	0	
	9	Se ha formulado de acuerdo los lineamientos establecidos en la normativa vigente.	6	0	
	10	Se vincula a un presupuesto.	2	0	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Clasificador de Cargos	1	Considera lo establecido en el artículo 4° de la Ley del Empleado Público.	10	100	100.00
	2	Concordante con el ROF.	10	100	
	3	Concordante con el CAP.	10	100	

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

4	Se encuentra actualizado.	10	100
5	Responde a las necesidades de la organización	10	100
6	Es concordante con la normativa emitida por SERVIR	10	100
7	Aprobada por el Titular de la Entidad	10	100

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Plan Anual de Contrataciones	1	Se articula con el Cuadro de Necesidades y con el POI	10	60	89.09
	2	Contiene el objeto de la contratación	8	100	
	3	Confiere la descripción de los bienes y/o servicios a contratar.	8	100	
	4	Contiene el valor estimado de la contratación	5	100	
	5	Contiene la fuente de financiamiento	7	100	
	6	Considera a todas las contrataciones del año. Independientemente del tipo de proceso de selección o del régimen que las regule.	8	60	
	7	Se aprueba oportunamente (como máximo dentro de los cinco primeros días del ejercicio)	10	100	
	8	Se publica oportunamente en el SEACE	10	100	
	9	Se evalúa semestralmente de acuerdo a las disposiciones del OSCE	8	0	

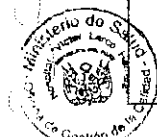
INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Cuadro de asignación de Personal CAP	1	Formulado en concordancia con la normatividad vigente.	10	100	100.00
	2	Formulado a partir de la estructura orgánica establecida por el ROF de la entidad	10	100	
	3	Observa las disposiciones sobre clasificación de cargos que se encuentran vigentes.	10	100	
	4	Consigna los cargos de confianza de conformidad con las disposiciones vigentes.	10	100	

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

5	Se ha presentado en formato que se incluye en los anexos adjuntándose el resumen cuantitativo que consigna la clasificación por grupos ocupacionales.	10	100
6	Se encuentra actualizado	10	100
7	Aprobado por autoridad competente	10	100

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Plan de Desarrollo de las personas	1	Formulado en concordancia con la normativa emitida por SERVIR.	10	100	100.00
	2	Responde a las necesidades de la Entidad.	10	100	
	3	Se encuentra actualizado.	10	100	
	4	Se aprobó oportunamente.	10	100	
	5	Se ejecuta.	10	100	

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	1	Formulado de acuerdo a los Lineamientos para la elaboración y aprobación del TUPA establecidos en la normatividad vigente.	10	100	96.00
	2	Antigüedad no supera los dos años según normativa vigente.	10	90	
	3	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Positivo.	10	100	
	4	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Negativo.	10	100	
	5	Los procedimientos han sido materia de simplificación administrativa.	10	100	
	6	Los procedimientos contemplan pluralidad de instancias.	10	100	
	7	Los plazos son proporcionales al tipo de Trámite.	9	90	
	8	Asigna áreas responsables de cada trámite.	9	100	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

9	Aprobado por autoridad competente.	9	100
10	El cálculo de costos se ha realizado con la metodología de determinación de costos de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, aprobada con (consignar normativa vigente)	10	80

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO)	1	Se encuentra actualizado.	10	90	96.00
	2	Se han identificado claramente los procesos y procedimientos.	10	100	
	3	Concordante con la normatividad y metodología vigente para su elaboración	10	90	
	4	Concordante con los lineamientos de modernización de la gestión pública.	10	100	
	5	Contiene los procedimientos estratégicos, de línea y de apoyo, es decir, los procedimientos internos y externos contemplados en el TUPA	10	100	

De los resultados del análisis de los principales documentos de gestión con respecto a los componentes del SCI, se tiene un avance en su implementación de 89.9% de cumplimiento de los requisitos que deben de cumplir de acuerdo a las disposiciones legales que le son aplicables.

4.4. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de entidad

4.4.1. Componente: Ambiente de Control

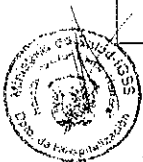
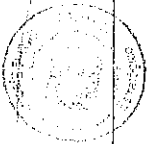
AMBIENTE DE CONTROL	
CONSEJERÍAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Se muestra compromiso de la Alta Dirección para la implementación del SCI en la entidad con la firma del Acta de compromiso de todos los funcionarios. Se conformó el Comité de Control Interno conformado por un (1) la Directora General Alta Dirección dos (2) jefes de departamento 	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con un código de ética institucional. No se tiene evidencia de la sujeción al código de ética por parte de los funcionarios y servidores públicos. No se cuenta con un Plan Estratégico de Gobierno Electrónico del HVLH. No se cuenta con los documentos

del órgano de línea, dos (2) jefes de oficina del órgano apoyo, dos (2) jefes de oficina del órgano de asesoría, el cual cuenta con un Reglamento Interno de funciones entregado a cada miembro de CCI.

- Los miembros del CCI han recibido 3 charlas de inducción sobre control interno.
- Se cuenta con un POI 2018, en el cual se declaran la misión y Visión de la entidad.
- Asimismo, la difusión de la misión se realiza con publicación de carteles alusivos en los ambientes del hospital.
- Existe un Reglamento Interno de Trabajo.
- Se cuenta con los documentos de gestión: ROF, CAP Y TUPA aprobados.
- Se ha actualizado el TUPA 2018 del hospital.
- La estructura orgánica apoya la consecución de los objetivos institucionales.
- Se efectuó la evaluación del primer trimestre del POI 2018
- Se cuenta con un Mapa de Procesos, que incluye diagramas y fichas.
- Se cuenta con PDP y procedimiento de capacitación.
- El Órgano de Control Institucional emite recomendaciones que mejora los procesos internos de la entidad.
- La entidad cumple con publicar las DDJJ de los funcionarios, así como con remitirlos a la Contraloría General de la República, en el marco de la normatividad vigente y transparencia.

de gestión: Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE) y Manual de Perfiles de Puestos (MPP).

- No se cuenta con registros que evidencien la evaluación de los perfiles de la entidad, lo que se relaciona con la falta del Manual de Puesto.
- No cuenta con Directiva que regula el procedimiento para el requerimiento, autorización, otorgamiento y rendición de cuenta de viáticos y pasajes por comisión de servicios dentro y fuera del territorio nacional.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos

EVALUACIÓN DE RIESGOS	
NORMAS	DEFICIENCIAS
	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta la Política y Manual de Gestión de Riesgos. • No se Cuenta con un Plan de Gestión de riesgos. • No se ha difundido la Política, Manual y Plan de Gestión de Riesgos aprobados por la entidad • No se cuenta con lineamientos para implementar la gestión de riesgos. • No se ha realizado el inventario de riesgos, consecuentemente, no se cuenta con la matriz de riesgos ni plan de tratamiento • No se cuenta con lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes. • No existen reportes de monitoreo de cambios externos e internos que puedan impactar en el SCI. • No existen normas internas que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.

4.4.3. Componente: Actividades de Control Gerencial

ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	
NORMAS	DEFICIENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con el Reglamento de Organización y Funciones aprobado y vigente, donde se establecen los niveles de autoridad que se desarrollan en las unidades orgánicas. • Adicionalmente se cuenta con directivas que establecen niveles de autorización y aprobación de procesos específicos. • Se cuenta con Manual de Gestión por Procesos y Procedimientos aprobado, con diagramas y fichas. • Se ha documentado algunos procedimientos mediante la 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con procedimientos internos sobre rotación de personal susceptible • No se realizan evaluaciones para identificar que en los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones. • No se cuenta con lineamientos para realizar evaluaciones costo-beneficio, previo a la implementación de controles. • No se cuenta con normatividad interna que regule el acceso a información restringida. • No se ha implementado la medición de indicadores de

<p>emisión de directivas internas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hacen verificaciones y conciliaciones antes de emitir estados financieros, conciliaciones bancarias, presupuestales arqueos, inventarios, etc., basado en las Normas Internacionales de Contabilidad NIC. • Existen registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR. • Existen perfiles para los usuarios de los sistemas de información. • Existen normas para el uso y conservación de los equipos informáticos. • Se cuenta con directivas para el uso, custodia, control y accesos a recursos de la entidad: informáticos, bienes y equipos patrimoniales. 	<p>gestión que evalúen la efectividad de los procesos y permitan identificar mejoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con un plan de contingencias. • No se ha elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información. • No se ha elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.
---	--



4.4.4. Componente: Información y Comunicación

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta • Se utiliza el Sistema de Gestión Integrado de Gestión Administrativa. • Se cuenta con el Informe de satisfacción del usuario/ciudadano. • Se realizan encuestas de satisfacción de usuario. • Se cuenta con la directiva que regula el uso, la elaboración, la remisión y procedimientos para el trámite documentario de los documentos internos y externos del hospital. • Se cuenta con el Plan Anual de Trabajo de la Unidad Funcional de Trámite Documentario, Archivo y Biblioteca del HVLH - 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desactualización de los procedimientos de los sistemas de información. • No se cuenta con registros formales de las revisiones efectuadas a los procesos • No se cuenta con un sistema de gestión documentaria. • El ambiente de Archivo Central no es adecuado por sus condiciones precarias, espacio insuficiente, carente de estantes, cajas archiveras, orden y limpieza, personal insuficiente y no especializado, falta de condiciones mínimos de seguridad y salud en el trabajo Ley 29783 (mascarillas, guantes, vestuario, etc.), entre otros. • No se cuenta con una directiva



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con la directiva para la creación y correcto uso del Correo Electrónico. • Existen medios que facilitan la comunicación: correo, periódicos murales, WhatsApp • Se cuenta con un Libro de Reclamaciones físico. • Se elaboran informes sobre reclamaciones. 	<p>que regule los préstamos y transferencia de documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cuenta con norma para la administración de Internet. • No se cuenta con Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los usuarios en el libro de reclamaciones. • No se cuenta con una directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar del hospital. • Directiva que regula la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública.
--	--

4.4.5. Componente: Supervisión

SUPERVISIÓN	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con registros de los participantes en capacitaciones sobre Control Interno. • Se hace rendición de cuentas respecto al avance estratégico. • Se informa al OCI sobre los avances en la implementación de las recomendaciones de auditoría. • Evaluación I trimestre del POI 2018 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen lineamientos para desarrollar acciones de prevención y monitoreo • No existen evaluaciones de los procesos y procedimientos internos. • No existen registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades y procedimientos • Existen recomendaciones del Órgano de Control Institucional que se encuentran pendientes de implementar.

4.5. Identificación de brechas de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas

A continuación, se muestra el conjunto de debilidades vinculadas de manera directa con las Ocho (8) áreas priorizadas, identificadas por los titulares de las citas áreas y otras contenidas o derivadas de las repuestas de los cuestionarios de entrevistas aplicados a los funcionarios respectivos.

OFICINA DE PERSONAL	
1	Diagnóstico de cultura organizacional, medición del clima laboral y Planes de acción de mejora del clima y cultura laboral

	18.05.1988, publicado 12.11.1988) por el INC y calificado como no habitable en Informe de Evaluación del HVLH (de set. 2016) respecto de INDICES DE SEGURIDAD HOSPITALARIA de la Organización Panamericana de la Salud; y además no es adecuado para sus labores, por tener divisiones que seccionan los ambientes físicos y la imposibilidad de hacer modificaciones..
3	Instalaciones eléctricas antiguas e incremento permanente de equipos biomédicos, informáticos, entre otros, que no permite el desarrollo de las funciones de los equipos presenta fluctuaciones de caída permanente de tensión que exceden los rangos permitidos
4	Precariedad de la infraestructura;, entre ellos el deterioro de elementos del pabellón N° 4 como: paredes, muros, cornisas, parapetos, puertas, ventanas, etc.
5	Filtraciones de agua en techos, por deterioro del entablado de madera de los techos de los pabellones N° 5, 9 y de costura, así como los techos del pabellón N°17 Talleres del pabellón de Rehabilitación de Niños del HVLH

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

1	El Departamento de Emergencia no cuenta con un programa anual de educación y capacitación, conforme lo dispone la NT No. 042 MINSA/ DGSP-V.01
---	---

UNIDAD DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE

1	Puerta de ingreso a la UNIDAD DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE en mal estado
2	La estructura de fierro del techo de este ambiente se están oxidando por lo que requiere de mantenimiento y las canaletas de los techos para la evacuación del agua de las lluvias están rotas.

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

1	Insuficientes equipos informáticos para el personal médico, para el registro de atención a los pacientes y sustituir los registro a manuscrito.
2	La programación de nuevas citas para un paciente requiere que este se efectúe en otra oficina la programación de esta cita que ha sido dispuesta por el médico tratante, genera que el paciente no efectúe su reserva de su próxima cita y cuando este paciente asiste a la siguiente cita no se encuentre como paciente programado
3	Algunos profesionales de la salud no usan el sistema informático y prefiere mantener registro manual de consulta y de próxima cita del paciente.
4	Demora en la entrega de la historia clínica por parte de la Oficina de Estadística (EN LOS CASOS DE NO PROGRAMADOS)
5	Necesidad de mayor coordinación del Departamento de Consulta Externa con el Departamento de Hospitalización y Emergencia a fin de contar oportunamente con la programación de los médicos que deben atender en el Departamento de Consulta Externa tal como lo indica RD 110-2012 DG HVLH



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

OFICINA DE ABASTECIMIENTO	
1	Requerimientos de bienes y servicios mal formulados por las áreas usuarias, generan demora en la atención de los pedidos.
2	Necesidad de efectuar fiscalización posterior de la documentación presentada por parte los postores ganadores de la buena Pro en los procedimientos de selección conforme a lo establecido en el artículo 42º Reglamento de la nueva Ley de Contrataciones del Estado precisado con OPINIÓN N° 096-2017/DTN de fecha 31 de marzo de 2017 del OSCE

OFICINA DE ECONOMÍA	
1	Falta de directiva o instructivo que norme la recepción, registró, custodia, ejecución y/o devolución de cartas fianzas y pólizas de caución, recibidas por el HVLH como garantía de obligaciones asumidas por proveedores o contratistas con el hospital.
2	Falta de sistematización que facilite la entrega de CONSTANCIAS DE PAGO a ex servidores y locadores por servicios prestados al HVLH

OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN	
1	Proceso en curso: Saneamiento físico legal del predio ubicado en el distrito de Magdalena del Mar sede del HVLH, observado en el informe largo de auditoría a los EEFF del MINSa del ejercicio 2013, en proceso de implementación a la fecha, según Reporte de recomendaciones publicado en la web del MINSa.
2	La falta de término del inventario físico anual de los bienes patrimoniales del HVLH antes del 31 de marzo por dos años consecutivos (2017 y 2016), constituye riesgo si persiste igual situación en el balance del 2018 que los auditores financieros emitan informe con reparo, que afectaría la imagen de la gestión.

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	
1	Carencia de equipos (computadoras, escáner e impresora)

OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	
1	Equipo de central telefónica obsoleta, funciona al 30%, sin repuestos en el mercado y sin proveedores para el servicio de mantenimiento y reparación
2	Carencia de herramientas, cables de conexión para los equipos INFORMATICOS.
3	El aplicativo de la página Web esta desactualizado
4	Sistema de archivo de historias clínicas (físico) activo y pasivo

UNIDAD DE ARCHIVO INSTITUCIONAL	
1	No se ha identificado los documentos que por Ley deben ser eliminados y los que deben ser derivados al Archivo General de la Nación.

OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	
1	Las instalaciones donde funciona la oficina de personal, están declarada como inhabitable por defensa civil
2	El espacio físico asignado a la Oficina de Personal es un predio en condición precaria considerado MONUMENTO HISTÓRICO (RJ No. 284-88-INC/J de



DEPARTAMENTO DE FARMACIA	
1	No cuentan con la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento
2	Insuficiente personal en el Departamento de Farmacia de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica 057-2007

5. ESTADO DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS

A la fecha, el Hospital Víctor Larco Herrera NO cuenta con los siguientes instrumentos internos de gestión de riesgos: Política de Gestión de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos y plan de Gestión de riesgos.

La gestión de riesgos requiere de un soporte organizacional desconcentrado, conformado por el Comité de control interno.

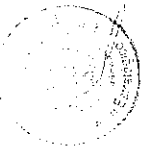
Conforme a lo dispuesto por la Directiva N° 013-2016-CG/PROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobada con Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, establece que corresponde al Comité de Control Interno, en coordinación con el Titular de la entidad conformar el equipo de trabajo o designar la unidad orgánica que promueva la implementación de la gestión de riesgos.

Con el mismo propósito, la Contraloría General de la República mediante Resolución de Contraloría General N° 004-2017-CG aprueba la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", la que ha desarrollado cada uno de los componentes del Sistema de Control interno que es de observancia obligatoria de toda entidad pública, la misma que propone herramientas, políticas y buenas prácticas de control interno, entre ellos el componente: Evaluación de riesgos.

Se propone constituir el comité de riesgos, y en cumplimiento de sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, deberá formular los lineamientos para implementar la Gestión de Riesgos y presentar el Plan de trabajo del comité de riesgos en el marco de la implementación del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera.

La gestión de los riesgos comprende la identificación, el análisis y la evaluación de los mismos, que contribuirá a concretar acciones de respuestas ante acontecimientos que pueda impactaren el logro de los objetivos y metas institucionales de carácter general y en función de cada proceso, lo cual constituye el tratamiento de riesgos, normada en la Guía para la implementación y fortalecimiento del SCI en las Entidades del Estado.

Para la implementación de Gestión de Riesgos, es fundamental la designación de los miembros del comité de riesgos, realizar una sensibilización a nivel institucional, difusión de la política de gestión de riesgos y la capacitación a los miembros del Comité Control Interno y Comité de Gestión de Riesgos; a partir del MAPRO aprobado se podrá desarrollar una priorización adecuada de procesos para elaborar el Plan de Gestión de Riesgos.



"Decenio de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

6. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

A partir de las debilidades encontradas se han establecido aspectos a ser implementados, por cada componente del SCI, las cuales se detallan a continuación:

AMBIENTE DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none">• Que la Oficina de Personal elabore y gestione la aprobación de la Directiva del Código de Ética del HVLH y lo difunda al personal• Que la Oficina de Personal elabore el formato de adherencia por parte de los colaboradores del HVLH al Código de Ética Institucional, y requiera la firma respectiva de adherencia.• Que la Oficina de Estadística e Informática elaborar el Plan Estratégico de Gobierno Electrónico del HVLH este documento será elaborado una vez que el MINSA emita el documento ESTRATEGIA DE GOBIERNO DIGITAL para el sector salud de acuerdo al "Aviso de Sinceramiento" de fecha 28 de junio 2018• Que la Oficina de Personal formule los documentos de gestión Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE) y Manual de Perfiles de Puestos (MPP). Para lo cual deberá Elaborar Informe de Dotación de Servidores Civiles necesarios de la Entidad que sirva como insumo para el Cuadro de Puestos de la Entidad; y Elaborar un tablero de puestos de la entidad que sirva como insumo del Manual de Perfiles de Puestos.• Que la Oficina de Personal Elaborar la Directiva de Rotación de Personal y los reportes semestrales de rotación.• Que la Oficina de Economía elabore directiva que regula el procedimiento para el requerimiento, autorización, otorgamiento y rendición de cuenta de viáticos y pasajes por comisión de servicios dentro y fuera del territorio nacional
EVALUACIÓN DE RIESGOS
<ul style="list-style-type: none">• EL Comité de Riesgos diseñe la política y elabore el Manual de Gestión de Riesgos.• EL Comité de Riesgos elabore el Plan de Gestión de Riesgos.• El Comité de Control Interno solicitará la publicación a la Oficina de Comunicaciones realizar una campaña de difusión sobre la política de riesgos, aprobada por la entidad.• EL Comité de Riesgos elabore la Implementar la Gestión de Riesgos en los Procesos Críticos.• EL Comité de Riesgos elabore la Identificación y registro de los riesgos operativos Cuantificación y registro de los principales Riesgos Operacionales.• EL Comité de Riesgos elabore la normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.• EL Comité de Riesgos tome las acciones respecto de los reportes del monitoreo de los cambios externos e internos que puedan impactar en el SCI.• EL Comité de Riesgos elabore la propuesta de un norma interna para identificar y evaluar posibles fraudes en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Que la Oficina de Personal elabore y aprobar directiva para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.• Que la Oficina de Gestión de la Calidad consolide los MAPROS de hospital

afín de evaluar e identificar la necesidad de efectuar segregación de funciones en los procesos actividades y tareas proponiendo las mejoras de corresponder, proponiendo las mejoras como parte del proceso de mejora continua.

- La Oficina Ejecutiva de Administración Emita una Política y/o Lineamientos para la aplicación de la evaluación costo -beneficio en la implementación de controles en procesos y/o procedimientos.
- Que la Dirección General asigne esta actividad al encargado del Acceso a la Información Pública que se encargue de la elaboración de la norma interna que regule el acceso a información restringida.
- Que la **Oficina de Gestión de la Calidad** realice la Implementación de Indicadores de Gestión aprobados para medir las acciones de mejora.
- Que la Oficina de Estadística e Informática Actualice un plan de contingencias informático.
- Que la Oficina de Estadística e Informática Elabore y sé que gestione el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI este documento será elaborado una vez que el MINSa emita el documento ESTRATEGIA DE GOBIERNO DIGITAL para el sector salud de acuerdo al aviso de sinceramiento de fecha 28 de junio 2018.
- Que la **Oficina de Gestión de la Calidad** Elabore el instructivo para el registro de propuestas de mejoras en los procesos y para el registro de las medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.
- Que la Dirección General determine la unidad orgánica encargada de emitir la Directiva Institucional de Rendición de Cuentas.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Que la Oficina de Estadística e Informática realice la actualización de los Planes informáticos.
- Las Unidades prestadoras de servicio remitirán a la **Oficina de Gestión de la Calidad** en coordinación con la Oficina de Planeamiento, las actualizaciones de los documentos para la consolidación respectiva.
- Que la Oficina de Estadística e Informática Integre los subsistemas de información de las unidades orgánicas del Hospital en un solo sistema de Gestión de Base de Datos.
- Que la Oficina de Gestión de la Calidad realice "registros" de Implementación de mejoras, producto de cambios en la normatividad/reclamos o pedidos de los usuarios.
- La Dirección General disponga que la jefa Unidad Funcional de Trámite Documentario y Archivo Central Elabore e implemente el Plan de mejora del Archivo Central del Hospital.
- La Dirección General disponga que la jefa Unidad Funcional de Trámite Documentario y Archivo Central elabore y gestione la aprobación de la Directiva que regule los préstamos y transferencia de documentación.
- Que la Oficina de Estadística e Informática actualice y apruebe la Directiva para la administración de internet.
- Que la **Oficina de Gestión de la Calidad** Actualice y gestione la aprobación la Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los usuarios en el Libro de Reclamaciones.
- Que la Oficina de Estadística e Informática Elabore y gestione la aprobación la Directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar del hospital.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

<ul style="list-style-type: none"> • Que la Oficina de Estadística e Informática Elabore y gestione la aprobación la Directiva que regule la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública.
SUPERVISIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Que el CCI Elaborara y gestionara la aprobación de la Directiva para desarrollar acciones de prevención, seguimiento y monitoreo del SCI. • Que la Oficina de Gestión de la Calidad elabore un informe de sistematización con la consolidación de los MAPROS asistenciales y administrativos. • Que el Comité de Gestión por Procesos y el Comité de Control Interno elabore registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades y procedimientos. • Elaborar el plan de mejoramiento por cada UPS. • Que el Director Adjunto elabore un reporte de seguimiento de la Implementación de las recomendaciones del OCI. • Que el CCI y el Comité de Gestión por Procesos informará sobre el avance de la implementación del plan.

7. EVALUACION DE MADUREZ DE LOS 54 PUNTOS DE CONTROL

La evaluación de madurez del Control Interno permite medir el grado de desarrollo organizacional de la entidad, el cual se puede ver afectado por factores externos e internos en su implementación y fortalecimiento.

La Contraloría General utiliza un Marco Conceptual basado en la adaptación del Modelo Integrado de Capacidad de Madurez (Capacity Maturity Model Integration – CMMI), mediante el cual asume que existen niveles ideales del control interno que contribuyen al logro de los objetivos institucionales.

Para calcular los valores de madures de cada componente, se ha aplicado el mecanismo de promedios que se detalla en la publicación "Medición de la Implementación del Sistema de Control Interno en el Estado"

El cálculo del índice se realiza en función de un cuestionario de 54 preguntas, agrupadas por componentes. Cada repuesta tiene 6 opciones que corresponden a cada nivel de maduración, al cual se le ha asignado un valor de 0 a 6, y los criterios de evaluación de cada nivel de maduración.

La presente evaluación de madurez se ha realizado en función de las 54 preguntas del Formulario de Medición Periodo 2016-3 del Hospital Víctor Larco Herrera del aplicativo de la Contraloría General de la República.

1. AMBIENTE DE CONTROL

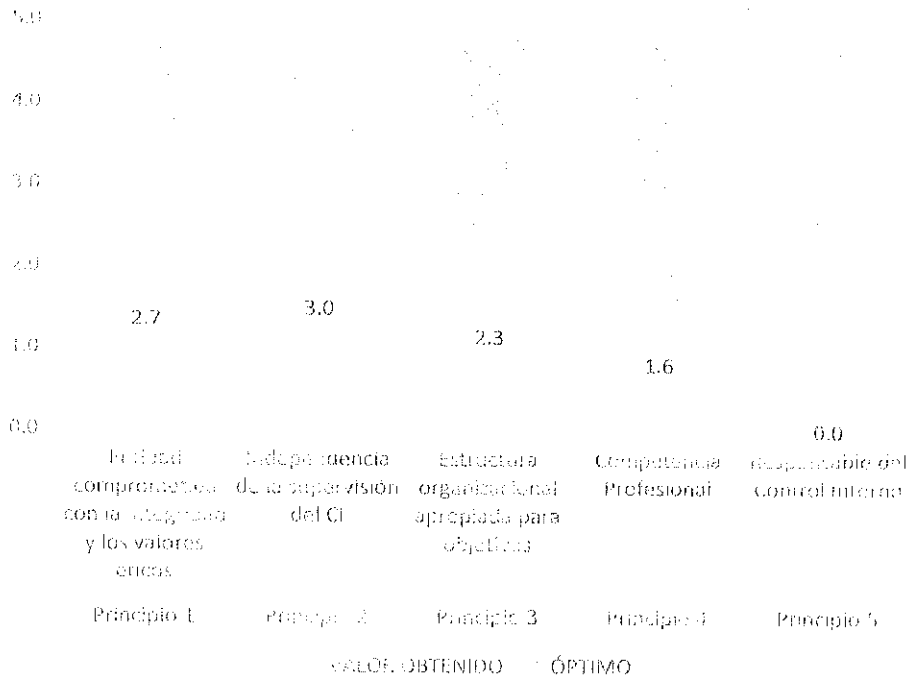
CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE MADUREZ SCI
Ambiente de control	Principio 1	Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos	2.7

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

	Principio 2	Independencia de la supervisión del CI	3.0
	Principio 3	Estructura organizacional apropiada para objetivos	2.3
	Principio 4	Competencia Profesional	1.6
	Principio 5	Responsable del Control Interno	0.0
	PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ		1.9

AMBIENTE DE CONTROL



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 1



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Capacidad organizativa y de gestión
 con la integridad y los
 valores éticos

5.0

4.0 **2.7**

3.0

2.0

1.0

0.0

1.6

2.3

Capacidad de gestión de la
 información

3.0

Estructura organizacional
 adecuada para
 cumplir los
 objetivos

2. EVALUACIÓN DE RIESGOS

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

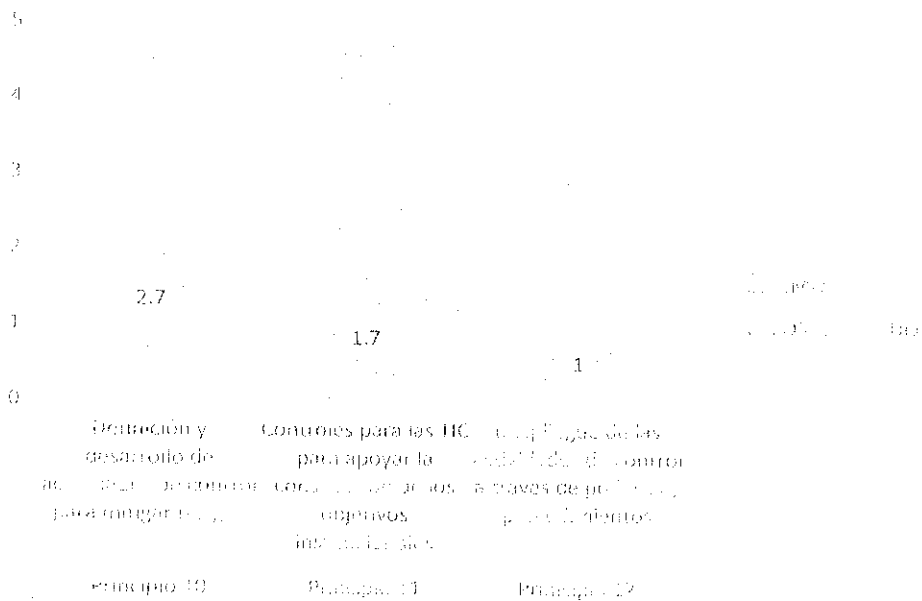
COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Principio 6	Objetivos Claros	0
	Principio 7	Gestión de riesgos que afectan los objetivos	0
	Principio 8	Identificación de fraude en la evaluación de riesgos	0
	Principio 9	Monitoreo de cambios que podrían impactar al SCI	0
PROMEDIO TOTAL DE INDICE DE MADUREZ			0

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

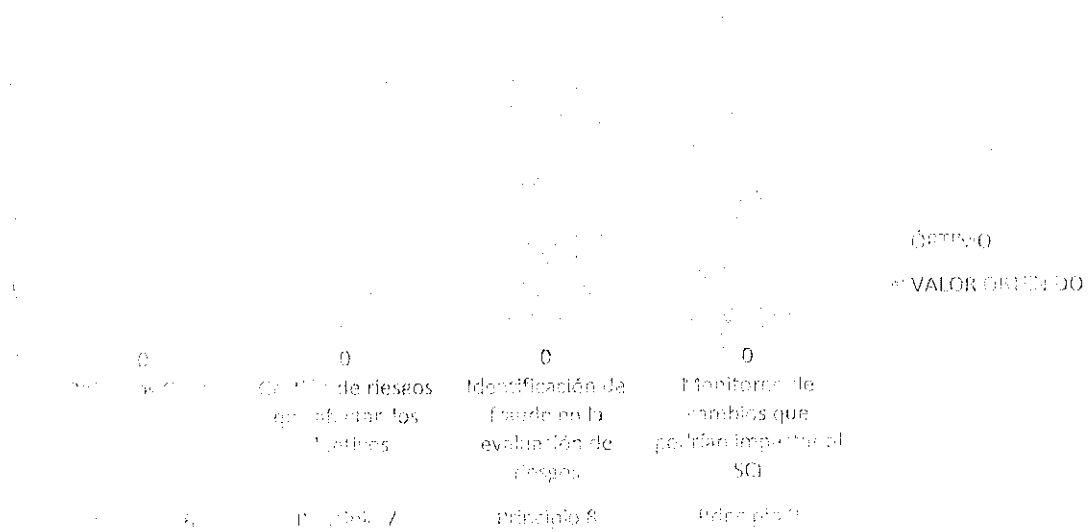
COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
ACTIVIDADES DE CONTROL	Principio 10	Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos	2.7
	Principio 11	Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos institucionales	1.7
	Principio 12	Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos	1
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			1.8

ACTIVIDADES DE CONTROL

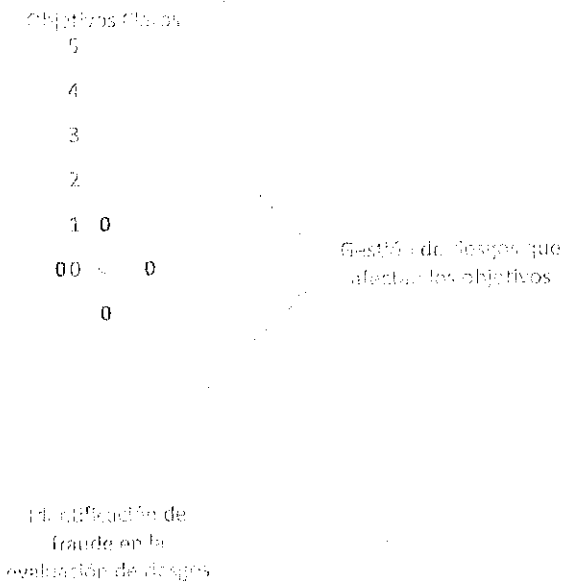


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

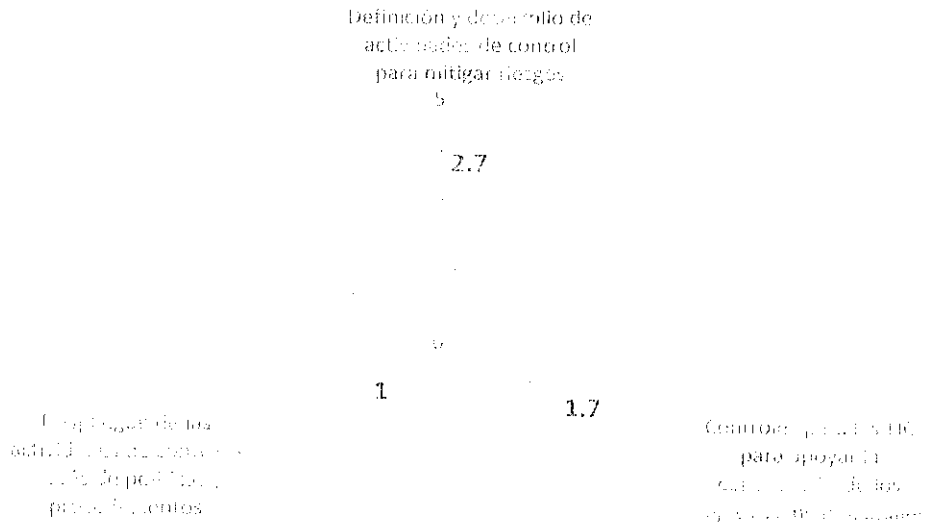
EVALUACIÓN DE RIESGOS



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 2



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 3



4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

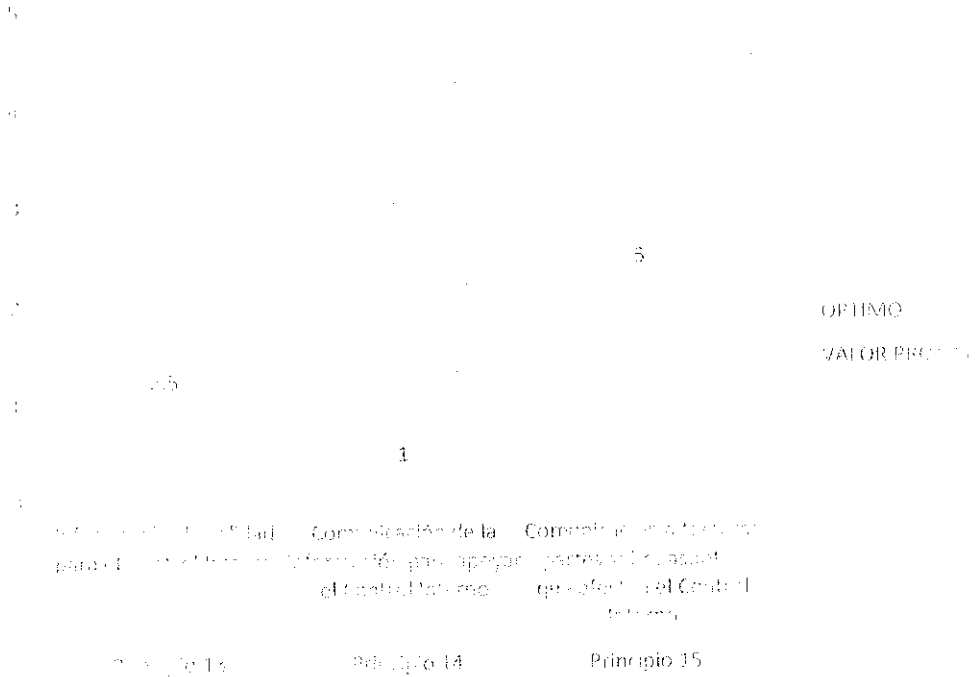
CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTES	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
Información y Comunicación	Principio 13	Información de calidad para el Control Interno	2.5
	Principio 14	Comunicación de la información para apoyar el Control Interno	1
	Principio 15	Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno	5
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			2.8

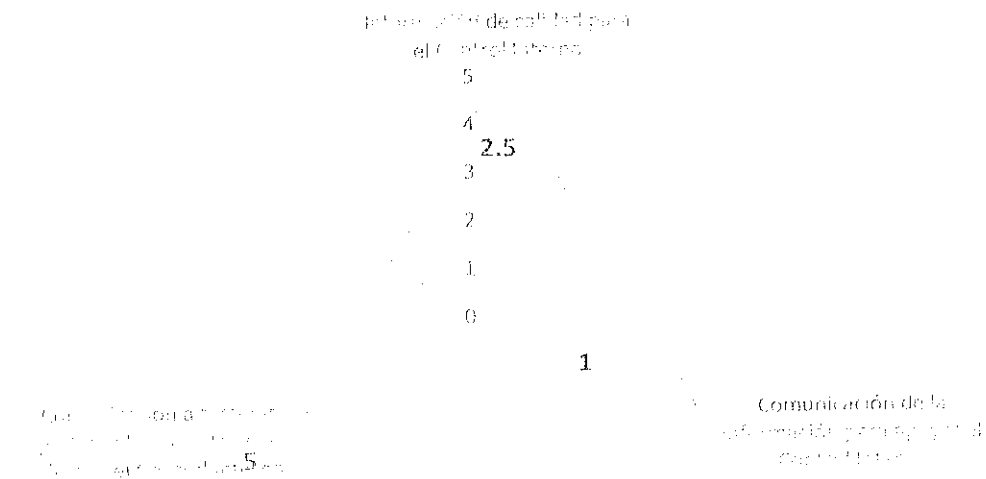


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 4



5. ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

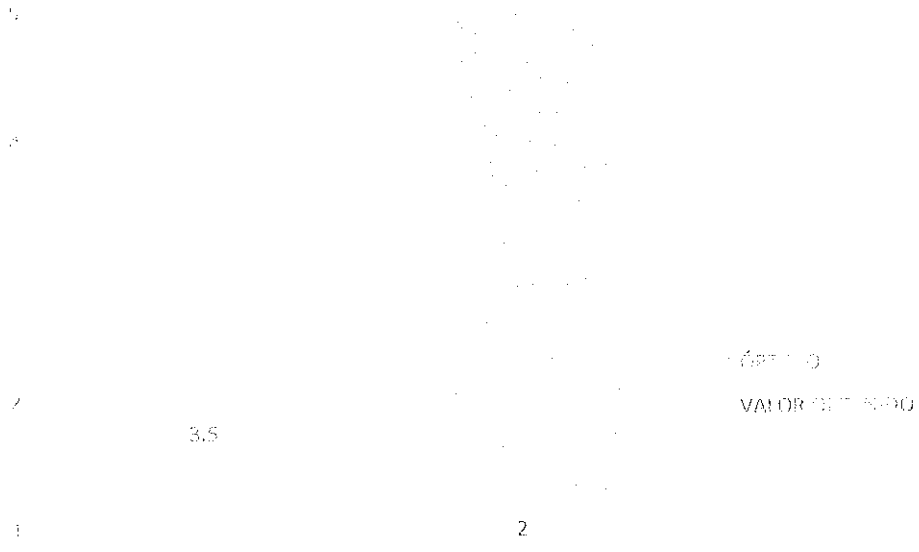
CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTES	PRINCIPIO		INDICE DE MADUREZ
Actividades de supervisión	Principio 16	Evaluación para comprobar el control interno	3.5
	Principio 17	Comunicación de deficiencias de control interno	2
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			2.75

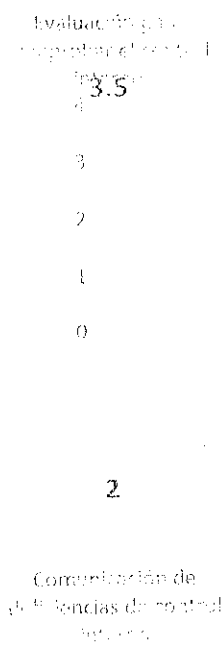


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN



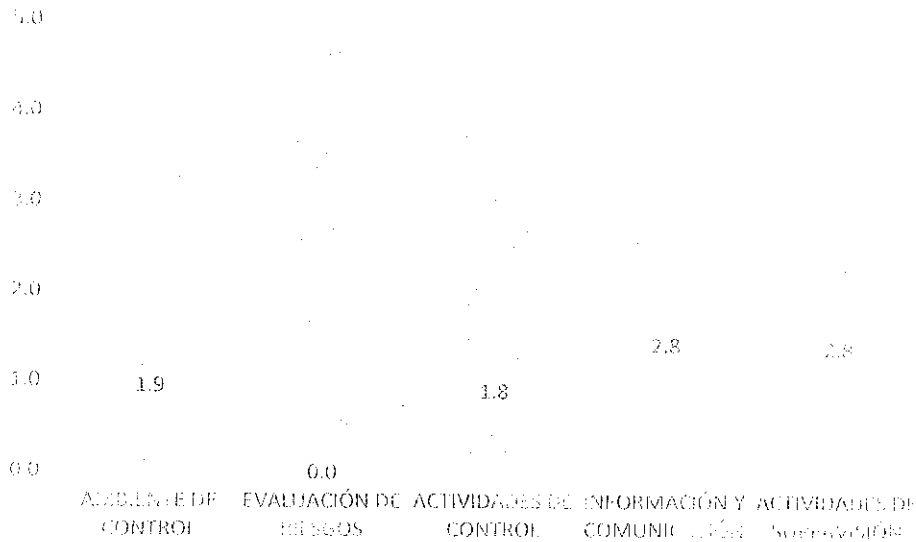
GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 5



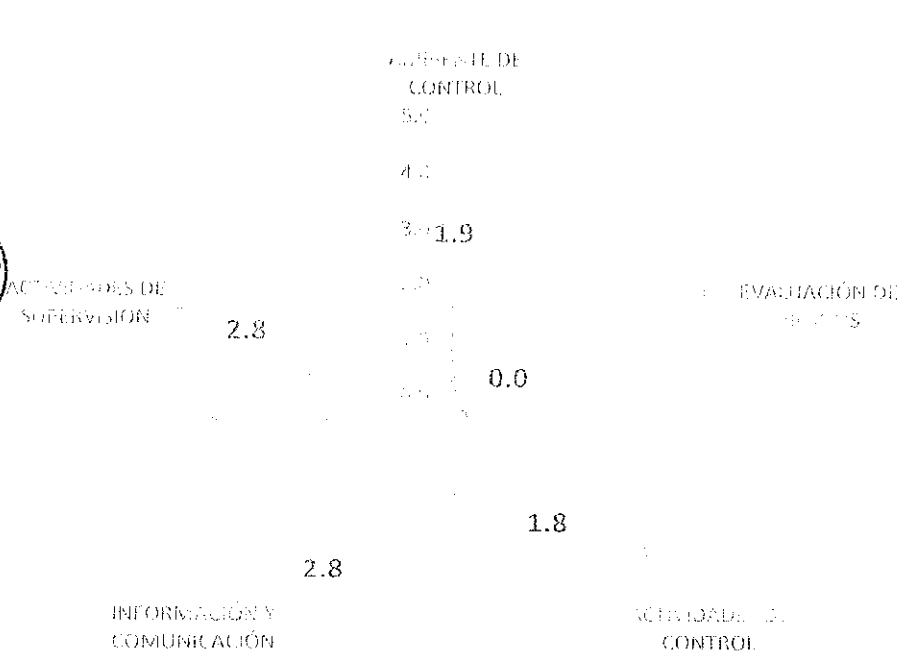
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CUADRO GENERAL DE PROMEDIOS POR COMPONENTES

Componentes	Índice de Promedio de Madurez	% de Nivel de Madurez
Ambiente de Control	1.9	38%
Evaluación de Riesgos	0	0%
Actividades de Control	1.8	36%
Información y Comunicación	2.8	56%
Actividades de Supervisión	2.8	56%
TOTAL MADUREZ ISCI	1.86	37.2%



GRÁFICA DE PROMEDIOS POR COMPONENTES



8. CONCLUSIONES

Como resultado del diagnóstico del sistema de control interno del Hospital Víctor Larco Herrera, se concluye en lo siguiente:

- 8.1 El Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la entidad a permitido identificar algunas brechas, las mismas que se detallan en el numeral 4.4 "Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel institucional" y en el numeral 4.5 "Identificación de brechas a nivel de procesos o unidades orgánicas" del presente informe.
- 8.2 El índice de maduración promedio del sistema de control interno del Hospital Víctor Larco Herrera, según los parámetros de medición contenidos en el Aplicativo de la Contraloría General de la Republica, es de 1.86 que representa el 37.2% de maduración en la implementación del sistema de control interno, lo cual representa un nivel de implementación "INTERMEDIO".

INEXISTENTE	INICIAL	INTERMEDIO	AVANZADO	ÓPTIMO	MEJORA CONTINUA
0%	1%-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%

- 8.3 Los índices de maduración promedio de los Componentes de "Información y Comunicación" y de "Supervisión" son los más desarrollados con un valor promedio de respuesta en ambos casos de 2.8 que representa el 56% de nivel de madurez de implementación del sistema de control interno, que califica como "AVANZADO"; en tanto que el de menor índice y madurez es el que presenta el Componente de "Evaluación de Riesgos" con 0.00%, lo cual indica un nivel de implementación "INEXISTENTE".
- 8.4 La percepción sobre la implementación del sistema de control interno del personal encuestado, es del 44%.
- 8.5 La entidad muestra compromiso con la implementación del sistema de control interno, conforme se desprende de la actitud y facilidades brindadas por los funcionarios y servidores de la Alta Dirección, vinculados con el proceso de implementación del sistema de control interno.
- 8.6 La entidad muestra el componente "Evaluación de Riesgos" con el índice menos desarrollado, al no contar con el órgano responsable de dirigir y monitorear los riesgos operacionales identificados y valuados por las respectivas unidades orgánicas o coordinadores de procesos en cuanto a su incidencia en la entidad de producirse tales eventos; emitir los documentos de gestión, políticas y manual de evaluación de riesgos, entre otros.
- 8.7 La entidad no ha desarrollado normas sobre el Componente Supervisión respecto de la prevención y monitoreo, que evidencia la autoevaluación

de la gestión, ni cuenta con registros de deficiencias detectadas, salvo las que se refieren al seguimiento de la implementación de recomendaciones de los informes de auditoría que obedece a normas dispuestas por la Contraloría General de la República.

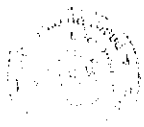
9. RECOMENDACIONES

- 9.1 Formular el Plan de Trabajo para el cierre de brechas identificadas en el informe de DIAGNÓSTICO del Sistema de Control Interno, detalladas en el numeral 4.4 y 4.5 del presente informe, asignando la responsabilidad de su implementación por órgano competente e incorporarlas en sus respectivos planes operativos para la asignación presupuestal que requiera.
- 9.2 Fortalecer las acciones de sensibilización y capacitación del personal de la entidad en control interno, para fortalecer la comprensión e importancia de la implementación del sistema de control interno.
- 9.3 Realizar campañas de difusión sobre los avances de la implementación del sistema de control interno.
- 9.4 Realizar las acciones de sensibilización y capacitación del personal del Hospital sobre gestión de riesgos operacionales en la Entidad.
- 9.5 Impulsar las acciones para la implementación del órgano responsable de dirigir y monitorear los riesgos operacionales de procesos, actividades y tareas críticos, que las unidades orgánicas o coordinadores de procesos determinen en el ámbito de su competencia, proponiendo para su aprobación los documentos de gestión, políticas y manual de evaluación de riesgos, entre otros.
- 9.6 Continuar con el proceso de implementación de los documentos de gestión institucional, y normativos para el fortalecimiento de los componentes del sistema de control interno.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ANEXO

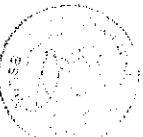


COMPONENTES Y PRINCIPIOS COMPARADAS CON LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO RC 320-2006-CG

COMPONENTES	PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	NORMAS DE CONTROL INTERNO (2006)
Ambiente de Control	Principio 1: La Entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos	1. Filosofía de la Dirección
	Principio 2: La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del control interno	2. Integridad y valores éticos
	Principio 3: La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas.	3. Administración Estratégica
	Principio 4: La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes	4. Estructura organizacional
	Principio 5: La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno	5. Administración de los recursos humanos
	Principio 6: La entidad define los objetivos con suficiente claridad para la identificación y evaluación de los riesgos relacionados	6. Competencia profesional
	Principio 7: La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar	7. Asignación de autoridad y responsabilidad
	Principio 8: La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la	8. Organismo de Control Institucional
Evaluación de Riesgos	1. Planeamiento de la administración de riesgos	1. Planeamiento de la administración de riesgos
	2. Identificación de los riesgos	2. Identificación de los riesgos
	3. Valoración de los riesgos	3. Valoración de los riesgos
	4. Respuesta al riesgo	4. Respuesta al riesgo



	<p>consecución de los objetivos</p> <p>Principio 9: La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno</p>	
<p>1. Procedimientos de autorización y aprobación</p> <p>2. Segregación de funciones</p> <p>3. Evaluación costo - beneficio</p> <p>4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos</p> <p>5. Verificaciones y conciliaciones</p> <p>6. Evaluación de desempeño</p> <p>7. Rendición de cuentas</p>	<p>Principio 10: La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables</p>	
<p>10. Controles para las tecnologías de la información y comunicaciones</p>	<p>Principio 11: La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.</p>	<p>Actividades de Control</p>
<p>8. Documentación de procesos, actividades y tareas</p> <p>9. revisión de procesos, actividades y tareas</p>	<p>Principio 12: La entidad despliegue las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de control interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.</p>	
<p>1. Funciones y características de la información</p>	<p>Principio 13: La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno</p>	<p>Información y Comunicación</p>
<p>2. Información y responsabilidad</p>		
<p>3. Calidad y suficiencia de la información</p>		



		4. Sistemas de información 5. Flexibilidad al cambio 6. Archivo institucional
	Principio 14: La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el SCI. Principio 15: La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno. Principio 16: La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento Principio 17: La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo a la alta dirección	7. Comunicación interna 9. Canales de comunicación 8. Comunicación externa A. Actividades de prevención y monitoreo B. Seguimiento de resultados C. Compromisos de mejoramiento
Actividades de supervisión		

