



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



**UNIDAD EJECUTORA 400**

**OFICINA DE OPERACIONES SALUD BAJO MAYO**

**UE 400 OOSMB**

**INFORME FINAL DEL  
DIAGNÓSTICO PARA  
IMPLEMENTACIÓN DEL  
SISTEMA DE CONTROL  
INTERNO**

JULIO 2018

**INFORME FINAL DEL DIAGNÓSTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN  
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA  
UNIDAD EJECUTORA 400: OFICINA DE OPERACIONES DE SALUD  
BAJO MAYO (U.E. 400 OOSBM)**

**INDICE**

	<u>Pág.</u>
1. ANTECEDENTES .....	3
1.1. Origen .....	3
1.2. Alcance .....	4
2. BASE LEGAL .....	4
3. OBJETIVO .....	4
4. ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	5
4.1. Actividades previas .....	5
4.2. Recopilación de información.....	6
4.3. Análisis de información .....	26
4.4. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de entidad.....	57
4.4.1. Componente: Ambiente de control.....	59
4.4.2. Componente: Evaluación de riesgos.....	61
4.4.3. Componente: Actividades de control gerencial.....	62
4.4.4. Componente: Información y comunicación .....	63
4.4.5. Componente: Supervisión .....	64
5. ASPECTOS A IMPLEMENTAR .....	65
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67

# **INFORME FINAL DEL DIAGNÓSTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA UNIDAD EJECUTORA 400: OFICINA DE OPERACIONES DE SALUD BAJO MAYO (U.E. 400 OOSBM)**

## **1. ANTECEDENTES**

### **1.1. Origen**

El diagnóstico es un medio de análisis para determinar el estado situacional actual de la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) con respecto a las Normas de Control Interno (NCI), por lo que el presente diagnóstico permitirá a la entidad adoptar las acciones os para dar inicio a la Etapa III “Elaboración del Plan de Trabajo Cierre de Brechas” y posteriormente a la fase de Ejecución de la implementación del SCI.

Las NCI constituyen lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación y regulación del control interno en las direcciones y procesos de los órganos de línea, apoyo y estratégicos de las entidades, incluidas las relativas a la gestión de riesgos, valores éticos, gestión de procesos, resultados, etc., entre otras. La Contraloría General de la República, las ha emitido con el propósito de promover una sana administración de los recursos públicos en las entidades del Estado, cuyo cumplimiento se encuentra a cargo de los titulares, funcionarios y servidores de cada entidad, según su competencia.

Según el marco conceptual de las NCI, se define el control interno como: “Un proceso integral efectuado por el titular, funcionarios y servidores de una entidad, se encuentra diseñado para enfrentar a los riesgos y para dar seguridad razonable de que en la consecución de la misión de la entidad se alcanzarán los objetivos del control interno” (Artículo 4 de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado).

- a. Promover la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad, así como la calidad de los servicios públicos que presta.
- b. Cuidar y resguardar los recursos y bienes del Estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales, así como en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudiera afectarlos.
- c. Cumplir la normatividad aplicable a la entidad y a sus operaciones.
- d. Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información
- e. Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales.
- f. Promover el cumplimiento de los funcionarios o servidores públicos de rendir cuentas por los fondos y bienes públicos a su cargo o por una misión u objetivo encargado y aceptado.

El SCI es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos institucionales que procura.

Los componentes del SCI son cinco (05):

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

Según la Guía para implementar el SCI se requiere que las entidades del Estado realicen las siguientes tres (03) fases:

1. Planificación;
2. Ejecución; y,
3. Evaluación.

A la fecha se ha desarrollado la **ETAPA I Acciones preliminares** de la **FASE PLANIFICACION**, así también el diagnóstico del estado situacional actual del SCI se desarrolla en apoyo al CCI UE. 400 - OOSBM en la implementación del SCI de la UE. 400 – OOSBM, en la ejecución de actividades correspondiente a la **ETAPA II Identificación de brechas** de la **FASE PLANIFICACION** establecidas por la Directiva N° 013-2006-CG/GPROD., así como en la "**Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado**".

## 1.2. Alcance

El presente Diagnóstico del SCI de la UE. 400 - OOSBM, se ha realizado a nivel institucional, incluyendo sus 4 redes de salud, tomando en cuenta las políticas, estrategias y planes estratégico y operativo, identificando las brechas que existen en el criterio normativo y buenas prácticas aplicables a la gestión o lo planificado en los instrumentos de gestión, con la situación encontrada en la entidad respecto a los componentes del SCI.

## 2. BASE LEGAL

- J Constitución Política del Perú
- J Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- J Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado del 17/04/2006, publicado el 18/04/2016.
- J Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG del 30/10/2006 publicado el 03/11/2006, aprueba las Normas de Control Interno de las Entidades del Estado.
- J Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG del 28/10/2008 publicado el 30/10/2008, que aprueba la primera "**Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado**".
- J Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado del 29/01/2002 publicado el 30/01/2002.
- J Ley N° 29743 publicado el 09/07/2011, que modifica el Artículo 10 de la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- J D.S. N° 004-2013-PCM del 09/01/2013, que aprueba la **Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública**.
- J Documento de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM "Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública".
- J Ley N° 30372, Ley de Presupuesto del Año Fiscal 2016, que en su Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final establece la implementación obligatoria del Sistema de Control Interno (SCI) en las Entidades del Estado.
- J Resolución de Contraloría General N° 149-2016-CG de 14/05/2016, que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "**Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado**", la misma que establece disposiciones específicas y plazos para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de Presupuesto del Año Fiscal 2016.
- J Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG del 20/01/2017, que aprueba la "**Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado**".
- J Resolución Directoral N° 0927-2017 –D-UE- N°400-OOSBM/SCI del 13 de julio de 2017, se modifica la conformación del Comité de Control Interno de la Oficina de Operaciones Salud Bajo Mayo-U.E.N°400.

## 3. OBJETIVO

Presentar el estado situacional actual del SCI y en base al mismo elaborar el diagnóstico para la implementación del SCI de la UE. 400 - OOSBM, de acuerdo a lo establecido en la Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final de la Ley 30372, Ley de Presupuesto del Año Fiscal 2016 y la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, "Implementación del Sistema de

Control Interno en las Entidades del Estado”; lo que posibilitará fortalecer y/o implementar el SCI de la entidad.

#### 4. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El diagnóstico es un medio de análisis para determinar el estado situacional actual de la implementación del SCI, con respecto a lo establecido en las Normas de Control Interno emitidas y aprobadas por la Contraloría General de la República con la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG., con la finalidad de adoptar las acciones necesarias para reforzar el sistema existente y definir oportunidades de mejora.

##### 4.1. Actividades previas

- a. Suscripción de actas de compromiso institucional por parte del Director Regional y Directivos de la UE. 400 - OOSBM. Así como la suscripción de actas de compromiso individual en la que ratifican y expresan su compromiso y respaldo a la implementación del SCI en la entidad. Acorde al detalle siguiente:

ORDEN	FECHA	CARGO	TIPO DE ACTA
1	28/02/2017	JEFE DEL ÁREA DE PERSONAL	INDIVIDUAL
2	28/02/2017	JEFE DEL ÁREA CONTABILIDAD Y CONTROL PREVIO	INDIVIDUAL
3	28/02/2017	JEFE DEL ÁREA DE LOGISTICA	INDIVIDUAL
4	28/02/2017	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN PRESUPUESTARIA	INDIVIDUAL
5	28/02/2017	JEFE DE LA OFICINA DE OPERACIONES	INDIVIDUAL
6	28/02/2017	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	INDIVIDUAL
7	20/03/2018	DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD EL DORADO	INDIVIDUAL
8	26/03/2018	DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD PICOTA	INDIVIDUAL

- b. Se modificó la conformación del Comité de Control Interno mediante la emisión de la Resolución Directoral N° 0927-2017 –D-UE- N°400-OOSBM/SCI del 13 de julio de 2017, acorde al detalle siguiente:

CARGO	UNIDAD ORGANICA	ROL CCI
TITULARES		
DIRECTOR	UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	PRESIDENTE
DIRECTOR	UNIDAD DE GESTIÓN PRESUPUESTARIA	SECRETARIO TECNICO
DIRECTOR	JEFE ÁREA DE LOGISTICA	MIEMBRO
ASESOR LEGAL	JEFE ÁREA DE ECONOMÍA	MIEMBRO
JEFE	JEFE ÁREA DE PERSONAL	MIEMBRO
SUPLENTE		
DIRECTOR	TESORERO	MIEMBRO
DIRECTOR	SECRETARIO TECNICO	MIEMBRO
DIRECTOR	JEFE ÁREA DE PATRIMONIO	MIEMBRO
JEFE	JEFE ÁREA DE INFORMATICA	MIEMBRO
JEFE	JEFE ÁREA DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MANTENIMIENTO	MIEMBRO

A la fecha de presentación del presente informe, el Comité se encuentra reconfirmado acorde a la designación actual de funcionarios de las mismas unidades orgánicas que conforman el CCI de la UE. 400 - OOSBM.

- c. En Merito a la Resolución Directoral N° 573-2018-D-U.E N° 400-OOSBM DEL 16/04/2018, el presidente del CCI UE. 400 - OOSBM mediante Carta Múltiple N° 001-2018-CCI-OOSBM convocó a los Coordinadores del SCI con el fin de revisar la

propuesta de Programa de Trabajo para realizar el Diagnostico del Sistema de Control Interno de esta entidad y así hacerlos participe del Equipo de Apoyo para la Implementación del SCI de la UE. 400 - OOSBM, conformado por los integrantes siguientes:

NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD ORGANICA
LIC. ADM. LIVIA ARÉVALO RAMÍREZ	ESP. FINANZAS ENCARGADA MEDIDAS CORRECTIVAS
MARY LUZ CISNEROS BARDALES	ÁREA DE ALMACÉN ESPECIALIZADO, COORDINADOR DEL SCI
ROSA JAQUELINE CONSTANTINO VASQUEZ	ÁREA DE ASESORIA LEGAL, COORDINADOR DEL SCI
CESAR AUGUSTO FASANANDO CENEPO	ÁREA DE PATRIMONIO, COORDINADOR DEL SCI
ARMANDO RIOS RODRIGUEZ	ÁREA DE PERSONAL, COORDINADOR DEL SCI
HILDA ZAMORA SANCHEZ	ÁREA DE LOGISTICA, COORDINADOR DEL SCI, COORDINADOR DEL SCI
RAQUEL AREVALO GATICA	UNIDAD DE GESTIÓN PRESUPUESTAL, COORDINADOR DEL SCI

- d. Se realizaron reuniones de trabajo con el **Mg. CPC. Arturo Tercero Paredes Rengifo**, Director de Operaciones de la UE. 400 - OOSBM, en su calidad de Presidente del CCI UE. 400 - OOSBM, a efecto de iniciar las actividades de coordinación y levantamiento de información primero en las Redes de Salud y posteriormente en la Sede de la Entidad, en conformidad a la ejecución del Plan de Trabajo.
- e. Coordinaciones con la Oficina de Control Institucional de la UE. 400 - OOSBM: Se han realizado coordinaciones con la **CPCC. Alexander Ayala Bustamante** en calidad de Secretario Técnico del CCI, a fin de conocer de primera mano y recabar información de lo actuado por la UE. 400 - OOSBM en materia de implementación del Sistema de Control Interno.
- f. Se solicitó al Presidente del **CCI Mg. CPC. Arturo Tercero Paredes Rengifo**, los datos de **Usuario y Contraseña** para acceder al **Sistema de Seguimiento del Sistema de Control Interno de la Contraloría General (SISECI)**, los que fueron generados nuevamente puesto que el presidente no contaba con los mismos por haber asumido funciones en calidad de Administrador de la institución.
- g. Comunicación escrita del 01/12/2017 dirigida al Director de Operaciones de la UE. 400 - OOSBM, a efecto de presentar el Programa de Trabajo para elaboración del Diagnóstico del SCI, que debe ser aprobado mediante acto resolutivo y coordinar el inicio de las actividades para la elaboración de dicho diagnóstico.
- h. Se realizó una breve sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, por grupos al personal que labora dentro de las Redes de Salud de Picota, El Dorado, Lamas y la Red San Martín, todo esto previo a la encuesta.

#### 4.2. Recopilación de información

- a. Se realizó la revisión del marco normativo específico vinculado a la implementación del Sistema de Control Interno.
- b. Se recogieron y copiaron documentos de gestión y directivas internas vinculadas al Sistema de Control Interno.
- c. Se recopilaron y tomaron en cuenta las recomendaciones emanadas de Informes de Auditorías realizada por la OCI de la DIRES correspondientes a los años 2003 al 2010 y de una Acción de Control Simultáneo realizado en el año 2016 y de una Visita Preventiva en el año 2018, así también su respectivo estado situacional y grado de implementación:
  1. Informe N°005-2004-2-0697-DIRES-SM/OCI: Examen Especial a la red de servicios de salud de San Martín, 05 recomendaciones.

RECOMENDACIÓN		ACCIONES REALIZADAS
N	TEXTO	
1	"Disponer las acciones administrativas que permita efectuar la cobranza al personal que fuera beneficiado con el otorgamiento del incentivo no remunerativo de productividad laboral, debiendo resarcir la suma de <b>S/6,170.00</b> al Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos de la dependencia, sin perjuicio de la aplicación de sanciones disciplinarias a personas inmersas en el hecho observado, previo deslinde de responsabilidades funcionales".	1.-Con Of.N°377-2018 a OCI-DIRES del 18-04-2018 se solicita INAPLICABILIDAD enviando como sustento Inf.Legal N°047-2017, 2.-Con Memo.N°1811-2017-UGA-U.E.400-OOSBM del 07-12-2017 se traslada el expediente a Personal para que ST-PAD determine responsabilidades, <u>sin embargo</u> por determinación de la OCI/DIRES los PAD hasta el 2008 estaran a cargo de la DIRES <u>quién hara las RD de Prescripción</u> , como consta en Acta de reunión del 12 de junio de 2018, numeral 1. compromiso de la DIRES.
2	"Disponer las acciones administrativas tendientes a efectuar la cobranza que por un valor de <b>S/ 2,369.09</b> , deberá realizar a los servidores que indebidamente utilizaron el servicio telefónico con llamadas a larga distancia de carácter no oficial, sin perjuicio de la aplicación de sanciones disciplinarias previo deslinde de responsabilidades funcionales"	1.-Con Of.N°377-2018 a OCI-DIRES del 18-04-2018 se solicita INAPLICABILIDAD enviando como sustento Inf.Legal N°047-2017, 2.-Con Memo.N°1811-2017-UGA-U.E.400-OOSBM del 07-12-2017 se traslada el expediente a Personal para que ST-PAD determine responsabilidades, <u>sin embargo</u> por determinación de la OCI/DIRES los PAD hasta el 2008 estaran a cargo de la DIRES <u>quién hara las RD de Prescripción</u> , como consta en Acta de reunión del 12 de junio de 2018, numeral 1. compromiso de la DIRES.
3	"Disponer las acciones administrativas que permita efectuar la cobranza de <b>S/1,511.00</b> , suma que deberán resarcir a la dependencia los servidores que fueron beneficiados con el otorgamiento de consumo de alimentos y bebidas gasificadas, debiendo en lo sucesivo implantar medidas de austeridad y racionalidad en el gasto, que posibilite asegurar el uso eficiente, eficaz y transparente en la ejecución de compromisos en el citado rubro".	1.-Con Of.N°377-2018 a OCI-DIRES del 18-04-2018 se solicita INAPLICABILIDAD enviando como sustento Inf.Legal N°047-2017
4	"Disponer las acciones administrativas que permita exigir a los servidores inmersos en el acto observado la devolución de la suma de <b>S/. 230.00</b> producto del pago indebido efectuado por alquiler de inmueble para el Director Ejecutivo, debiendo resarcir dicho importe a la dependencia".	1.-Con Of.N°1230-2017 del 15-12-2017 se traslada el expediente a la Procuraduría para su recupero.
5	"Disponer las acciones administrativas orientadas a exigir la devolución de <b>S/7 216.36</b> al personal revelado en la Observación N°5, que indebidamente percibió sus haberes mensuales, a pesar de participar como candidatos durante el proceso electoral municipal llevado a cabo en noviembre del 2002, debiendo resarcir los fondos al Tesoro Público".	1.-Con Of.N°1230-2017 del 15-12-2017 se traslada el expediente a la Procuraduría para su recupero.RECUPERADO s/6,832.19,POR RECUPERAR s/.384.17 Jorge Luis Sánchez Fasabi desde 01-03-2008 cesado por incapacidad-RD N°246-2008-DIRES-SM/DEG- RR-HH, la resolución es posterior al cese

2. Informe N°2-0697-2009-003-DIRES-SM/OCI: Examen Especial a la red de servicios de salud de San Martín, 02 recomendaciones.

RECOMENDACIÓN		ACCIONES REALIZADAS
N°	TEXTO	
1	“Disponer que a través de la Oficina Ejecutiva de Administración de la entidad, se sirva adoptar las acciones administrativas orientadas a formular en coordinación con la Dirección de la dependencia examinada la suscripción de un acta de compromiso que permita calendarizar la devolución de los incentivos percibidos indebidamente por los servidores por el valor de <b>S/. 17,678.00</b> , sin perjuicio que lo actuado se derive a la Comisión Especial y Permanente de Procesos Administrativos y Disciplinarios para que califique y se pronuncie respecto a la responsabilidad funcional incurrida por el personal inmerso en el hecho observado; de persistir la negativa, deberá derivarse a la Oficina de Asesoría Jurídica para que inicie las acciones legales respectivas”.	1.-Con Oficio N°0772-DE-U.E.N°400-OOSBM-2014 del 30-07-2014 se deriva informe de Auditoría a la DIRES para implementar la parte de determinación de responsabilidad Administrativa. 2. Con Nota de Coordinación N°034-2018 del 13 de junio de 2018 la UGA solicita opinión legal, por cuanto el personal no acepta el pago indebido.
2	“Disponer que la Oficina Ejecutiva de Administración de la entidad en coordinación con la Dirección de la Red de Salud San Martín, adopte las acciones administrativas que conlleve a formular la suscripción de un acta de compromiso que posibilite calendarizar la devolución de fondos que por el valor de <b>S/. 7,903.50</b> , deberá resarcir el personal que participara en dichos eventos, sin perjuicio que lo actuado se derive a la Comisión Especial y Permanente de Procesos Administrativos y Disciplinarios para que califique y se pronuncie respecto a la responsabilidad funcional incurrida por el personal inmerso en el hecho observado; de persistir la negativa, deberá derivarse a la Oficina de Asesoría Jurídica para que inicie las acciones legales respectivas”.	1.-Con Oficio N°0772-DE-U.E.N°400-OOSBM-2014 del 30-07-2014 se deriva informe de Auditoría a la DIRES para implementar la parte de determinación de responsabilidad Administrativa. 2. Con Nota de Coordinación N°034-2018 del 13 de junio de 2018 la UGA solicita opinión legal, por cuanto el personal no acepta el pago indebido y además la OCI no individualiza a los beneficiarios solo registra el nombre del proveedor y monto de lo "consumido" y /o pagado.

3. Informe N°005-2009-2-0697-DIRES-SM/OCI: Examen Especial a la Oficina de Economía de la U.E.400-Salud San Martin, 02 recomendaciones.

RECOMENDACIÓN		ACCIONES REALIZADAS
N°	TEXTO	
1	“Disponer que a través de la Oficina Ejecutiva de Administración de la entidad, se sirva adoptar las acciones administrativas orientadas a formular la suscripción de un acta de compromisos que permita calendarizar la devolución de los incentivos percibidos indebidamente por un valor de <b>S/ 53,600</b> , que deberá resarcir el personal beneficiado sin perjuicio que lo actuado se derive a la Comisión de Procesos Administrativos Disciplinarios para que califique y se pronuncie respecto a la responsabilidad funcional incurrida por el personal inmerso en el hecho observado. En caso de no ser posible la recuperación de los recursos económicos en la vía administrativa, la oficina de Asesoría Jurídica de la entidad, deberá iniciar las acciones legales pertinentes”	1.- Con Oficio N°0774-DE-U.E.N°400-OOSBM-2014 del 30-07-2014 se deriva informe de Auditoría para implementar la parte de determinación de responsabilidad Administrativa. 2.-Con Oficio N°0776-DE-U.E.N°400-OOSBM-2014 del 30-07-2014 se deriva informe de Auditoría para su implementación en la parte de su competencia a la Dirección de la Oficina de Operaciones de Servicio de Referencia Regional. 3.-Con Nota de Coordinación N°036-2018 del 20 de junio de 2018 la UGA deriva el Informe N°005-2009 para su opinión legal por cuanto la mayoría de personal no acepta el pago indebido de incentivos.
2	“Disponer que a través de la Oficina Ejecutiva de Administración de la entidad, se sirva adoptar las acciones administrativas orientadas a formular un cronograma de pagos que permita calendarizar la devolución de los fondos por conceptos de viáticos en misión de servicios cancelación en excesos por un valor de <b>S/ 3,645.00</b> , que deberá resarcir el personal comisionado, sin perjuicio que lo actuado se derive Comisión de Procesos Administrativos Disciplinarios para que califique y se pronuncie respecto a la responsabilidad funcional incurrida por el personal inmerso en el hecho observado”.	1.-Con Nota de Coordinación N°036-2018 del 20 de junio de 2018 la UGA deriva el Informe N°005-2009 para su opinión legal por cuanto la mayoría de personal no acepta el pago indebido de viáticos. ANEXO N°04 DEVOLVIERON :ELSA CABRERA REATEGUI S/135, MARIA A. DEL AGUILA DE SANTISTEBAN S/45, NEPTALI SANTILLAN RUIZ S/180 Y MARIELA VASQUEZ VILLACORTA S/45 que hace un total de S/.405.00, QUEDANDO UN SALDO POR RECUPERAR DE S/.3,240.00

4. Con Memorando N°1963-2017-DIRES/SM, la DIRES nos alcanza el Informe de Acción Simultánea N°003-2016-OCI/DIRES-SM.



**Informe de Control Simultáneo N°003-2016-OCI/DIRES-SM**

<b>Riesgo</b>	<b>Acciones adoptadas para el</b>	<b>Acciones por adoptar para el tratamiento del riesgo</b>
1)Al existir irregularidades en la programación y requerimientos, se ha generado, a que vayan ha adquirir algunos medicamentos en sobre stock y con el consecuente riesgo de vencimiento y perdida económica del estado	Memorando N°548-2017 a UGP y Memorando N°548-2017 a Almacen Especializado ambos del 02-10-2017 se ordena su implementación.	1.Reiterar con documento oficial a la DIRES - DESI - GESTION DE MEDICAMENTOS , que en la Programación de productos farmaceuticos, dispositivos medicos y productos sanitarios y afines debe participar el equipo tecnico del almacen especializado Regional - UE N° 400 - OOSBM, Logistica y UGP y Responsables de Medicamentos de las Redes de Salud
		2.Adaptar la R.M. N° 1753-2002-SA/DM.- Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED , a la realidad regional tomando como referencia el perfil epidemiológico y consumos históricos en los casos que le sean aplicados
		3.Elaborar un Plan de capacitación con acompañamiento de la DIRES y el equipos tecnicos de almacen especializado, logistica y presupuesto, y desarrollarlo en cada Red de Salud con la participación de los encargados de las Farmacias de los EE.SS.
		4.Socializacion y validación de la Directiva N° 001-2017-AE-UE N° 400 V.01 "Directiva para la Programación de Productos Farmaceuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en los establecimientos de Salud UE N° 400-OOSBM"y de la Directiva N° 002-2017-AE-UE N° 400 V.01 "Directiva para la Contratación de Productos Farmaceuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en los establecimientos de Salud UE N° 400-OOSBM"
		5.Elaboración del Asis 2016

**Informe de Control Simultáneo N°003-2016-OCI/DIRES-SM**

<b>Riesgo</b>	<b>Acciones adoptadas para el</b>	<b>Acciones por adoptar para el tratamiento del riesgo</b>
2)La entidad al no contar con la disponibilidad financiera, para cumplir con las obligaciones que contrajeran por la compra regional periodo 2016, traería como consecuencia incumplimiento de contratos y demandas judiciales de los proveedores a la entidad, así mismo no se cumpliría con la entrega de medicina a los almacenes especializados de medicamentos y abría desabastecimiento en los centros, puestos de salud de la provincia de San Martín.	Memorando N°548-2017 a UGP y Memorando N°548-2017 a Almacen Especializado ambos del 02-10-2017 se ordena su implementación.	1.Elaborar un Plan de Cobranza, de deudas pendientes de pago correspondiente a las unidades ejecutoras a quienes se abastece con medicamentos e insumos médico quirurgicos.Y enviar este Plan a la DIRES para que haga cumplir con los pagos de las Redes de Salud que no estan dentro de la jurisdicción de la U.E. N°400
		2.Gestionar ante la DIRES el pago oportuno del consumo mensual de Medicamentos e insumos por parte de las Redes de Salud que dependen económicamente de otras U.E.
		3.Elaborar un Diagnostico de los niveles de Stock y vida util de cada uno de los productos farmaceuticos, dispositivos medicos y productos sanitarios y afines al 100% de establecimientos, almacenes de Redes y almacen especializado
		4.Estimar las necesidades de manera integral de los productos farmaceuticos, dispositivos medicos y productos sanitarios y afines, al cierre de mes de marzo de cada año, con la finalidad de garantizar la certificacion presupuestal, prevision presupuestal por toda fuente de financiamiento.
		5.Consolidar las estimaciones de medicamentos e insumos asignando los presupuestos por fuente de financiamiento y tipo de adquisiciones antes de la Programación y Formulación Presupuestal.

Así como también se acopiaron las actividades propias para la subsanación de observaciones y el estado en que se encuentran:

SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN DE ACUERDO A PLAZOS-RECOMENDACIONES DIRES			
INFORME N°	RECOMENDACIÓN N°	ESTADO	OBSERVACIÓN
005-2004-2-0697 : E.E. A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD SAN MARTIN	1	EN PROCESO	SE SOLICITÓ INAPLICABILIDAD y PAD
	2	EN PROCESO	SE SOLICITÓ INAPLICABILIDAD y PAD
	3	EN PROCESO	SE SOLICITÓ INAPLICABILIDAD
	4	EN PROCESO	ESTA EN LA PROCURADURÍA
	5	EN PROCESO	ESTA EN LA PROCURADURÍA
003-2009-2-0697 : E.E. A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD SAN MARTIN-NOVIEMBRE 2010	1	EN PROCESO	OPINIÓN LEGAL
	2	EN PROCESO	
005-2009-2-0697 E.E. A LA OFICINA DE ECONOMÍA DE UE 400 SALUD SAN MARTIN-NOVIEMBRE 2010	1	EN PROCESO	OPINIÓN LEGAL
	2	EN PROCESO	
TOTAL RECOMENDACIONES		9	

#### SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES POR RIESGOS ENCONTRADOS

INFORME N°	RIESGO	RECOMENDACIÓN	ESTADO	RESPONSABLES
Control Simultáneo N°003-2016-OCI/DIRES-SM	1	1	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		2	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		3	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		4	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		5	PENDIENTE	INT.SANITARIA
	2	1	EN PROCESO	UGP
		2	EN PROCESO	UGP
		3	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		4	EN PROCESO	ALMACEN ESP.
		5	EN PROCESO	UGP
TOTAL		10		

- d. Se recopilaron y tomaron en cuenta las recomendaciones emanadas de Informes de Auditorías en este caso del Órgano de Control Institucional del Gobierno Regional de San Martín y su respectivo estado situacional y grado de implementación:
1. Con Memorando N°055-2016-GRSM/GR, sobre Informe 066-2014-3-0392 resultado de Exámenes Especiales realizados al Gobierno Regional de San Martín.

#### INFORME LARGO N°066-2014-3-0392 (GORESAM)

##### "EXAMEN FINANCIERO PRESUPUESTAL EJERCICIO ECONÓMICO 2013"

REC N°	DETALLE DE LA RECOMENDACIÓN	Acciones realizadas
2	LOS FUNCIONARIOS Y/O ENCARGADOS DE LA SEDE CENTRAL Y DE LAS UNIDADES EJECUTORAS DEL PLIEGO DEL GRSM, EXIJA AL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, PARA QUE DEN MAYOR IMPULSO EN LA CONSOLIDACIÓN DEL SCI DEL GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN, DEBIENDO ELABORAR UN CRONOGRAMA SOBRE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LAS FASES DE PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL SCI; A EFECTOS DE MEJORAR PROGRESIVAMENTE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y DE CADA INSTITUCIÓN, AL SER TODOS LOS SERVIDORES PARTE DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL".	Con Of.N°273-2018 del 15 marzo 2018 se envía a la OCI-GRS el avance de la implementación:1)Informe sobre los avances (anexo N°4);2)Acta de compromiso del Titular y la Alta Dirección;3)R.D. conformación de Comité implementados del SCI;4)Reglamento del Comité y su R.D aprobación;5) acta de Instalación del Comité;6)Libro de Actas del CCI;7)Plan de sensibilización y capacitación en control interno, con cuya ejecución culmina la etapa del proceso de Implementación.

2. Memorandum Múltiple N°1674-2016-DOS.S-DG-DIRES/SM y Memo Múltiple N°1675-2016-DOS.S-DG-DIRES/SM la DIRES que adjunta el Informe N°012-2014-2-5351.

**INFORME N°012-2014-2-5351**

EXAMEN ESPECIAL AL GRSM "PROCESO DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE U.E DE SALUD BAJO MAYO Y ALTO HUALLAGA". Periodo año

REC	DETALLE DE LA RECOMENDACIÓN	Acciones realizadas
3	Disponer <u>el inicio de las acciones administrativas</u> y/o legales para el recupero de S/.9,160.00 que corresponde a las penalidades dejadas de cobrar a Clinic Medic Equipmet SAC, por incumplimiento en el plazo de entrega de los bienes relacionados al proceso de ADS 007.	<p>1) Of.N°828-2017 del 25 agosto 2017 se envia a la OCI-GRSM la carta del 14-08-2017 dirigida a Clinic Medic.</p> <p>2) Of.N°944-2017 del 29 set.2017 se alcanza al OCI-GRSM la respuesta de Clinic Medic.;</p> <p>3)Of.N°351-2018 se envia a la OCI-GRSM el 11 abril 2018 las opiniones legales(2) que concluyen que necesitan el expediente para poder una opinión definitiva.</p> <p>4)Con Informe N°005-2018 de Log, comunican que no cuentan con la documentación requerida por la Asesoría Legal.</p> <p>5) Of.N°659-2018 del 18 de junio de 2018 se solicita a la OCI-GRSM el Informe N°012-2014-2-5351 para la ST-PAD pueda determinar responsabilidades.</p>

3. Memorando N°006-2017-GRSM/GR expediente N° 1521857 el GRSM hace llegar INFORME N°010-2016-2-5351, para la implementación de recomendaciones N° 7 y 10 resultado de la Auditoría de cumplimiento.

**INFORME N°010-2016-2-5351**

AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN-U.E.SALID BAJO MAYO: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS. Periodo año 2014 y 2015

REC N°	DETALLE DE LA RECOMENDACIÓN	Acciones realizadas
7	Disponer que la Oficina de Operaciones Salud Bajo Mayo, adopte las acciones administrativas para el deslinde de responsabilidades e iniciar las acciones necesarias para el recupero de los importes consignados respecto de los medicamentos vencidos.	La ST determinó responsabilidades y hace algunas precisiones mediante Informe N°015-2017-ST-UE-400-OOSBM del 22 de junio de 2017.El Memo N°006-2017-GRSM/GR en su antepenúltimo párrafo dispone que la Entidad debe inhibirse de que la ST realice acciones destinadas a deslinde de responsabilidades. <u>Sin embargo en visita de seguimiento del 21 de noviembre según Acta del mismo día la OCI/GRSM aclara que se refiere a los funcionarios que están comprendidos en el anexo N°2.SE ESPERA ACTUACIÓN DE LA ST-PAD</u>
10	Disponer que las Redes de Salud en coordinación con los establecimientos de salud se realicen las medidas pertinentes, con el objeto de presentar la documentación para la renovación de las categorías; incluso, que el área competente verifique que cada establecimiento de salud cuente con las condiciones normadas para cada categoría, a fin de obtener la renovación o subir de categoría.	<p>1.Con Of. N° 622 -2017-D-U.E.N°400-OOSBM/UGA del 27-06-2017 dirigido a la OCI-GRSM se implementa en lo que es de nuestra competencia, para lo cual se adjunta el OF.N°027 del 20 de junio 2017 de la Red de Salud San Martin y documentos sustentatorios.</p> <p>2. El Email del 23 de set 2017 la CPC Sonia de Aguila Mas hace conocer que la recomendación N°10 sigue como en Proceso por no haber culminado la Categorización de los EE.SS. de la Red San Martin se dará como implementada cuando los EE.SS cuenten con la R.D.</p> <p>3.Con Oficio N°1249-2017 del 19 de diciembre 2017 se remite al OCI/GRSM el avance de la implementación.</p> <p>4.Con Oficio N°443-2018 del 08 de mayo 2018 se remite al OCI/GRSM documentos de las observaciones encontradas por el equipo evaluador de la DIRES como avances de la implementación .</p>

4. Informe de Alerta de Control N°012-2016-GRSM/OCI-2-5351-ALC de 6 de diciembre de 2016.

INFORME DE ALERTA DE CONTROL N°012-2016-GRSM/OCI-2-5351-ALC

ASPECTO RELEVANTE	EFFECTO	ACCIONES REALIZADAS
1.El Área de Logística de la U.E.400-OOSBM-Tarapoto, realizó cotizaciones y adquirió dos(2) Centrifugas para Hematocrito Digital de 24 capilares con especificaciones técnicas distintas a las presentadas por el area usuaria.	La situación antes expuesta, afecto el correcto desarrollo del proceso de adquisición, al incumplir los procedimientos y lineamientos que rigen las adquisiciones, asimismo originó que se adquiriera un bien distinto al solicitado poe el Área usuaria,ocacionando la devolución por una de las partes y el potencial deterioro del equipo por la no utilización.	1.Memorando N°010-2018-UGA-U.E.400-OOSBM del 12-01-2018 la Administración (UGA) Dispone a Logistica implementar con medidas correctivas que correspondan,y alcanza algunas medidas a considerar.
2.La U.E.400-OOSBM-Tarapoto, recepcionó y pago equipos de laboratorio (Centrifuga) fuera del plazo previsto en la O/C, sin aplicar las penalidades por retraso injustificado, por no estar previsto dentro de las condiciones contractuales.	Lo descrito ha generado que no se haya atendido oportunamente el requerimiento del área usuaria, y que no se aplique las penalidades por retraso injustificado, generando perjuicio a la Entidad.	2. Con Oficio N°447-2018-UE N°400-OOSBM/ST del 08 de mayo 2018 se hace conocer a la OCI/GRSM el avance de implementación
3.La U.E.400-OOSBM-Tarapoto, efectuó la adquisición de dos(2) Centrifugas para Hematocrito Digital de 24 capilares sin cautelar la debida utilización racional y austera de los recursos públicos, lo que conllevó al probable perjuicio económico de 4,780.00 por la adquisición de bienes innecesarios.	Lo antes expuesto generó que la Entidad no garantice la efectiva y oportuna satisfacción del interés público, bajo condiciones de calidad y con el mejor uso de los recursos publicos,con el probable perjuicio a la Entidad por el monto total de la adquisición S/.4,780.00 por constituirse innecesarios.	3.Memorando N°939-2018-UGA-U.E.400-OOSBM del 13-06-2018 la Administración (UGA) reitera a Logistica el cumplimiento de implementar la Alerta de Control.

5. Informe de Alerta de Control N°002-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC

INFORME DE ALERTA DE CONTROL N°002-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC

ASPECTO RELEVANTE	RECOMENDACIONES	Acciones realizadas
Condiciones inadecuadas del Almacen Especializado de la Oficina de Operaciones Salud Bajo Mayo, generó el incumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos.	Aprobar el presente Informe y hacer de conocimiento de la Entidad los indicios de irregularidad identificados como resultado del servicio de atención de denuncias, con la finalidad de se disponga e implemente las medidas correctivas que correspondan, sean estas de caracter administrativo o legal, en el marco de sus responsabilidades relacionadas al ejercicio de control interno establecidos en el articulo 6° de la Ley N°28716 y el articulo 7° de la Ley N°27785	1.-Se remitió Anexo N°2 Plan de Acción a la Gerencia General Of.N°313-2017-D-UE.N°400-OOSBM/AE del 17-03-2017 con atención a la DIRES; 2.El jefe de Infraestructura y mantenimiento hace conocer verbalmente la recepción del expediente completo del Perfil Técnico para el Mejoramiento de la Infraestructura del Almacen Especializado, que después de la revisión conjunta con la responsable del Almacen Especializado fue observado, estando el proveedor en este momento levantando las observaciones. 3.-La jefatura de la UGA con Memo N°789-2018 del 24-05-2018 deriva copia del Informe Alerta de Control N°002-2017 de la OCI/GRSM para que a través de la ST determine responsabilidades. 4.- Con Of N°567-2018-D-U.E N°400-OOSBM del 25 -05-2018 se hace llegar a la OCI/GRSM el avance de la Implementación.

6. Informe de Alerta de Control N°010-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC.

**INFORME DE ALERTA DE CONTROL N°010-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC**

ASPECTO RELEVANTE	RECOMENDACIONES	ACCIONES REALIZADAS
1) Se ejecuto partidas en el EE.SS. Sin que estas se encuentren de acuerdo a lo establecido en el D.S N°258-2015-EF, lo que ocasionó la afectación del principio de eficiencia y perjuicio económico a la Entidad por S/.5,485.00;(C.S.I-3 Shamboyacu).	De acuerdo al análisis efectuado en la presente Opinión técnica, se considera pertinente Recomendar, que la Entidad implemente las acciones administrativas y legales correspondientes, respectos a los funcionarios señalados en la observación, reveladas en esta Opinión técnica.	1) Con Memorando N°011-2018 del 12 enero 2018 la Administración ordena a Logística la implementación de medidas para mitigar los riesgos encontrados; alcanza algunas consideraciones. 2) La ST con Inf. N°014-2017 del 19-06-2017 determina responsabilidad de inicio de PAD para el Jefe del Area de Infraestructura y de posible responsabilidad del jefe de la Red De Salud Picota y este documento es enviado a la OCI/GRSM mediante Of. N°599-2017-D-U.E.N°400-OOSBM/UGA del 21-06-2017 y el expediente completo se envia a la DIRES con el Of N°597-2017-UE N°400-OOSBM del 22-06-2017 para accionar en lo que es de su competencia. 3) El Jefe de Personal de la OOSBM mediante Carta N°059-2018-UGA/PERS-I.E.400-OOSBM del 15-05-2018 y Cedula de Notificación N°001-2018-UGA/PERS-U.E.400-OOSBM del 15-05-2018 hace conocer al jefe de infraestructura de ese entonces recepciona el inicio de Proceso Administrativo Disciplinario. 4) Con Oficio N°569-2018 del 25-05-2018 se comunica a la OCI/GRSM del avance de la implementación. 5. La Administración mediante Memorando N°940-2018 del 13 de junio 2018 reitera al jefe de Logística el cumplimiento de la Implementación.
2) Pago de partidas no ejecutadas por el contratista generó perjuicio económico a la Entidad por S/.1,050.00 ;(C.S.I-3 Shamboyacu).		

7. Informe de Alerta de Control N°016-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC

**INFORME DE ALERTA DE CONTROL N°016-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC**

ASPECTO RELEVANTE	RECOMENDACIONES	Acciones realizadas
1) Se ejecutaron partidas en el EE.SS. sin que estas se encuentren establecidas en el D.S N°254-2015-EF, lo que ocasionó la afectación del principio de Libre Concurrencia, competencia y eficiencia, así como presunto perjuicio económico a la Entidad por S/.22,926.60 Soles; 2) Pago de partidas no ejecutadas por el contratista generó presunto perjuicio económico por S/.10,971.00 Soles	Al haber indicios de irregularidad identificadas como resultado de la revisión y evaluación a la información de la ejecución del servicio de mantenimiento del Hospital rural de Picota y del Centro de Salud Puerto Rico, se implemente las medidas correctivas que correspondan, sean estas de carácter administrativa o legal.	1) La Administración mediante Memorando N°012-2018 al jefe de Logística el 12 enero 2018 ordena Implementación de recomendaciones y alcanza algunas consideraciones a tener en cuenta en la implementación. 2) La ST con Inf. N°022-2017 del 08-08-2017 determina responsabilidad de inicio de PAD para el Jefe del Area de Infraestructura, de Logística, del Jefe del Establecimiento de Salud y de posible responsabilidad del jefe de la Red de Salud Picota. 3. Con oficio N°755-2017 del 10 de agosto de 2017 se remite expediente a la DIRES para su accionar en lo que es de su competencia 4. El 10 de agosto de 2017 se envia a la OCI/GRSM a través del Of. N°768-2017 lo actuado a esa fecha. 5) El Jefe de Personal de la OOSBM mediante Carta N°059-2018-UGA/PERS-I.E.400-OOSBM del 15-05-2018 y Cedula de Notificación N°001-2018-UGA/PERS-U.E.400-OOSBM del 15-05-2018 hace conocer al jefe de infraestructura de ese entonces recepciona el inicio de Proceso Administrativo Disciplinario. 6) Con Of. N°569-2018 del 25-05-2018 se hace llegar al OCI/GRSM el avance de la Implementación.

## 8. Informe de Alerta de Control N°02-2018-GRSM/OCI-2-5351-ALC.

### INFORME DE ALERTA DE CONTROL N°02-2018-GRSM/OCI-2-5351-ALC

Expedientes de Pago que no contaban con la documentación completa así como el proceso de adjudicación excedía el límite de las 3 U.I.T (S/.11,550.00) de los siguientes exp. C.S.Chazuta, C.S.Papaplaya, P.S.Tununtulumba, C.S. Pongo de Caynarachi, P.S.Asunción, y P.S.Santiago de Borja:

ASPECTO RELEVANTE	RECOMENDACIONES	ACCIONES REALIZADAS
4.1) Ejecución de partidas en centros de salud, sin que estas se encuentren previstas en el D.S N°258-2015-EF, ocasionó la afectación del principio de eficiencia e indebido uso de los recursos presupuestarios de la Entidad	Poner en conocimiento del Titular de la Entidad los indicios de irregularidad identificados como resultado a la revisión y evaluación a la información de la ejecución al servicio de mantenimiento del puesto de salud Asunción, Tununtulumba, Hospital de Papaplaya, Centro de salud Chazuta, Centro de salud Pongo de Caynarachi, Puesto de salud Santiago de Borja	1.La ST con Inf. N°08-2018 del 19-05-2018 concluye que se proceda con las investigaciones preliminares en contra del responsable de la jefatura del Área de Infraestructura, de Logística, y de los servidores que firmaron como área usuaria de los Establecimientos de Salud. 2. El Inf.es enviado a la OCI/GRSM como avance mediante oficio N°394-2018 del 20 de abril de 2018.
4.2) Pago de partidas no ejecutadas por el contratista en diversos EE.SS. generó afectación de los recursos presupuestarios de la Entidad.		
5.1) Pago irregular a proveedor por ejecución del servicio de mantenimiento, ocasionó la afectación del principio de Moralidad, así como la afectación de los recursos presupuestarios de la Entidad.		

## 9. HOJA INFORMATIVA N°014-2017-GRSM/OCI

### HOJA INFORMATIVA N°014-2017-GRSM/OCI

OBSERVACIONES	REC. N°	DETALLE DE LA RECOMENDACIÓN	ACCIONES REALIZADAS 2017	ACCIONES A REALIZAR	ESTADO
1. De las características técnicas contratadas. Los servicios contratados debieron contar con documentos indispensables como planos, especificaciones técnicas, memoria descriptiva, presupuesto, análisis de costos unitarios, sin embargo en cada servicio faltaba uno o dos documentos; y además la descripción de algunas partidas no eran compatibles entre los documentos.	1	Disponer en el caso que la responsabilidad del contratista continúe vigente, solicite corregir las deficiencias técnicas de las partidas observadas; caso contrario solicite a las instancias pertinentes iniciar las acciones correspondientes, de carácter administrativo y/o civil a los funcionarios comprendidos en los hechos observados.	El jefe del área de infraestructura y mantenimiento alcanza al Área de Logística el 21 de junio de 2018 alcanza las cartas de notificación a través de Nota de Coordinación N°0197-2017, estas cartas a los proveedores tienen fecha de 19-06-2017 siendo estas: la N°086,087 y 088-2017-D-UEN° 400-OOSBM-UGA/AIEMSG sin embargo la fecha de recepción es de 06 y 07 de setiembre de 2017 y copias éstos se remiten a la OCI/GRSM con Oficio N°606-2017-UE N°400-OOSBM del 22 de junio de 2017.	Reiterar contestación de proveedores y/o derivar el caso a Personal para que a través de la ST PAD determine responsabilidades y Logística debe superar los riesgos encontrados.	EN PROCESO
2. De las partidas. Se han encontrado partidas con deficiencias técnicas, partidas contratadas no ejecutadas y con mayores detalles.	2	Disponer a la Oficina de Operaciones Salud Alto Mayo y Bajo Mayo, que previo a la aprobación del expediente de contratación, estos sean debidamente evaluados en su integridad, a fin de que los mismos cumplan con la documentación suficiente y competente que permita su ejecución de manera adecuada, además de permitir la verificación del cumplimiento contractual.		Logística debe elaborar una Guía en coordinación con el Área de Mantenimiento.	PENDIENTE
3. De la recepción y conformidad de los servicios. Se realizó la recepción y se dio conformidad a los servicios, a pesar de que las instituciones de salud presentaron observaciones en cuanto al cumplimiento de los servicios	3	Disponer a la Oficina de Operaciones Salud Alto Mayo y Bajo Mayo, e cumplimiento de la labor de supervisión de la ejecución contractual de los servicios de mantenimiento, con personal calificado que permita garantizar la ejecución cabal de las partidas consignadas en los expedientes de servicios de mantenimiento.		Logística debe elaborar una Guía en coordinación con el Área de Mantenimiento.	PENDIENTE

10. Nota informativa N°042-2017-GRSM/OCI, derivado de auditoría de cumplimiento n°005-2-5351-2016 y n°004-2-5351-2016 "evaluación técnica de los servicios contratados por las OOSBM y OOSAM".

HOJA INFORMATIVA N°042-2017-GRSM/OCI

OBSERVACIONES	REC. N°	DETALLE DE LA RECOMENDACIÓN	ACCIONES REALIZADAS	ACCIONES A REALIZAR
El GRSM a través de la U.E. N°400-OOSBM, incumplió lo regulado en el art.1° y respecto a los procedimientos especiales para enfrentar el Fenómeno El Niño al haber generado el compromiso de dos(2) Ordenes de servicio N°s 0002656 y 0002659 por el monto de S/50,000 cada una, que fueron pagadas mediante C/P N°s 0610634 y C/P N°14237, respectivamente, los cuales superaban los S/40,000 respectivamente, en el normal desenvolvimiento de la Administración Pública, afectando con ello el normal desenvolvimiento de la Administración Pública.	REC. N° 2	Derivar la presente hoja informativa a la Oficina de Secretaría Técnica de la Entidad, para la evaluación correspondiente de acuerdo a sus competencias y responsabilidades a los funcionarios y servidores que participaron en los hechos observados acciones que deberá comunicarse al Órgano de Control Institucional Regional de San Martín.	La Dirección de la OOSBM mediante Memo N°0330-2017 del 13 de junio de 2017 ordena al área de Personal de la Dirección de la OOSBM mediante Memo N°0330-2017 del 13 de junio de 2017 ordena al área de Personal que a través de PAD determine responsabilidades hasta culminar los procesos que hubiere lugar cuyo resultado será remitido a la Gerencia General Regional de GRSM y ST.	Solicitar informe al Área de Personal respecto al accionar de la ST.
Derivar la presente hoja informativa al Comité de Control Interno de la Entidad, a efectos de tomar en consideración los aspectos advertidos para la implementación de control interno efectivos en las áreas involucradas, las cuales se caracterizaría como área crítica.	REC. N° 2	Derivar la presente hoja informativa al Comité de Control Interno de la Entidad, a efectos de tomar en consideración los aspectos advertidos para la implementación de control interno efectivos en las áreas involucradas, las cuales se caracterizaría como área crítica.	La Dirección de la OOSBM al CICI con Memorando N°329-2017/D.U.E. 400-OOSBM del 13-06-2017 evaluar los aspectos advertidos en la hoja informativa.	Solicitar informe al CICI sobre las acciones tomadas.

11. Con Memorando N°198-2017-GRSM/GR con recepción el 07 de setiembre de 2017, la GR-GRSM alcanza a la U.E.N°400-OOSBM el **Informe de Visita Preventiva N°010-2017-OCI/5351-VP** para superación de riesgos e implementación de recomendaciones.

Riesgo N°01

RIESGOS COMUNICADOS-Informe de control simultaneo N°010-2017-OCI/5351-VP		
Riesgo(transcribir el riesgo y puesto en el informe)	Acciones adoptadas o por adoptar para el tratamiento del riesgo	Avance de la Implementación
1. Los hechos advertidos anteriormente, pondrían en riesgo el suministro oportuno de medicamentos, el desabastecimiento, vencimiento o pérdida de los mismos, así como la oportunidad de atención y recuperación del paciente. Asimismo, en el caso del sobrestock pondrían en riesgo de disminuir los recursos para la adquisición de otros medicamentos esenciales o de insumos médicos.	a) Implementar un mecanismo que permita conocer información mensual del Informe de Consumo Integrado (ICI) de los establecimientos de salud, que los responsables de las farmacias de los EE.SS. mantengan actualizadas las tarjetas de control visibles, que Logística realice con cierta periodicidad inventario de Medicamentos e insumos y que los ee.ss deben ser respetuosos de la estimación establecida y cumplirla, siendo responsable de la gestión para evitar desabastecimiento o sobrestock,	
	b) Implementar en por menos en los establecimientos de salud de mayor demanda de usuarios, información en línea (on line), que permita visualizar en cualquier momento el stock de cada establecimiento de salud.	
	c) Implementar medidas que facilite la redistribución de los medicamentos e insumos entre establecimientos de salud.	Con Of N°1206-2017 del 07-12-2017 se envía a la OCI-GRSM la redistribución de los medicamentos e insumos médicos realizado por la Red de salud San Martín.
	d) Coordinar y gestionar con los órganos responsables de conducir y ejecutar estimación y programación de necesidad (DIRES/SM), que establezcan una metodología clara y sencilla para definir las necesidades de PFDMPs	

## Riesgo N°02

RIESGOS COMUNICADOS-Informe de control simultaneo N°010-2017-OCI/5351-VP		
Riesgo(transcribir el riesgo y puesto en el informe)	Acciones adoptadas o por adoptar para el tratamiento del riesgo	Avance de la Implementación
2.Los hechos advertidos anteriormente, pondrían en riesgo el abastecimiento y suministro oportuno de medicamentos, así como la oportuna atención de los pacientes	El funcionario responsable de implementar las recomendaciones en coordinación con el Director de la Red de Salud de San Martín deberán: a)Elaborar un Plan de requerimiento,abastecimiento y distribución de medicamentos e insumos y hacer seguimiento para su ejecución.	Con Oficio N°1206-2017-UGA-U.E.N°400-OOSBM del 07 de diciembre de 2017 se envía al GORESAN las pruebas de que La red de salud San Martín ha realizado el cuadro de Requerimiento de medicamentos e insumos médicos para la segunda compra Institucional .
	b)Coordinar y gestionar ante la DIRES las compras oportunas bajo todas las modalidades.	
	c)Exigir al personal de los EE.SS.cumplimiento de las normas.	

## Riesgo N°03

RIESGOS COMUNICADOS-Informe de control simultaneo N°010-2017-OCI/5351-VP		
Riesgo(transcribir el riesgo y puesto en el informe)	Acciones adoptadas o por adoptar para el tratamiento del riesgo	Avance de la Implementación
3.Los hechos advertidos, pondrían en riesgo de <u>deterioro de medicamentos</u> e insumos médicos que se suministran a los usuarios en <u>condiciones inadecuadas</u> .Asimismo, <u>la falta de capacitación del personal</u> que labora en farmacia generaría un control inadecuado, conservación y suministro de medicamentos e insumos médicos; incluso la <u>ausencia de Químicos farmacéuticos en los horarios de atención</u> de las farmacias pone en riesgo la recuperación oportuna de pacientes.Finalmente, la no actualización e identificación de las <u>tarjetas de control visible</u> generaría el riesgo de información inexacta de stock real de medicamentos o insumos médicos.	El funcionario responsable de implementar las recomendaciones en coordinación con el Director de la Red de Salud de San Martín deberán: a)Implementar mecanismos que establezcan que los niveles de stock de los PFDMPs en los establecimientos de salud no sea mayor de 4 meses, que debe ser respetado por el AEM en caso de	
	b) Elaborar e implementar un Plan de dotación de recursos logísticos para mejorar la conservación y almacenamiento de las farmacias de los EE.SS. minimizando el riesgo de deterioro de los PFDMP	Con Oficio N°1206-2017-UGA-U.E.N°400-OOSBM del 07 de diciembre de 2017 se envía al GORESAN las pruebas de que La red de salud San Martín ha realizado la adquisición de equipos para las farmacias del centro de Salud de la Banda de Shilcayo y para el Centro de Salud Nueve de Abril .
	c) Capacitar al recurso humano en farmacia en la GESTION DE STOCK de los PFDMPs, dispensación, registro de la información y acciones preventivas para evitar el sobrestock y desabastecimiento(permanente),	Con Oficio N°1206-2017-UGA-U.E.N°400-OOSBM del 07 de diciembre de 2017 se envía al GORESAN las pruebas de que La red de salud San Martín ha realizado el Plan de trabajo para superación de riesgos en implementación de recomendaciones que tiene como objetivo capacitar a los responsables de la microredes en los procedimientos de suministro de la información de PFDMPs .
	d) Contar con personal técnico en farmacia en por lo menos todas las cabeceras de microrredes, que comprendan más la lógica del suministro de PFDMPs,	Con Oficio N°1206-2017-UGA-U.E.N°400-OOSBM del 07 de diciembre de 2017 se envía al GORESAN las pruebas de que La OOSBM a través del Área de Personal a contratado personal Técnicos en Farmacia para las cabeceras de Microredes como Sauce, Papaplaya,Chazuta y Huimbayoc pertenecientes a la red de salud San Martín .
	f)Crear mecanismos para la utilización adecuada de la Tarjeta de control visible.	



12. Con Oficio N°527-2018-GRSM/OCI, el Órgano de Control del GRSM, el 3 de mayo 2018, solicita el estado situacional de la **Alerta de Control N°012-2016-GRSM-2-5351-ALC**.

**Riesgo N°2**

**Matriz de Riesgos en las Contrataciones  
Riegos en las Contrataciones Gobierno Regional de San Martín**

Riesgo	Control	Acciones realizadas	Acciones a realizar
<p><b>2.</b> Direccionamiento de parte del área usuaria para comprar de bienes y servicios y contratación de personal. Se pueden ajustar las especificaciones técnicas, expedientes técnicos y términos de referencia.</p>	<p>3. Realizar periódicamente talleres con los coordinadores de todas las áreas usuarias de las Unidades Ejecutoras para capacitarlos en el proceso de contrataciones. Se debe garantizar la asistencia de los participantes bajo responsabilidad y que luego sean responsables de retransmitir la información a sus unidades correspondientes.</p>	<p>1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°581-2017 del 09 de oct.2017 el Director de OOSBM hace llegar Plan de capacitación en Contrataciones que debia realizarse a partir del 26 de oct. culminando el 8 de dic 2017;3.-Con Of.N°1018-2017- se alcanza a la DIRES para que ellos coordinen con el Gobierno Regional.</p>	<p>El area de Personal debe Actualización y dar cumplimiento de Plan de capacitación en Contrataciones y SIGA logístico.</p>
	<p>4.- Fortalecer la ética e integridad del funcionario público, a través de: - Elaborar Plan de sensibilización en temas de transparencia, rendición de cuentas, conflictos de interese, ética e integridad de funcionario público. - Fomentar incentivos para el buen uso de recursos públicos. - Explicitar el impacto en la institución de estas prácticas y las posibles sanciones de cometerse las mismas.</p>	<p>1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°530-2017 del 18 de set. 2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación de este control.</p>	<p>El Área de Personal debe realizar y ejecutar un Plan de sensibilización en los temas recomendados y elaborar y difundir los incentivos para el buen uso de recursos públicos y elaborar el Reglamento de Trabajo que incluya dentro de las obligaciones en estos temas y en caso de incumplimiento las sanciones.</p>

## Riesgo N°5

**Matriz de Riesgos en las Contrataciones**  
**Riegos en las Contrataciones Gobierno Regional de San Martín**

Riesgo	Control	Acciones realizadas	Acciones a realizar
5. En la realización de estudio de mercado, pueden darse acuerdos previos entre el área de logística y proveedores, así como acuerdos previos entre el área usuaria y los proveedores con el objetivo de favorecer a un proveedor específico.	1. Jefaturas de Logística de las Unidades Ejecutoras deben realizar un monitoreo constante sobre los expedientes, realizar el seguimiento del PAC y supervisar como se están ejecutando las contrataciones.	1.-Con memo N°818-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Logística la implementación de este control;2.Con memo N°531-2017 del 18 set.2017 al Área de Log.el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación.	Solicitar al Área de Logística el informe de avance-
	2. Fortalecer capacidades del área usuaria (a través del Coordinador)para que reporte y solicite reformulación de ofertas de presentarse estos casos, dado que es el área usuaria quien autoriza la contratación.	1.-Con memo N°818-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Logística la implementación de este control;2.Con memo N°531-2017 del 18 set.2017 al Área de Log.el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación.	Solicitar al Área de Logística el informe de avance-
	Realizar indagaciones de mercado posteriores aleatoriamente para verificar si los valores referenciales se encuentran a valor de mercado. De no ser el caso, se debe reportar al área usuaria mediante memorando y demandar el cumplimiento de la elaboración del requerimiento conforme a los principios de razonabilidad, imparcialidad y debido procedimiento. Las Jefaturas de Logística actúan para dar recomendaciones de cómo llevar a cabo un debido proceso, supervisan el cumplimiento del mismo y disuaden mediante este documento posibles prácticas irregulares en la contratación.	1.-Con memo N°818-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Logística la implementación de este control;2.Con memo N°531-2017 del 18 set.2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación.	El area de Personal debe Actualización y dar cumplimiento de Plan de capacitación en Contrataciones y SIGA logístico.
	4.Fortalecer la ética e integridad del funcionario público, a través de: - Elaborar Plan de sensibilización en temas de transparencia, rendición de cuentas, conflictos de intereses ética e integridad del funcionario público. - Fomentar incentivos para el buen uso de recursos públicos. - Explicar el impacto en la institución de estas prácticas y las posibles sanciones de cometerse las mismas.	1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°530-2017 del 18 de set. 2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación de este control.	El Área de Personal debe realizar y ejecutar un Plan de sensibilización en temas recomendados y elaborar y difundir los incentivos para el buen uso de recursos públicos.

## Riesgo N°12

**Matriz de Riesgos en las Contrataciones**  
**Riegos en las Contrataciones Gobierno Regional de San Martín**

Riesgo	Control	Acciones realizadas	Acciones a realizar
12. Favorecimiento a determinados proveedores durante la evaluación de las ofertas	3. Realizar periódicamente talleres con los coordinadores de todas las áreas usuarias de la Unidades Ejecutoras para capacitarlos en el proceso de contrataciones. Se debe garantizar la asistencia de los participantes bajo responsabilidad y que luego sean responsables de retransmitir la información a sus unidades correspondientes.	1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°581-2017 del 09 de oct.2017 el Director de OOSBM hace llegar Plan de capacitación en Contrataciones que debía realizarse a partir del 26 de oct. culminando el 8 de dic 2017;3.-Con Of.N°1018-2017- se alcanza a la DIRES para que ellos coordinen con el Gobierno Regional.	El area de Personal debe Actualizar y dar cumplimiento del Plan de capacitación en Contrataciones y SIGA logístico.
	4. Fortalecer la ética de integridad del funcionario público, a través de: - Elaborar Plan de sensibilización en temas de transparencia, de intereses, ética e integridad del funcionario público. - Fomentar incentivos para el buen uso de recursos públicos. - Explicar el impacto en la institución de estas prácticas y las posibilidades sanciones de cometerse las mismas.	1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°530-2017 del 18 de set. 2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación de este control.	El Área de Personal elaborara y ejecutara un Plan de sensibilización en temas recomendados.

## Riesgo N°17

**Matriz de Riesgos en las Contrataciones**  
**Riesgos en las Contrataciones Gobierno Regional de San Martín**

Riesgo	Control	Acciones realizadas	Acciones a realizar
<p>17. En contrataciones menores a 8 UIT, puede ocurrir concertación entre el proveedor y cotizador. Ej. El mismo proveedor puede dar 2 proformas de distintas empresas en acuerdo con el área de logística cambio de algún beneficio.</p>	<p>1. Jefaturas de Logística de las Unidades Ejecutoras deben realizar un monitoreo constante sobre los expedientes, realizar el seguimiento del PAC y supervisar como se están ejecutando las contrataciones.</p>	<p>1.-Con memo N°818-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Logística la implementación de este control;2.Con memo N°531-2017 del 18 set.2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación.</p>	<p>Solicitar al Área de Logística el informe de cumplimiento.</p>
	<p>2. Fortalecer capacidades del área usuaria (a través del Coordinador) para que reporte y solicite reformulación de ofertas de presentarse estos casos, dado que es área usuaria quien autoriza la contratación.</p>	<p>1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control;2.Con memo N°581-2017 del 09 de oct.2017 el Director de OOSBM hace llegar Plan de capacitación en Contrataciones que debía realizarse a partir del 26 de oct. culminando el 8 de dic 2017;3.-Con Of.N°1018-2017- se alcanza a la DIRES para que ellos coordinen con el Gobierno Regional.</p>	<p>El area de Personal debe Actualizar y dar cumplimiento del Plan de capacitación en Contrataciones y SIGA logístico.</p>
	<p>3.Realizar indagaciones de mercado posteriores aleatoriamente para verificar si los valores referenciales se encuentran a valor de mercado. De no ser el caso, se debe reportar al área usuaria mediante memorando y demandar el cumplimiento de la elaboración del requerimiento conforme a los principios de razonabilidad, imparcialidad y debido procedimiento. Las Jefaturas de Logística actúan para dar recomendaciones de cómo llevar a cabo un debido proceso, supervisan el cumplimiento del mismo y disuaden mediante esta documento posibles prácticas irregulares en la contratación.</p>	<p>1.-Con memo N°818-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Logística la implementación de este control;2.Con memo N°531-2017 del 18 set.2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación.</p>	<p>Logística debe cumplir la recomendación e informar periódicamente a la Dirección a través de la UGA.</p>
	<p>4.Fortalecer la ética e integridad del funcionario público, a través de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar Plan de sensibilización en temas de transparencia, rendición de cuentas, conflictos de intereses, ética e integridad del funcionario público.</li> <li>- Fomentar incentivos para el buen uso de recursos públicos.</li> <li>- Explicar el impacto en la institución de estas prácticas y las posibles sanciones de comentarse las mismas.</li> </ul>	<p>1.-Con memo N°817-2017 del 04-08-2017 el jefe de la UGA ordena al Area de Personal la implementación de este control; 2.Con memo N°530-2017 del 18 de set. 2017 el Director de OOSBM reitera el cumplimiento de la implementación de este control.</p>	<p>El Área de Personal elaborara y ejecutara un Plan de sensibilización en temas recomendados.</p>

13. Con Oficio N°594-2018-GRSM/OCI, el Órgano de Control del GRSM el 14 de mayo 2018, solicita el estado situacional de la **Alerta de Control N°016-2017-GRSM-2-5351-ALC**.

#### Riesgo N°2 y Riesgo N°4

##### Riesgos de Desempeño en el Sector Salud Gobierno Regional de San Martín

Riesgo	Control	Acciones a realizar
2. C-Sobrecarga laboral. El personal es multifuncional, no se da abasto para realizar todas las actividades, lo que origina que no se pueda hacer entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	1. Capacitar a personal de triaje, farmacia y otras áreas en la labor que realiza el personal de Enfermería, de manera que este les pueda delegar algunas funciones y se tenga menos carga laboral. Este Control aplicaría en los EE.SS. con una cantidad considerable de personal y contribuiría a la entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	Realizar reunión con Salud Individual y Salud Colectiva para determinar estrategias de capacitación y organizar el trabajo del Técnico en Enfermería según la población, grupo etareo, y servicios que brindan.
	2. Realizar una reorganización y redistribución equitativa del personal, de acuerdo a la demanda de los EE.SS. Y centros de salud. Este Control aplicaría en los EE.SS. con una cantidad considerable de personal y contribuiría a la entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	El área de Personal conjuntamente con los responsables de redes deben cumplir con esta recomendación.
4. No se realiza difusión sobre la importancia del consumo de los MMN a la familia del niño beneficiario para combatir la anemia	2. Gestionar la realización de Banner, spots publicitarios de acuerdo a la realidad urbana y rural junto a los medios de comunicación y las municipalidades provinciales de la Región, para promover el consumo de los MMN.	Promoción de Salud conjuntamente con el área de Difusión deben cumplir con esta recomendación.

#### Riesgo N°7 y Riesgo N°11

##### Matriz de Riesgos de Desempeño en el Sector Salud

##### Riesgos de Desempeño en el Sector Salud Gobierno Regional de San Martín

Riesgo	Control	Acciones a realizar
7. Sobrecarga Laboral. El personal es multifuncional, no se da abasto para realizar todas las actividades, lo que origina que la consejería nutricional mensual, para contribuir a brindar una consejería de manera más rápida y que sea efectiva.	Con la información brindada por personal de experiencia que brinda la consejería nutricional, elaborar una receta estandarizada de alimentación y nutrición mensual, para contribuir una consejería de manera más rápida y que sea efectiva.	Realizar reunión con Salud Colectiva y Salud Individual para determinar estrategias de capacitación y organizar el trabajo del Personal multifuncional según población, grupo etareo y servicios que brindan.
11. Los jefes de establecimientos de salud no controlan que se realicen las visitas domiciliarias y no sancionan a su personal por incumplimiento. Esto origina que se estén realizando pocas visitas domiciliarias.	1. Establecer directiva o resolución donde se ordene bajo sanción administrativa que el personal cumpla con las visitas domiciliarias de acuerdo a la norma. Este cumplimiento debe estar sujeto al Monitoreo del Jefe del EE.SS bajo responsabilidad administrativa y monitoreo por parte de la Dires y contribuirá al cumplimiento de las visitas domiciliarias.	Los jefes de los EE.SS. deben informar a sus microrredes y estos a su vez a sus Red el incumplimiento de las visitas domiciliarias para que el jefe de red informe a la Jefatura de Personal de la OOSBM para que a través de la Secretaría Técnica PAD determine responsabilidades. El Manual del perfil del puesto debe contemplar esta función.

**Riesgo N°13, Riesgo N°26, Riesgo N°29, Riesgo N°30, Riesgo N°33**  
**Matriz de Riesgos de Desempeño en el Sector Salud**

**Riegos de Desempeño en el Sector Salud Gobierno Regional de San Martín**

Riesgo	Control	Acciones a realizar
12. No se cuenta con hemoglobímetros en los establecimientos de salud que no han sido priorizados por el FED, lo que no permite que se realicen los dosajes de hemoglobina en toda la región. Asimismo, no se cuenta con microcubetas para realizar el tamizaje.	1. Aumentar la productividad de los equipos a través de su rotación desde los establecimientos de salud priorizados por el FED hacia aquellos que no cuentan con dichos equipos. Esto puede realizarse por 3 días para llevar a cabo campañas de Tamisaje, indicándose a los padres y madres de familia cuándo pueden acercarse para realizar las pruebas a los niños, para contribuir a que el dosaje de hemoglobina se realice a todos los EE.SS.	Salud Individual debe mantener un inventario actualizado de equipos de los EE.SS. Para intervenir donde hay falencia.
	2. Reforzar el cumplimiento del Plan del FED que contempla la compra de Hemoglobímetros y microcubetas para contribuir a que el dosaje de hemoglobina se realice en todos los establecimientos de salud.	Salud Individual debe mantener un inventario actualizado de equipos de los EE.SS. Para intervenir donde hay falencia.
13. No hay una política de prevención y mantenimiento de los equipos para el dosaje de hemoglobina, lo que no permite que se realicen los dosajes de hemoglobina en toda la región.	1. Ejecutar el Plan de mantenimiento preventivo y correctivo con el que cuenta cada unidad ejecutora, para mantener los equipos en buen estado y contribuir a que el dosaje de hemoglobina se realice en todos los EE.SS.	Salud Individual debe mantener un inventario actualizado de equipos de los EE.SS. y exigir al área de infraestructura y mantenimiento la elaboración del Plan de mantenimiento y contar con el documento para hacer seguimiento. Para intervenir donde hay falencia.
26. El personal de calidad de agua no está llegando con un mensaje adecuado a la población y a la JASS.	1. Capacitación al personal de la DIRES, de las Redes y Microredes de salud para su acercamiento a la población y a la JASS permita transmitir el mensaje de la importancia de la realización de la cloración del agua.	Mantener continua coordinación con la DIRES en cuanto a las capacitaciones.
29. Se dan cambios permanentes de los operarios de los sistemas de agua, lo que afecta el adecuado mantenimiento de los sistemas de agua convencionales.	1. Realizar inspecciones especializadas donde se determinen las fallas de los sistemas de agua y su estructura, para notificar la situación a los gobiernos locales. De no cumplirlo con el mantenimiento, generar sanciones a las municipalidades. Esto contribuirá a que se realice un adecuado mantenimiento de los sistemas de agua.	Salud Colectiva deberá contar con un mapa de fuentes de agua de consumo humano y llevar un control de las inspecciones, además creará mecanismos que permita la permanencia de los operarios de los sistemas de agua.
30. Los operarios de los sistemas de agua, perciben una baja remuneración o trabajan adonorem, lo cual es un desincentivo para realizar un mantenimiento adecuado de estos sistemas convencionales.	Coordinar con las Municipalidades para ver la posibilidad de asignar puestos de trabajo para estos operarios, para contribuir a que se realice un adecuado mantenimiento de los sistemas de agua.	Coordinar con la Municipalidad de San Martín para lograr un trabajo en conjunto, firmar un Convenio.
33. La capacitación a las JASS no es suficiente	1. Realizar talleres de manera conjunta con las ATM para capacitar a las JASS en cloración de agua.	Coordinar con la DIRES, redes y Microredes sobre los talleres a realizarse.

Así como también, el grado de implementación de las recomendaciones y su estado actual:

**ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES a 31 de mayo 2018**

INFORME	Nº RECOMENDACIÓN POR	IMPLEMENTADAS/INAPLICABLE	EN PROCESO (Nº REC)
<b>Nº106-2013-3-0392</b>	1	1	
Nº066-2014-3-0392	1,2	1	2
<b>Nº011-2014-2-5351</b>	4	4	
Nº012-2014-2-5351	2,3,4,5,6	2,4,5,6	3
Nº010-2016-2-5351	4,5,6,7,8,9,10	4,5,6,8,9	7 10
Alerta de Control Nº012-2016-GRSM/OCI-2-5351-ALC	1		1*
Alerta de Control Nº002-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC	1		1
Alerta de Control Nº010-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC	1		1
Alerta de Control Nº016-2017-GRSM/OCI-2-5351-ALC	1		1
Alerta de Control Nº02-2018-GRSM/OCI-2-5351-ALC	1		1
Visita Preventiva Nº010-2017-OCI-2017-OCI/5351-VP	1,2,3		1
			2
			3
HOJA INFORMATIVA Nº014-2017-GRSM/OCI	1,2,3		1
			2
			3
HOJA INFORMATIVA Nº042-2017-GRSM/OCI	1,2		1
			2
<b>TOTAL EN CANTIDAD</b>	29	12	17

- e. Se recopilaron y tomaron en cuenta la Matriz de Riesgos en el Sector Salud – Gobierno Regional San Martín, en ella se responsabilizaron a las Redes de Salud de Picota, El Dorado y San Martín, así también su respectivo plazos para implementarla:

RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN (Meses) se considera desde 27-06-17
		AREA/ OFICINA/ GERENCIA	
2.C- Sobrecarga laboral, el personal es multifuncional, no se da abasto para realizar todas las actividades, lo que origina que no se pueda hacer entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	1. Capacitar al personal de triaje, farmacia y otras áreas en la labor que realiza el personal de Enfermería, de manera que este les pueda delegar algunas funciones y se tenga menos carga laboral. Este Control se aplicaría en los EE.SS. con una cantidad considerable de personal y contribuiría a la entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	1. Área Gestión Sanitaria-Redes de Salud 2. Jefatura de los Establecimientos de Salud.	06 meses <b>VENCIO 27-12-2017</b>
	2. Realizar una reorganización y redistribución equitativa del personal, de acuerdo a la demanda de los EE.SS. y Centros de Salud. Este Control aplicaría en los EE.SS. con una cantidad considerable de personal y contribuiría a la entrega de todas las dosis necesarias de MMN.	2. Oficina de RR.HH y Personal-Red de Salud	06 meses <b>VENCIO 27-12-2017</b>

RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN (Meses) se considera desde 27-06-17
7. Sobrecarga Laboral. El personal es multifuncional, no se da abasto para realizar todas las actividades, lo que origina que la consejería nutricional no esté siendo efectiva.	Con la información brindada por personal de experiencia que brinda la consejería nutricional, elaborar una receta estandarizada de alimentación y nutrición mensual, para contribuir una consejería de manera más rápida y que sea efectiva.	1. DIRES Red de Salud	02 meses <b>VENCIO 27-08-2017</b>
11. Los jefes de establecimientos de salud no controlan que se realicen las visitas domiciliarias y no sancionan a su personal por incumplimiento. Esto origina que se estén realizando pocas visitas domiciliarias.	1. Establecer directiva o resolución donde se ordene bajo sanción administrativa que el personal cumpla con las visitas domiciliarias de acuerdo a la norma. Este cumplimiento debe estar sujeto al Monitoreo del Jefe del EE.SS bajo responsabilidad administrativa y monitoreo por parte de la DIRES y contribuirá al cumplimiento de las visitas domiciliarias	1. DIRES GRSM Red de Salud EE.SS Coordinadores de Estrategias	05 meses <b>VENCIO 27-11-17</b>
12. No se cuenta con hemoglobímetros en los establecimientos de salud que no han sido priorizados por el FED, lo que no permite que se realicen los dosajes de hemoglobina en toda la región. Asimismo, no se cuenta con microcubetas para realizar el tamizaje.	1. Aumentar la productividad de los equipos a través de su rotación desde los Establecimientos de Salud priorizados por el FED hacia aquellos que no cuentan con dichos equipos. Esto puede realizarse por 3 días para llevar a cabo campañas de Tamizaje, indicándose a los padres y madres de familia cuándo pueden acercarse para realizar las pruebas a los niños, para contribuir a que el dosaje de hemoglobina se realice a todos los EE.SS.	1. Logística EE.SS. Patrimonio - EE.SS Laboratorio del EE.SS. Alimentación y Nutrición de la Red de Salud y del EE.SS Etapa de vida Niño de la Red de Salud	01 mes <b>VENCIO 27-17-17</b>
	2. Reforzar el cumplimiento del Plan del FED que contempla la compra de Hemoglobímetros y microcubetas para contribuir a que el dosaje de hemoglobina se realice en todos los Establecimientos de Salud.	2. Estrategia de Alimentación y Nutrición de la DIRES y de la Red de Salud	

RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN (Meses) se considera desde 27-06-17
26. El personal de calidad de agua no está llegando con un mensaje adecuado a la población y a la JASS .	1. Capacitación al personal de la DIRES, de las Redes y Microredes de salud para su acercamiento a la población y a la JASS permita transmitir el mensaje de la importancia de la realizar la cloración del agua. 2. Continuar con las reuniones que vienen realizándose con los líderes de las comunidades para que continúen con la labor de cloración del agua.	1. DIREFISSA-DIRES-DESI-DIRES Área de Salud Colectiva y Ambiental (Promoción) de Redes y Microredes de Salud 2. DIREFISSA-DIRES-DESI-DIRES	1. 06 meses Venció 27-12-2017 2. 03 meses Venció 27-09-2017
29. Se dan cambios permanentes de los operarios de los sistemas de agua, lo que afecta el adecuado mantenimiento de los sistemas de agua convencionales.	1. Realizar inspecciones especializadas donde se determinen esas fallas de los sistemas de agua y su estructura, para notificar la situación a los gobiernos locales. De no cumplirlo con el mantenimiento, generar sanciones a las municipalidades. Esto contribuirá a que se realice un adecuado mantenimiento de los sistemas de agua.	DIREFISSA-DIRES Redes de Salud	03 meses. Venció 27-09-2017
33. La capacitación a las JASS no es suficiente	1. Realizar talleres de manera conjunta con las ATM ((Área técnica Municipal) para capacitar a las JASS en cloración de agua.	DIREFISSA-DIRES Redes, Microredes y EE.SS.	1. 01 mes. Venció 03-07-2017

- f. Se revisaron Informes de Diagnóstico de diversas entidades del Estado (MINSA, MINEDU, MEF, ESSALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, GORESAM – de estos últimos se tomaron mayores referencias por ser el estamento a nivel Pliego –, etc.).
- g. Se formuló la metodología a emplearse, incluyendo la definición de los instrumentos para la recolección y sistematización de datos.
- h. Se desarrollaron actividades específicas en función a los plazos establecidos para su ejecución.



**RECOPIACION DE INFORMACION:** Ello permitió el análisis de la documentación tales como organigramas, directiva, políticas, planes, resultados de informes emitidos por OCI, etc., obteniendo un cuadro de análisis de cada uno de ellos.

**ENCUESTAS:** Con ello desarrollamos un cuestionario al personal integrante de la entidad, que nos permitirá conocer a nivel general la percepción del personal sobre la entidad y la gestión en la entidad.

**ENTREVISTAS:** Con ayuda de los coordinadores y directivos de la institución, nos permite crear una lista de verificación en estos niveles, con el fin de conocer el grado de cumplimiento de la normas de control.



### 4.3. Análisis de información

Conocer las normas internas vigentes de la UE. 400 - OOSBM y evaluar su contenido, grado de actualización y en particular su pertinencia respecto a las normas internas de los componentes del Sistema de Control Interno establecidas en la Directiva N° 320-2016-CG.

Para el desarrollo de esta etapa del diagnóstico se tomaron como referencias los procedimientos desarrollados por la Sede Central del GRSM en la elaboración de su diagnóstico <sup>1</sup> en concordancia y articulación con el Nivel Pliego.

#### a. Actividad análisis normativo

Se desarrollaron las siguientes actividades:

- » Encuesta dirigida a los responsables jerárquicos y coordinadores de las unidades orgánicas de la UE. 400 - OOSBM, respecto al **grado de cobertura** (¿se cubren todos los aspectos que se debería cubrir?), **pertinencia** (¿lo que se establece corresponde a lo que se hace en la práctica?) y **aplicación** (¿lo que está establecido se cumple en la práctica?) de las directivas internas vigentes.
- » Entrevistas a funcionarios de las unidades orgánicas de la UE. 400 - OOSBM, para indagar sobre el grado de implementación de las normas de control interno en sus respectivas áreas.
- » Se revisaron las Directivas aprobadas mediante Resoluciones desde el año 2014 a la fecha, identificándose un total de 4 Directivas emitidas mediante Resolución Directoral y 8 Documentos de Gestión emitidas por el Nivel Pliego mediante Resoluciones Ejecutivas Regional y/o Ordenanzas Regionales, de vigencia actual.

Los datos obtenidos se procesaron y los resultados y conclusiones se presentan a continuación.

#### Resultados

- a) Encuesta sobre cobertura, pertinencia y aplicación de las directivas internas en las unidades orgánicas.

#### RESULTADOS ENCUESTA COBERTURA, PERTINENCIA Y APLICACION DE DIRECTIVAS INTERNAS

NORMA	TOTALES		
	COBERTURA	PERTINENCIA	APLICACIÓN
Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	3.05	2.68	2.42
Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	3.00	2.79	2.89
Manual de Organización y Funciones (MOF) / Clasificador de Cargos	3.00	2.47	2.32
Manual de Procedimientos	2.58	2.37	2.05
Directivas Internas	4.33	4.33	4.00
Reglamento Interno de Trabajo	3.84	3.34	2.84

Calificación del 1 al 5, donde 1 es el valor más bajo y 5 es el más alto.

- ) En relación al ROF (Reglamento de Organización y Funciones): Los resultados señalan que, a criterio de los encuestados, el ROF vigente presenta una

<sup>1</sup> Informe Final Elaboración del Diagnóstico para la Implementación del SCI del GRSM, Moyobamba Dic 2016.

puntuación aprobatoria sobre la percepción respecto a los aspectos que debe cubrir (cobertura), que lo que está normado en el documento corresponde en su mayoría a los requerimientos y necesidades que se dan en la realidad, y que su aplicación en la práctica no se ajusta en su totalidad.

- J En relación al CAP (Cuadro de Asignación de Personal): Los resultados (3.00, 2.79 y 2.89), esta percepción del personal responde a que las plazas de personal en la administración pública no tienen uniformidad, esto debido al grado de profesión alcanzado.
- J En relación al MOF (Manual de Organización y Funciones), Los resultados de 3.00, 2.47 y 2.32 señalan que a criterio y percepción de los encuestados este documento de gestión cubre adecuadamente, pero que en la práctica medianamente no concuerda con las funciones desarrolladas día a día y por ende la descripción de los cargos es insuficiente.
- J En relación al MAPRO (Manual de Procedimientos): Los valores de 2.58, 2.37 y 2.05 los encuestados expresan que cubren básicamente el total de procedimientos de la entidad, pero que aun así no se condice con la realidad, porque en la práctica se considera que este documento ya no está vigente. En tanto Manual de Procedimientos Administrativos esto es cierto y data desde la desactivación del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) en la década de los 90. Sin embargo, se señala que las normas vigentes de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM establece que las entidades públicas deben **reformular sus documentos de gestión** para incorporar el enfoque de Gestión por Procesos, el cual comprende realizar el Mapa de Procesos de la Entidad así como la descripción de los procedimientos que componen cada proceso <sup>2</sup>.
- J En relación a las Directivas internas de cada unidad orgánica: Los resultados indican que, a criterio de los encuestados, sus directivas internas cubren bastante bien los aspectos que se deberían cubrir (4.33), que lo que está normado corresponde adecuadamente a lo que se requiere (4.33) y que se aplican en la práctica (4.00), cabe mencionar que estas son emitidas en su mayoría por el Gobierno Regional San Martín.
- J En relación al Reglamento interno de Trabajo: Los valores de 3.84, 3.34 y 2.84 los encuestados expresan que cubren básicamente el total de procedimientos de la entidad, pero que aun así no se condice con la realidad, porque en la práctica se considera que este documento no existe.

b) Entrevistas a responsables de unidades orgánicas:

- J En términos generales, el personal y funcionarios de las unidades orgánicas de la UE. 400 - OOSBM tienen alguna referencia de las normas de control interno, lo que no sucede en mayoría en las Redes de Salud, pero no conocen al detalle de las normas relacionadas al tema e indican que si bien la mayor parte del personal está capacitado en el cumplimiento de sus atribuciones y deberes administrativos y asistenciales algunas áreas no están aplicando normas relativas a sus funciones.
- J Existe una tendencia a confundir las **normas del control interno** con las funciones del Órgano de Control Institucional (OCI), los trabajadores de la entidad en un 90% desconocen que son los responsables de implementarlas y de velar por su cumplimiento, mas no la OCI.
- J Igualmente, se asocia al control interno principalmente con la lucha contra la corrupción más no con el logro de los objetivos institucionales. De esta manera,

---

<sup>2</sup> "Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM".  
Secretaría de Gestión Pública, PC; 2014.

la evaluación de riesgos se interpreta como el riesgo a las pérdidas materiales y/o económicas asociadas con siniestros o actos de corrupción más no con el costo de no alcanzar los objetivos (metas) institucionales.

**b. Análisis Documentario:**

- ) Como resultado de la evaluación a los documentos internos necesarios en esta institución se identificaron 4 Directivas emitidas mediante Resolución Directoral Regional y 3 emitidas con Resolución Directoral por la Unidad Ejecutora, y 5 Documentos de Gestión aprobadas por el Nivel Pliego mediante Resoluciones Ejecutivas Regional y/o Ordenanzas Regionales, de vigencia actual.
- ) En el cuadro a continuación se presenta el detalle de la cada una de las Directivas referidas y su relación con los componentes del Sistema de Control Interno.

**CUADRO 2**

**DOCUMENTOS DE GESTION Y DIRECTIVAS APLICADAS POR LA UE. 400 - OOSBM Y SU RELACION CON LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

DOCUMENTOS DE GESTION Y/O DIRECTIVAS INTERNAS					COMPONENTE SCI					NOTAS
N°	FECHA	DESCRIPCION	DISPOSITIVO	OBJETO	AMBIENTE DE CONTROL	EVALUACION DE RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	SUPERVISIÓN	
1	14/10/2014	Manual de Organización y Funciones de la Sede Administrativa de la Oficina de Operaciones Salud Bajo Mayo	Resolución Directoral N° 290-2014-D-U.E N°400-OOSBM	Documento normativo de Gestión Institucional, que tiene como objetivo, describir las funciones específicas nivel de cargo o puesto de trabajo, determina responsabilidades, línea de autoridad y requisitos mínimos de los cargos dentro de la estructura orgánica de la dependencia, elaborado en base al Clasificador de Cargos (CC) aprobado con Ordenanza Regional N° 016-2012-GRSM/CR y que no es más que el Instrumento orientador de la gestión de los recursos humanos del GRSM, que brinda información sobre los requisitos y niveles de responsabilidad mínimos exigidos para cada cargo.						UE 400 OOSBM
2	30/12/2016	Presupuesto Analítico de Personal (PAP)	RER N° 765-2016-GRSM/GR	Documento técnico- normativo de Gestión Institucional cuya elaboración es de carácter obligatorio en las instituciones de la Administración Pública, y contiene las plazas debidamente presupuestadas, los mismos que se encuentran considerados en el Cuadro de Asignación Personal.						Emitida por el Pliego
3	29/12/2017	Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	Ordenanza Regional N° 026-2017-GRSM/CR	Contiene los procedimientos administrativos que deben ejercer los administrados para satisfacer o ejercer sus intereses y derechos ante las instancias del GRSM.						Emitida por el Pliego

DOCUMENTOS DE GESTION Y/O DIRECTIVAS INTERNAS					COMPONENTE SCI					NOTAS
N°	FECHA	DESCRIPCION	DISPOSITIVO	OBJETO	AMBIENTE DE CONTROL	EVALUACION DE RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	SUPERVISIÓN	
4	18/07/2017	Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	Ordenanza Regional N° 009-2017-GRSM/CR	Documento de gestión que determina la organización y funciones de las unidades orgánicas que conforman el GRSM.						Emitida por el Pliego
5	29/12/2017	Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	Ordenanza Regional N° 027-2017-GRSM/CR	Determina la asignación de personal para las unidades orgánicas del GRSM.						Emitida por el Pliego
6	09/03/2018	Plan Estratégico Institucional (PEI)	Ordenanza Regional N° 003-2017-GRSM/CR	Documento de gestión que contiene el resultado de la planificación estratégica institucional, en la búsqueda del logro de resultados y objetivos establecidos en el PDRC.						Emitida por el Pliego
7	23/05/2018	Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2015-2017	Resolución Ejecutiva Regional N° 305-2018-GRSM/CR	Documento de gestión que evalúa el plan, si es que este se realizó sobre la base de los indicadores de desempeño, los cuales brindaron información relevante y periódica sobre los avances del cumplimiento de las metas establecidas para los objetivos institucionales y las acciones estratégicas institucionales, en el periodo 2017.						Emitida por el Pliego
8	05/09/2017	Plan Operativo Institucional (POI)	RER N° 527-2017-GRSM/GR	Documento de gestión que establece el Plan Operativo Institucional del Pliego GRSM.						Emitida por el Pliego
9	28/12/2016	Presupuesto Institucional de Apertura de la Unidad Ejecutora 400 Salud Bajo Mayo	RER N° 750-2016-GRSM/GR	Presupuesto Institucional constituye el documento que rige la ejecución del Presupuesto del Pliego durante el año fiscal 2017.						Emitida por el Pliego

DOCUMENTOS DE GESTION Y/O DIRECTIVAS INTERNAS					COMPONENTE SCI					NOTAS
N°	FECHA	DESCRIPCION	DISPOSITIVO	OBJETO	AMBIENTE DE CONTROL	EVALUACION DE RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	SUPERVISIÓN	
10	08/08/2017	Informe de Evaluación del Presupuesto Institucional	Oficio N° 751-2017-DE-OOSBM-UE-400-UGP	Documento de gestión informa sobre el comportamiento del presupuesto institucional de la unidad ejecutora al primer semestre del 2017 y su respectiva ejecución del presupuesto.						UE 400 OOSBM
11	17/01/2017	Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Resolución Directoral N° 028-2017-D.U.E N°400-OOSBM	Documento de gestión que contiene el Plan Anual de Contrataciones de la OOSBM para el año vigente.						UE 400 OOSBM
12	14/05/2018	Plan Operativo Informático	RD N° 750-2018-D.U.E.N° 400-OOSBM	Constituye un instrumento de gestión de corto plazo, que permite definir las actividades informáticas de la entidad durante el año fiscal, e involucra a la OOSBM como parte integrante del Sistema Nacional de Informática.						UE 400 OOSBM

### **Conclusiones de la actividad análisis normativo**

- J Se revisaron todas las Directivas emitidas por la UE. 400 - OOSBM y de uso determinado por el Gobierno Regional San Martín - GRSM, desde el año 2014 a la fecha (4 Directivas emitidas mediante Resolución Directoral Regional y 3 emitidas con Resolución Directoral por la Unidad Ejecutora, de vigencia actual).
- J Precisar, que las directivas en mención, no hacen referencia expresa a la Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG que aprueba las Normas de Control Interno. Mayormente se hace referencia a la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y en otros pocos casos a la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- J Las directivas emitidas en su gran mayoría tienen el propósito de regular aspectos técnicos normativos de carácter sectorial o de los sistemas administrativos, mas no han tenido el propósito expreso de adecuarse al marco normativo específico del Sistema de Control Interno. Dicho esto sin embargo, ello no significa que no cubran aspectos del Sistema de Control Interno sino que lo hacen de manera indirecta.
- J Es el caso por ejemplo del componente de Ambiente de Control. Las Directivas emitidas en su gran mayoría tienen fines de rectoría, vale decir, el establecer “lo que se debe hacer” y/o “como se debe hacer”, lo cual es inherente al componente de Ambiente Control del Sistema de Control Interno y por lo tanto sí lo desarrollan. De otro lado sin embargo, no hacen mayor referencia a otros componentes del Sistema, por ejemplo, el de Evaluación de Riesgos. En tal sentido es una consideración a tener en cuenta futuro.

### **Cobertura, pertinencia y aplicación de las Directivas Internas en las unidades orgánicas.**

- J Se aplicó una encuesta para conocer la opinión de los usuarios respecto a los principales documentos de gestión que aplican en su gestión diaria (ROF, CAP, MOF/Clasificador de Cargos, Manual de Procedimientos y Directivas internas), en términos de cobertura (¿se cubren todos los aspectos que debería cubrirse?), pertinencia (¿se corresponden con las necesidades y requerimientos de la realidad?) y aplicación (¿los usuarios lo usan?).
- J En resumen, los resultados señalan que se considera a los documentos de gestión y directivas internas como instrumentos que delimitan los procesos y procedimientos de mucha importancia al interior de cada entidad y como componentes claves en el sistema de control interno a implementarse. Por lo que se considera necesario tomar en cuenta la vigencia de normas como los de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM que establece que las entidades públicas deben elaborar su Mapa de Procesos, lo que comprende la descripción de los Procedimientos que componen cada proceso<sup>3</sup>.
  - J Así también los instrumentos de gestión como:
    - Reglamento Interno de los Servidores Civiles – RIS
    - Directiva de Registro de control de asistencia
    - Procedimientos para organizar Legajos de los servidores civiles
    - Procedimientos de Protección de información del Legajo

<sup>3</sup> Ver documento “Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM”. Secretaría de Gestión Pública, PC; 2014.



- Manual de Puestos Tipo (MPT)
- Manual de Perfiles de Puestos (MPP)
- Plan de Desarrollo de las Personas

Descritos apropiadamente en el numeral Título VII del DECRETO SUPREMO N° 040-2014-PCM que Aprueban Reglamento General de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.

- ) Es decir en materia relativa a documentos de gestión hay muchos espacios de mejora y si algunos instrumentos ya están en proceso, entonces es el momento propicio para una verificación y formular una nueva propuesta, que cumpla o satisfaga las necesidades institucionales, para ello podría tener en cuenta los elaborados por su ente en la función del gobierno, el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional San Martín, el Pliego Presupuestario, entre otras.

### c. Actividad identificación de procesos de gestión

Esta actividad tiene como objetivo, la identificación de los principales procesos de gestión de la UE. 400 - OOSBM, de acuerdo a lo dispuesto por la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD en el sentido que el Sistema de Control Interno se enmarca en el enfoque de Gestión por Procesos establecido en la Ley N° 27658, Ley de Modernización del Estado y el D.S. N° 004-2012-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Administrativa. Habiéndose tomado como referencia para esta actividad lo desarrollado por la Sede Central del GRSM<sup>4</sup>, que es el nivel jerárquico a tomarse en cuenta, por ser esta unidad ejecutora parte del Pliego GRSM.

Con esa finalidad se realizaron las actividades siguientes:

**Levantamiento de Información:** Para la identificación de los principales procesos de gestión de la UE. 400 - OOSBM se ha seguido los lineamientos del documento “Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM”. Secretaría de Gestión Pública de la PCM, y que básicamente consiste en: Identificar el propósito de la Entidad; identificar los principales bienes y servicios y sus destinatarios; y a partir de ello, identificar los procesos de la Entidad.

Para lo cual, se ha tomado como base las normas constitutivas de los Gobiernos Regionales:

- » Ley N° 27680, que modifica el Capítulo XIV del Título IV de la Constitución “De la Descentralización”.
- » Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, y sobre todo,
- » Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

Específicamente, se han realizado las siguientes tareas:

- i. Identificación de la misión, fines institucionales, competencias y funciones del GRSM con base al marco legal de los Gobiernos Regionales.
- ii. Análisis de las funciones específicas respecto a los tipos de procesos de gestión (estratégicos, operativos, y de soporte). “Cuadro de Funciones por Tipo de Proceso de Gestión”
- iii. Análisis e identificación de los servicios (productos) que provee la UE. 400 - OOSBM e identificación de sus destinatarios (clientes internos y/o externos). Matriz Cliente Producto de la UE. 400 - OOSBM”

<sup>4</sup> Informe Final Elaboración del Diagnóstico para la Implementación del SCI del GRSM, Moyobamba Dic 2016.

- iv. Identificación de los macro procesos (procesos de nivel 0) del GRSM, que incluye a la UE. 400 - OOSBM.
- v. Identificación de los sub procesos del GRSM, que incluye a la UE. 400 - OOSBM.

### **Resultado del Análisis e Identificación de Principales Procesos**

**Identificación de la misión, fines institucionales, competencias y funciones de la UE. 400 - OOSBM como unidad ejecutora conformante del GRSM con base al marco legal de los Gobiernos Regionales.**

#### **) Fines y misión institucional**

Los fines y misión institucional están claramente establecidas para los Gobiernos Regionales en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (LOGR), acorde a los artículos siguientes:

**Artículo 4º.- Finalidad:** Los gobiernos regionales tienen por finalidad esencial fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo.

**Artículo 5º.- Misión del Gobierno Regional.** La misión de los gobiernos regionales es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región.

#### **) Competencias constitucionales, exclusivas y compartidas del gobierno regional**

Las competencias constitucionales son las establecidas en la LOGR con base a los Art. 192 y 193 del Capítulo XIV, del Título IV De la Descentralización, de la Constitución de la República, reformada mediante la Ley 27680 Ley de Reforma Constitucional.

**Artículo 9º.- Competencias constitucionales.** Los gobiernos regionales son competentes para:

- a. Aprobar su organización interna y su presupuesto.
- b. Formular y aprobar el plan de desarrollo regional concertado con las municipalidades y la sociedad civil.
- c. Administrar sus bienes y rentas.
- d. Regular y otorgar las autorizaciones, licencias y derechos sobre los servicios de su responsabilidad.
- e. Promover el desarrollo socioeconómico regional y ejecutar los planes y programas correspondientes.
- f. Dictar las normas inherentes a la gestión regional.
- g. Promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a Ley.
- h. Fomentar la competitividad, las inversiones y el financiamiento para la ejecución de proyectos y obras de infraestructura de alcance e impacto regional.
- i. Presentar iniciativas legislativas en materias y asuntos de su competencia.
- j. Ejercer las demás atribuciones inherentes a su función, conforme a ley.

Las competencias exclusivas y compartidas son las establecidas en la LOGR con base a los Art. 35 al 38 del Título VI de la Ley 27783 Ley de Bases de la Descentralización.

**Artículo 10.- Competencias exclusivas y compartidas establecidas en la Constitución y la Ley de Bases de la Descentralización.** Los gobiernos regionales ejercen las competencias exclusivas y compartidas que les asigna la Constitución, la Ley de Bases de la Descentralización y la presente Ley, así como las competencias delegadas que acuerden entre ambos niveles de gobierno.

» **Competencias Exclusivas**

Son Competencias Exclusivas, de acuerdo al artículo 35 de la Ley Orgánica de Bases de la Descentralización N° 27783, las siguientes:

- a) Planificar el desarrollo integral de su región y ejecutar los programas socioeconómicos correspondientes, en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo.
- b) Formular y aprobar el Plan de Desarrollo Regional Concertado con las municipalidades y la sociedad civil de su región.
- c) Aprobar su organización interna y su presupuesto institucional conforme a la Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y las Leyes Anuales de Presupuesto.
- d) Promover y ejecutar las inversiones públicas de ámbito regional en proyectos de infraestructura vial, energética, de comunicaciones y de servicios básicos de ámbito regional, con estrategias de sostenibilidad, competitividad, oportunidades de inversión privada, dinamizar mercados y rentabilizar actividades.
- e) Diseñar y ejecutar programas regionales de cuencas, corredores económicos y de ciudades intermedias.
- f) Promover la formación de empresas y unidades económicas regionales para concertar sistemas productivos y de servicios.
- g) Facilitar los procesos orientados a los mercados internacionales para la agricultura, la agroindustria, la artesanía, la actividad forestal y otros sectores productivos, de acuerdo a sus potencialidades.
- h) Desarrollar circuitos turísticos que puedan convertirse en ejes de desarrollo.
- i) Concretar acuerdos con otras regiones para el fomento del desarrollo económico, social y ambiental.
- j) Administrar y adjudicar los terrenos urbanos y eriazos de propiedad del Estado en su jurisdicción, con excepción de los terrenos de propiedad municipal.
- k) Organizar y aprobar los expedientes técnicos sobre acciones de demarcación territorial en su jurisdicción, conforme a la ley de la materia.
- l) Promover la modernización de la pequeña y mediana empresa regional, articuladas con las tareas de educación, empleo y a la actualización e innovación tecnológica.
- m) Dictar las normas sobre los asuntos y materias de su responsabilidad, y proponer las iniciativas legislativas correspondientes.
- n) Promover el uso sostenible de los recursos forestales y de biodiversidad.
- o) Otras que se le señale por ley expresa.

» **Competencias Compartidas**

Son Competencias Compartidas, de acuerdo al artículo 36 de la Ley Orgánica de Bases de la Descentralización N° 27783, las siguientes:

- a) Educación. Gestión de los servicios educativos de nivel inicial, primarios, secundarios y superior no universitaria, con criterios de interculturalidad orientados a potenciar la formación para el desarrollo.
- b) Salud pública.**
- c) Promoción, gestión y regulación de actividades económicas y productivas en su ámbito y nivel, correspondientes a los sectores agricultura, pesquería, industria, comercio, turismo, energía, hidrocarburos, minas, transportes, comunicaciones y medio ambiente.
- d) Gestión sostenible de los recursos naturales y mejoramiento de la calidad ambiental.
- e) Preservación y administración de las reservas y áreas naturales protegidas regionales.
- f) Difusión de la cultura y potenciación de todas las instituciones artísticas y culturales regionales.
- g) Competitividad regional y la promoción de empleo productivo en todos los niveles, concertando los recursos públicos y privados.
- h) Participación ciudadana, alentando la concertación entre los intereses públicos y privados en todos los niveles.
- i) Otras que se le delegue o asigne conforme a Ley.

**) Competencias de los gobiernos regionales por tipo de proceso**

A continuación se clasifican las competencias del Gobierno Regional (por consiguiente las competencias de sus unidades ejecutoras) según el tipo de procesos: Estratégico, Operacional, o de Soporte.

**CUADRO 3**

**COMPETENCIAS DEL GOBIERNO REGIONAL SEGÚN TIPO DE FUNCIONES**

COMPETENCIA (según Ley Orgánica de Gobiernos Regionales)	PROCESO ESTRATEGICO	PROCESO OPERACIONAL	PROCESO DE SOPORTE
Artículo 9°, literal a)	Formular y aprobar el plan de desarrollo regional concertado con las municipalidades y la sociedad civil.		
Artículo 9°, literal b)			Aprobar su organización interna y su presupuesto.
Artículo 9°, literal c)			Administrar sus bienes y rentas.
Artículo 9°, literal d)		Regular y otorgar las autorizaciones, licencias y derechos sobre los servicios de su responsabilidad.	
Artículo 9°, literal e)		Promover el desarrollo socioeconómico regional y ejecutar los planes y programas correspondientes.	
Artículo 9°, literal f)	Dictar las normas inherentes a la gestión regional.		
Artículo 9°, literal g)		Promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente,	

		conforme a Ley.	
Artículo 9°, literal h)		Fomentar la competitividad, las inversiones y el financiamiento para la ejecución de proyectos y obras de infraestructura de alcance e impacto regional.	
Artículo 9°, literal i)	Presentar iniciativas legislativas en materias y asuntos de su competencia.		

**i. Análisis de las funciones específicas respecto a los tipos de procesos de gestión (estratégicos, operativos, y de soporte). “Cuadro de Funciones por Tipo de Proceso de Gestión”.**

**) Funciones específicas de los gobiernos regionales por tipo de proceso (Ley N° 27867)**

En el cuadro a continuación se presenta el detalle del análisis de las funciones específicas (funciones en materia de salud) de la UE. 400 - OOSBM, unidad ejecutora conformante del Gobierno Regional establecidas en la LOGR, clasificadas según el tipo de procesos: Estratégico, Operacional o de Soporte.

**FUNCIONES POR TIPO DE PROCESO**

<b>5 FUNCIONES EN MATERIA DE SALUD</b>			
<b>Función</b>	<b>Proceso Estratégico</b>	<b>Proceso Operacional</b>	<b>Proceso de Soporte</b>
Artículo 49.- Funciones en materia de salud			
a)	Formular, aprobar y ejecutar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.	Ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.	
b)	Formular (...) concertadamente el Plan de Desarrollo Regional de Salud.	(...) Ejecutar concertadamente el Plan de Desarrollo Regional de Salud.	
c)		Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.	
d)		Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.	
e)		Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.	

5 FUNCIONES EN MATERIA DE SALUD			
Función	Proceso Estratégico	Proceso Operacional	Proceso de Soporte
f)		Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales.	
g)		Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.	
h)		Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.	
i)		Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.	
j)		Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.	
k)		Promover y preservar la salud ambiental de la región.	
l)		Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.	
m)		Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.	

5 FUNCIONES EN MATERIA DE SALUD			
Función	Proceso Estratégico	Proceso Operacional	Proceso de Soporte
n)		Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.	
o)		Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.	
p)		Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.	

**i. Análisis e identificación de los servicios (productos) que provee el GRSM e identificación de sus destinatarios (clientes internos y/o externos), que incluye a sus unidades ejecutoras, entre ellas la UE. 400 - OOSBM.**

A continuación se presenta la Matriz Cliente Producto del GRSM.

**CUADRO 7  
MATRIZ CLIENTE PRODUCTO DEL GOBIERNO REGIONAL**

PRODUCTO		Políticas Públicas	Planes y Programas	Normas, estándares técnicos	Regulación, Fiscalización, Sanción	Autorizaciones, reconocimiento de derechos	Ejecución Proyectos Inversión Pública	Prestación de servicios	Acciones de fomento y promoción	Acciones seguimiento, supervisión y evaluación	Articulación de la Gestión Territorial	Gestión Institucional
Ciudadanos y población en general	- Niños, jóvenes, adultos, adultos mayores.	x	x	x	X	x	x	x	x	x		
	- Miembros de comunidades nativas.	x	x	x	X	x	x	x	x	x		
Organismos y entes ejecutores adscritos al Pliego GRSM, organismos desconcentrados del GRSM, unidades orgánicas y dependencias de la Sede Central del GRSM	- Proyectos especiales.	x	x				x			x	x	x
	- Direcciones Regionales Sectoriales	x	x							x	x	x
	- Gerencias Territoriales del GRSM.	x	x				x			x	x	x
	- Gerencias, Oficinas y dependencias de la Sede Central del GRSM.	x	x				x			x		x
Entidades públicas y privadas que desarrollan actividades en San Martín	- Municipalidades provinciales y distritales del departamento de San Martín	x	x	x		x	x			x	x	
	- Organizaciones de base (juntas vecinales, juntas de usuarios, asociaciones de productores, frentes de defensa, etc.).	x	x	x	x	x	x		x		x	
	- Organizaciones gremiales (Colegios profesionales, sindicatos, etc.).	x		x	x	x						
	- Asociaciones civiles sin fines de lucro (ONG's, clubes sociales y deportivos, etc.).	x		x	x	x			x			
	- Empresas, MYPES del departamento.	x	x	x	x	x	x		x		x	



**ii. Identificación de los macro procesos (procesos de nivel 0) del GRSM, que incluye a la UE. 400 - OOSBM.**

**MACROPROCESOS DEL GOBIERNO REGIONAL**

COD.	MACROPROCESO	REFERENCIA BASE NORMATIVA
MACROPROCESOS ESTRATEGICOS		
01	Planeamiento concertado del desarrollo económico, social, poblacional, cultural y ambiental de la región.	Ley 27867 Art.6°, 9°b, 10.1° b
02	Promoción (...) de la inversión pública y privada.	Ley 27867 Art. 4°, 9°e, 10.1° d
03	Planeamiento, organización y conducción de la gestión institucional del GRSM.	Ley 27868 Art.5°
MACROPROCESOS OPERATIVOS (Misionales)		
04	Gestión de la inversión pública	Ley 27867 Art. 34°
05	Promoción de la inversión privada	Ley 27867 Art. 34°
06	Administración de terrenos del Estado	Ley 27867 Art 10.1° j
07	Regular actividades y servicios en materia de educación, salud, población, agraria, pesquera, ambiental, ordenamiento territorial, industria, comercio, transportes, telecomunicaciones, vivienda, saneamiento, minería, energía e hidrocarburos, desarrollo social e igualdad de oportunidades, defensa civil, turismo, artesanía.	Ley 27867 Art. 47° al 64°
08	Promover actividades y servicios en materia de educación, salud, población, agraria, pesquera, ambiental, ordenamiento territorial, industria, comercio, transportes, telecomunicaciones, vivienda, saneamiento, minería, energía e hidrocarburos, desarrollo social e igualdad de oportunidades, defensa civil, turismo, artesanía.	Ley 27867 Art. 47° al 64°
09	Gestión de la prestación de servicios educativos y salud pública	Ley 27867 Art. 10.1°
10	Gestión sostenible de los recursos naturales y mejoramiento de la calidad ambiental.	Ley 27867 Art. 10.2°
11	Defensa de los intereses del Estado	Ley 27867 Art. 9°, j
MACROPROCESOS DE SOPORTE		
12	Gestión de la asesoría legal	Ley 27444
13	Gestión de los sistemas administrativos (presupuesto, personal, logística, patrimonio, contabilidad, tesorería, archivo).	Ley 27867 Art. 33°
14	Gestión de las tecnologías de la información.	Ley 27867 Art. 33°
15	Gestión de la comunicación institucional	Ley 27867 Art. 33°

**iii. Identificación de los sub procesos del GRSM, que incluyen a la UE. 400 - OOSBM.**

A continuación se presenta un cuadro con la relación de los principales sub procesos del GRSM

**INVENTARIO DE PROCESOS**

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
01	Planeamiento concertado del desarrollo económico, social, poblacional, cultural y ambiental de la región. (Ley 27867 Art.6°, 9°b, 10.1°b)	01.1	Planeamiento estratégico institucional GRSM	01.1.1	Planeamiento estratégico en desarrollo humano, social e igualdad de oportunidades.
				01.1.2	Planeamiento estratégico en desarrollo económico y sectores productivos.
				01.1.3	Planeamiento estratégico en

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
					infraestructura básica.
				01.1.4	Planeamiento estratégico en materia ambiental
				01.1.5	Planeamiento estratégico en materia de ordenamiento y acondicionamiento territorial.
02	Promoción (...) de la inversión pública y privada. (Ley 27867 Art. 4°, 9° e, 10.1° d).	02.1	Formulación de programa de inversión pública regional.	02.1.1	Priorización, programación y formulación de cartera estratégica multianual de inversiones del GRSM.
		02.2	Formulación de políticas regionales de promoción y fomento de la inversión privada.	02.2.1	Formulación de programa para el fomento de alianzas público privadas, obras por impuestos, y demás mecanismos afines.
				02.2.2	Promoción de las oportunidades de inversión en la Región.
05	Planeamiento, organización y conducción de la gestión institucional del GRSM (Ley 27867 Art. 5°	05.1	Formulación de programa de desarrollo institucional.	05.1.1	Formulación de políticas y planes de captación y capacitación de recursos humanos según requerimientos del GRSM.
				05.1.2	Diseño de programas de mejoramiento continuo y de control interno.
				05.1.3	Diseño de planes de mejoramiento de la infraestructura institucional del GRSM.
				05.1.4	Diseño de la organización interna del GRSM.
06	Regular actividades y servicios en las materias de su competencia en el ámbito y nivel regional (Ley 27867 Art.9° g).	06.1	Regular actividades y servicios en materia de educación		(en proceso)
		06.2	Regular actividades y servicios en materia de trabajo		(en proceso)
		06.3	Regular actividades y servicios en materia de PYMES		(en proceso)
		06.4	Regular actividades y servicios en materia de salud.		(en proceso)

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
		06.5	Regular actividades y servicios en materia de población.		(en proceso)
		06.6	Regular actividades y servicios en materia de agricultura.		(en proceso)
		06.7	Regular actividades y servicios en materia de pesquería.		(en proceso)
		06.8	Regular actividades y servicios en materia de ambiente.		(en proceso)
		06.9	Regular actividades y servicios en materia de ordenamiento territorial.		(en proceso)
		06.10	Regular actividades y servicios en materia de industria.		(en proceso)
		06.11	Regular actividades y servicios en materia de comercio.		(en proceso)
		06.12	Regular actividades y servicios en materia de transportes.		(en proceso)
		06.13	Regular actividades y servicios en materia de telecomunicaciones.		(en proceso)
		06.14	Regular actividades y servicios en materia de vivienda.		(en proceso)
		06.15	Regular actividades y servicios en materia de saneamiento.		(en proceso)
		06.16	Regular actividades y servicios en materia de minería.		(en proceso)
		06.17	Regular actividades y servicios en materia de energía e hidrocarburos.		(en proceso)

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
		06.18	Regular actividades y servicios en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades.		(en proceso)
		06.19	Regular actividades y servicios en materia de defensa civil.		(en proceso)
		06.20	Regular actividades y servicios en materia de administración de terrenos del Estado.		(en proceso)
		06.21	Regular actividades y servicios en materia de turismo.		(en proceso)
		06.22	Regular actividades y servicios en materia de artesanía.		(en proceso)
07	Promover actividades y servicios en las materias de su competencia en ámbito y nivel regional. (Ley 27867 Art.9° g).	07.1	Promover actividades y servicios en materia de educación		(en proceso)
		07.2	Promover actividades y servicios en materia de trabajo		(en proceso)
		07.3	Promover actividades y servicios en materia de PYMES		(en proceso)
		07.4	Promover actividades y servicios en materia de salud.		(en proceso)
		07.5	Promover actividades y servicios en materia de población.		(en proceso)
		07.6	Promover actividades y servicios en materia de agricultura.		(en proceso)
		07.7	Promover actividades y servicios en materia de pesquería.		(en proceso)
		07.8	Promover actividades y servicios en materia de ambiente.		(en proceso)
		07.9	Promover actividades y servicios en materia de ordenamiento territorial.		(en proceso)

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
		07.10	Promover actividades y servicios en materia de industria.		(en proceso)
		07.11	Promover actividades y servicios en materia de comercio.		(en proceso)
		07.12	Promover actividades y servicios en materia de transportes.		(en proceso)
		07.13	Promover actividades y servicios en materia de telecomunicaciones.		(en proceso)
		07.14	Promover actividades y servicios en materia de vivienda.		(en proceso)
		07.15	Promover actividades y servicios en materia de saneamiento.		(en proceso)
		07.16	Promover actividades y servicios en materia de minería.		(en proceso)
		07.17	Promover actividades y servicios en materia de energía e hidrocarburos.		(en proceso)
		07.18	Promover actividades y servicios en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades.		(en proceso)
		07.19	Promover actividades y servicios en materia de defensa civil.		(en proceso)
		07.20	Promover actividades y servicios en materia de administración de terrenos del Estado.		(en proceso)
		07.21	Promover actividades y servicios en materia de turismo.		(en proceso)
		07.22	Promover actividades y servicios en materia de artesanía.		(en proceso)

N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 0	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 1	N° CÓD	PROCESOS DE NIVEL 2
08	Gestión de la prestación de servicios educativos y salud pública (Ley 27867 Art. 10.2, a, b)	08.1	Gestión de la prestación de servicios educativos.	08.1.1	Seguimiento, supervisión y evaluación de los planes y programas en materia de servicios educativos.
		08.2	Gestión de la prestación de servicios de salud pública	08.2.1	Seguimiento, supervisión y evaluación de los planes y programas en materia de servicios de salud.
09	Defensa jurídica de los intereses del GRSM (Ley 27867 Art.º9, j)	09.1	Representación jurídica del GRSM ante instancias jurisdiccionales.	09.1.1	(en proceso)
12	Gestión de los sistemas administrativos del GRSM (presupuesto, personal, logística, patrimonio, contabilidad, tesorería, archivo). (Ley 27867 Art. 33º)		Gestión del sistema de presupuesto del Pliego GRSM.		(en proceso)
			Gestión de los recursos humanos del Pliego GRSM.		(en proceso)
			Gestión de la logística del Pliego GRSM.		(en proceso)
			Gestión del sistema administrativo de control patrimonial del Pliego GRSM.		(en proceso)
			Gestión del sistema administrativo de contabilidad del Pliego GRSM.		(en proceso)
			Gestión del sistema administrativo de tesorería del Pliego GRSM.		(en proceso)
	Gestión del sistema de archivo del Pliego GRSM.		(en proceso)		
13	Gestión de asesoría legal (Ley 27867 Art. 9º j)				(en proceso)
14	Gestión de las tecnologías de la información. (Ley 27867 9º, j)				(en proceso)
15	Gestión de la comunicación institucional (Ley 27867 9º, j)				(en proceso)

### **Conclusiones de la actividad Identificación de Procesos**

- J Esta actividad se realizó de acuerdo a los lineamientos del documento "Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública" de la PCM, de acuerdo a lo señalado en la Directiva N° 013-016-CG.
- J Se realizó el análisis de los fines y propósitos de la entidad, la Matriz de Cliente - Producto, el Mapa de Macroprocesos, y el Inventario de Subprocesos. Cabe señalarse que el análisis de los subprocesos de carácter operacional se ha llegado al nivel de Proceso 1. El desarrollo del detalle de los subprocesos de nivel 2, o según el caso 3, se deberá realizar en la etapa de Cierre de Brechas.
- J En este particular es importante señalar que la UE. 400 - OOSBM asume esta tarea básicamente por el número de competencias y funciones en el Sector Salud como integrante del Gobierno Regional, que en la práctica significa asumir las funciones del Ministerio de Salud, lo que está establecido en la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales que en total determina 213 funciones específicas en 24 sectores o materias diferentes.
- J En tal sentido la implementación de la Gestión por Procesos en el nivel del GRSM, que involucra a la UE. 400 - OOSBM, en la Etapa de Cierre de Brechas necesariamente demandará un esfuerzo importante.

#### **d. Actividad medición del grado de madurez del Sistema de Control Interno**

Esta actividad tiene como objetivo, conocer el grado de implementación de cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno en la UE. 400 - OOSBM.

#### **Actividades Realizadas**

1. Adecuación de formularios de medición del grado de implementación del Sistema de Control Interno. Se adecuaron los cuestionarios de la Directiva N° 320-2006-CG, subdividiéndolos en tres:
  - » Cuestionario para el Personal
  - » Cuestionario para Coordinadores
  - » Cuestionario para la Oficina de Tecnologías de la Información.
2. Aplicación de encuestas. Se aplicaron las encuestas y cuestionarios a los funcionarios y al personal, a través de los Coordinadores de las Unidades Orgánicas y se hizo el seguimiento para la entrega de resultados.
3. Sistematización de datos. Se procesaron y tabularon 84 encuestas de 92, que se estimaron pertinentes por el contenido de la información, algunas le faltaban llenar datos.

**Resultados de la medición del Grado de Madurez del sistema de Control Interno en la UE. 400 - OOSBM.**

A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios.

**RESULTADOS DE ENTREVISTAS DE MEDICION DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI SEGÚN COMPONENTES**

Calificación: Cada respuesta ha sido calificada con un valor del 1 al 5 de acuerdo al siguiente detalle.	1. No se cumple.
	2. Se cumple insatisfactoriamente.
	3. Se cumple aceptablemente.
	4. Se cumple en alto grado.
	5. Se cumple plenamente.

Nº	Descripción	PROM
<b>1.- Componente: Ambiente de Control</b>		<b>1.97</b>
<b>Subcomponente: Filosofía de la dirección</b>		<b>2.59</b>
1	La Gerencia/Subgerencia muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento de control interno en la entidad a través de políticas, documentos, charlas y otros medios.	2.45
2	La Gerencia/Subgerencia reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales.	2.48
3	La Gerencia/Subgerencia incentiva el desarrollo transparente de las actividades de la entidad.	2.85
4	Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas.	2.76
5	La Gerencia/Subgerencia proporciona el apoyo logística y de personal para el adecuado desarrollo de las labores de control.	2.64
6	La Gerencia/Subgerencia demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del OCI.	2.37
<b>Subcomponente: Integridad y valores éticos</b>		<b>1.63</b>
7	La entidad cuenta con un código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones.	1.15
8	La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".	1.24
9	Se comunican debidamente dentro de la entidad de acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas.	1.49
10	La Gerencia/Subgerencia demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad.	2.29
11	Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Dirección.	2.00



<b>Subcomponente: Administración estratégica</b>		<b>2.22</b>
12	La Gerencia/Subgerencia ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.	2.29
13	La Gerencia/Subgerencia asegura que todas las Áreas, formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su plan operativo institucional.	2.51
14	Los planes estratégicos, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.	2.38
15	Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su plan operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos.	2.45
16	La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las Gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios.	2.06
17	Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados.	1.60
<b>Subcomponente: Estructura organizativa</b>		<b>1.67</b>
18	La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad.	1.93
19	El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente delimitadas.	1.88
20	La entidad cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado.	1.51
21	Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el PAP y un cargo incluido en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP).	1.85
22	La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la entidad.	1.48
23	Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información.	1.38
<b>Subcomponente: Administración RRHH</b>		<b>2.00</b>
24	La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social, y evaluación de personal.	2.13
25	Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa relacionados con el puesto al que ingresa y de los principios éticos.	2.2
26	Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades.	1.85
27	La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo.	2.06
28	La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.	1.77

<b>Subcomponente: Competencia profesional</b>		<b>2.21</b>
29	Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el CAP y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo).	1.87
30	El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo.	2.58
31	El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control Interno.	2.17
<b>Subcomponente: Asignación de autoridad y responsabilidad</b>		<b>2.01</b>
32	La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos.	1.98
33	Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.	1.51
34	Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden.	2.55
<b>Subcomponente: Órgano de control institucional</b>		<b>1.44</b>
35	Los Órganos de Control evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo.	1.63
36	Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del OCI.	1.31
37	El OCI evalúa periódicamente el sistema de control interno de la entidad.	1.37

<b>2.- Componente: Evaluación de Riesgos.</b>		<b>1.26</b>
<b>Subcomponente: Planeamiento administración de riesgos</b>		<b>1.41</b>
1	Se ha desarrollado un Plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.	1.38
2	La Gerencia/Subgerencia ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos	1.32
3	El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como es la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.	1.69
4	La entidad cuenta y ha puesto en práctica el plan de Administración de Riesgos.	1.23
<b>Subcomponente: Identificación de los riesgos</b>		<b>1.25</b>
5	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.	1.33
6	Se han identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de las actividades.	1.31
7	Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.	1.19
8	En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).	1.17

<b>Subcomponente: La valoración de los riesgos</b>		<b>1.25</b>
9	En el desarrollo de sus actividades se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).	1.37
10	En el desarrollo de sus actividades se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (impacto).	1.27
11	Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.	1.11
<b>Subcomponente: Respuesta al riesgo</b>		<b>1.11</b>
12	Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.	1.17
13	Se han definido lineamientos para efectuar seguimientos periódicos a los controles desarrollados con respecto a los riesgos.	1.05
<b>3.- Componente: Actividad de Control Gerencial</b>		<b>1.84</b>
<b>Subcomponente: Procedimiento de autorización y aprobación</b>		<b>1.91</b>
1	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizadas para todos los procesos y actividades.	1.88
2	Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables.	1.94
<b>Subcomponente: Segregación de funciones</b>		<b>1.26</b>
3	Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.	1.26
4	Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude.	1.26
<b>Subcomponente: Evaluación costo-beneficio</b>		<b>1.28</b>
5	El costo de los controles establecidos para sus actividades está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).	1.29
6	Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener.	1.27
<b>Subcomponente: Controles sobre el acceso a los recursos o archivos</b>		<b>1.76</b>
7	Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos.	1.52
8	El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas entre otros.	2.08
9	Periódicamente se comparan los recursos signados con los registros de la entidad (por ejemplo arqueos, inventarios u otros).	1.9
10	Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos.	1.39
11	Los documentos internos que genera y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos.	1.89

<b>Subcomponente: Verificaciones y conciliaciones</b>		<b>1.9</b>
12	Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades y tareas.	1.87
13	Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes.	1.93
<b>Subcomponente: Evaluación de desempeño</b>		<b>2.22</b>
14	La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas.	2.18
15	La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales, disposiciones normativas vigentes.	2.26
<b>Subcomponente: Rendición de cuentas</b>		<b>2.00</b>
16	La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas.	2.04
17	La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal.	1.83
18	Conoce sus responsabilidades con respecto de las rendiciones de cuenta.	2.12
<b>Subcomponente: Documentación de procesos, actividades y tareas</b>		<b>2.32</b>
19	El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos.	2.39
20	Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidos, establecidos y documentados al igual que sus modificaciones.	2.24
<b>Subcomponente: Revisión de procesos, actividades y tareas</b>		<b>2.04</b>
21	Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.	2.00
22	Se implementan las mejoras propuestas y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias.	2.07
<b>Subcomponente: Controles para las tecnologías de la información</b>		<b>1.71</b>
23	Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información.	1.88
24	Es restringido el acceso a la sala de cómputo, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup).	2.21
25	Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información.	2.10
26	La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático.	1.50
27	El área de informática cuenta con un plan de contingencias.	1.30
28	Se han definido los controles de acceso general (seguridad Física y Lógica de los equipos centrales).	1.56
29	Se han creado perfiles de usuarios de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.	1.86
30	Los programas informativos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso.	1.48

31	La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).	2.20
32	Se lleva el control de los nuevos productos ingresados desarrollo así como de las modificaciones de los existentes en carpetas documentadas.	1.83
33	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones.	1.36
34	La entidad ha establecido controles para la adquisición paquetes software.	1.23
<b>4.- Componente: Información y Comunicación</b>		<b>2.01</b>
<b>Subcomponente: Funciones y características de la información</b>		<b>1.95</b>
1	La información Gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones.	2.07
2	Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información.	1.82
<b>Subcomponente: Información y responsabilidad</b>		<b>2.08</b>
3	Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado los controles necesarios en las áreas respectivas.	2.05
4	Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.	2.11
<b>Subcomponente: Calidad y suficiencia de la información</b>		<b>2.58</b>
5	La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades.	2.79
6	Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.	2.37
<b>Subcomponente: Los sistemas de información</b>		<b>2.02</b>
7	La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades.	2.33
8	Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras.	1.70
<b>Subcomponente: Flexibilidad al cambio</b>		<b>1.87</b>
9	Se revisan periódicamente los sistemas de información y de ser necesario se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento.	1.87
<b>Subcomponente: Archivo institucional</b>		<b>1.68</b>
10	La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información general por entidad.	1.61
11	La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónicos, magnéticos y físicos).	1.83
12	Los ambientes utilizados por el archivo institucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado.	1.61

<b>Subcomponente: Comunicación interna</b>		<b>1.79</b>
13	La entidad ha elaborado y difundido documentos que orientan la comunicación interna.	1.80
14	La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otro evento resultante.	1.76
15	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.	1.82
<b>Subcomponente: Comunicación externa</b>		<b>1.81</b>
16	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional.	2.06
17	El portal de transparencia de la entidad se encuentra adecuadamente actualizado.	1.54
18	La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	1.83
<b>Subcomponente: Canales de comunicación</b>		<b>2.31</b>
19	Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: memorando, paneles informativos, boletines, revistas.	2.30
20	Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.	2.31
<b>5. Componente: Supervisión</b>		<b>2.13</b>
<b>Subcomponente: Actividades de prevención y monitoreo</b>		<b>2.24</b>
1	En el desarrollo de sus labores, se realizan acciones de supervisión para reconocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido, quedando evidencias de ello.	2.26
2	Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos (monitoreo).	2.21
<b>Subcomponente: Seguimiento de resultados</b>		<b>2.13</b>
3	Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección,	2.33
4	Cuando se descubre oportunidades de mejora, se disponen medidas para desarrollarlas.	2.37
5	Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejores propuestas a las deficiencias detectadas por el OCI.	1.68
<b>Subcomponente: Compromisos de mejoramiento</b>		<b>2.02</b>
6	La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente.	1.89
7	Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas.	2.06
8	Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento.	2.10

**Conclusiones de la actividad Medición de la Madurez del Sistema de Control Interno en la UE. 400 - OOSBM.**

A continuación se presenta un cuadro de resumen de la calificación de cada componente.

**CUADRO 11**

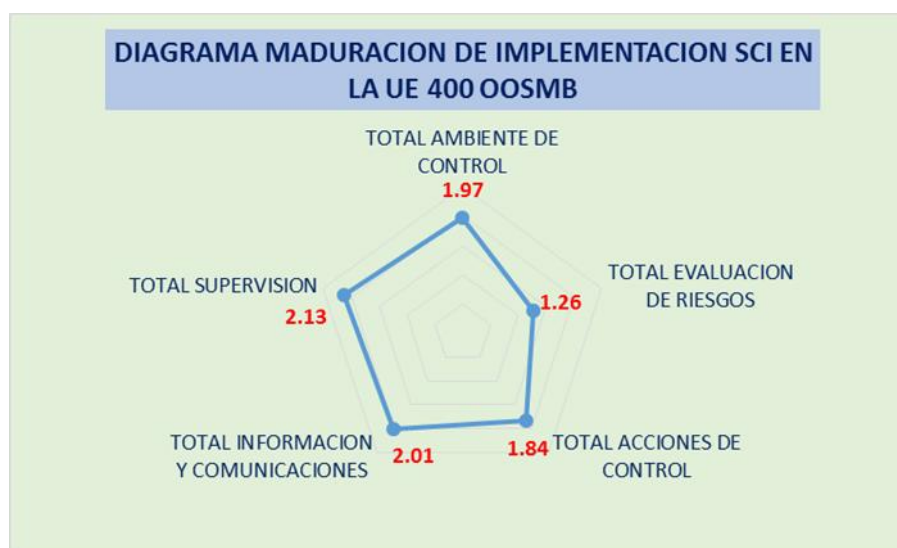
**RESUMEN DE LA MEDICION DEL GRADO DE MADUREZ**

COMPONENTE	CALIFICACION
TOTAL AMBIENTE DE CONTROL	1.97
TOTAL EVALUACION DE RIESGOS	1.26
TOTAL ACCIONES DE CONTROL	1.84
TOTAL INFORMACION Y COMUNICACIONES	2.01
TOTAL SUPERVISION	2.13

Asimismo, se presenta un diagrama de los resultados en el cual se visualiza los espacios por llenar entre la situación actual (línea interna) y la situación deseada (líneas externas del pentágono).

**DIAGRAMA**

**MEDICION DE LA MADUREZ DE IMPLEMENTACION DEL SCI SEGÚN ENCUESTAS**



- ) En términos generales se aprecia que las calificaciones se centran alrededor del valor de 1.8 correspondiente al calificativo “Se cumple insatisfactoriamente”.
- ) Sin embargo cabe señalarse que esta es una medida de la percepción de los encuestados y en tal sentido es más subjetiva que objetiva.
- ) Un punto que llama la atención es la calificación relativamente alta (1.08) que los encuestados asignan al Componente de Evaluación de Riesgos. Analizando el detalle

de las respuestas se encuentra que se asigna calificaciones a preguntas clave tales como:

PREGUNTA	CALIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
Se ha desarrollado un Plan de actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.	1.38	No se conoce de algún plan de estas características que haya sido formulado.
La Gerencia/Subgerencia ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos	1.32	No se conoce de algún documento de políticas o lineamientos para la Administración de Riesgos que haya sido formulado. (Es preciso indicar, que la pregunta no se refiere a administración de riesgos de desastres o similares sino a riesgos de gestión).
El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como es la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos.	1.69	No se conoce de algún documento de este tipo.
La entidad cuenta y ha puesto en práctica el plan de Administración de Riesgos.	1.23	No se conoce de algún documento de este tipo.
Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo.	1.33	No se conoce de algún documento de este tipo.
Se han identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de las actividades.	1.31	No se conoce de algún documento de este tipo.
Se ha participado en la identificación de los riesgos de las actividades de las diferentes unidades orgánicas o procesos.	1.19	No se conoce de algún documento de este tipo.
En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).	1.17	No se conoce de algún documento de este tipo.
En el desarrollo de sus actividades se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).	1.37	No se conoce de algún documento de este tipo.
En el desarrollo de sus actividades se ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (impacto).	1.27	No se conoce de algún documento de este tipo.
Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito.	1.11	No se conoce de algún documento de este tipo.
Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados.	1.17	No se conoce de algún documento de este tipo.
Se han definido lineamientos para efectuar seguimientos periódicos a los controles desarrollados con respecto a los riesgos.	1.05	No se conoce de algún documento de este tipo.



- J Las valoraciones de respuestas obtenidas responde principalmente a un desconocimiento de los funcionarios y del personal en general del Sistema de Control Interno y de sus normas específicas, lo cual reflejaría la necesidad de efectuar mayores esfuerzos en materia de sensibilización y capacitación en estas materias.
- J Con estas consideraciones, se plantea que las encuestas no son el mejor instrumento para medir el grado de implementación del Sistema de Control Interno en la UE. 400 - OOSBM, y por consiguiente para identificar las debilidades y fortalezas a considerar en la etapa de cierre de brechas.

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

Identificar las brechas y oportunidades existentes en la UE. 400 - OOSBM para la implementación del Sistema de Control Interno.

##### Análisis para la identificación de Brechas y Oportunidades

- J Se analizó el marco normativo del Sistema de Control y los resultados del relevamiento documentario, la aplicación de instrumentos para el levantamiento de datos (Encuestas de Concordancia Normativa, Identificación de Procesos, Medición de Grado de Madurez del Sistema de Control Interno), y entrevistas con los funcionarios y el personal de las unidades orgánicas.
- J Se sistematizó y analizó la información agrupándola según Componentes.
- J Se verifico las recomendaciones emanadas de Informes de Auditorías realizada por la OCI de la DIRES correspondientes a los años 2003 al 2010 y de una Acción de Control Simultáneo realizado en el año 2016 y de una Visita Preventiva en el año 2018.
- J Se verifico las recomendaciones emanadas de Informes de Auditorías en este caso del Órgano de Control Institucional del Gobierno Regional de San Martín, en mi función de responsable del seguimiento de la implementación de las recomendaciones de los órganos de control.
- J Se verifico la recopilación y de la Matriz de Riesgos en el Sector Salud – Gobierno Regional San Martín, en ella se determina responsabilidad a las Redes de Salud de Picota, El Dorado y San Martín, así también sus respectivos plazos para implementarla.

##### 1. Resultados de la identificación de las Brechas y Oportunidades

- J Tal como se ha señalado en el acápite anterior las encuestas no serían el mejor medio para medir el grado de implementación del Sistema de Control Interno ni para evaluar las brechas y oportunidades. Concretamente se plantea que el análisis normativo, la información brindada directamente por los funcionarios de las unidades orgánicas, y la observación directa de las actividades que se realizan en ellas constituyen una mejor fuente para evaluar las brechas y oportunidades.
- J Para ello como primer paso se plantea analizar el marco lógico del Sistema de Control Interno, el cual se desarrolla a continuación.

*“El Control Interno es un proceso integral de gestión efectuado por el titular, funcionarios y servidores de una entidad, diseñado para enfrentar los riesgos en las operaciones de la gestión y para dar seguridad razonable de que, en la consecución de la misión de la entidad, se alcancen los objetivos de la misma, es decir, es la gestión misma orientada a minimizar los riesgos”. (Numeral 6.2, Directiva N° 013-2016-CG/GPROD Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado).*

Vale decir, **el objetivo central del Control Interno es minimizar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales de la Entidad**

Ahora bien, los riesgos no se refieren única, exclusiva o principalmente a la comisión de actos dolosos o de corrupción de parte de los actores. Más importante es el riesgo que un proceso de selección “se caiga” afectando la oportuna contratación de un servicio o adquisición de un bien requerido para el desarrollo de una actividad en el plazo programado.

O también que los proyectos de inversión pública no se prioricen adecuadamente de forma tal que los limitados recursos de inversión no se destinen a atender de la mejor manera el logro de los objetivos institucionales.

En tal sentido, un paso fundamental en la implementación del Sistema de Control Interno es identificar correctamente los objetivos institucionales, y adoptar las disposiciones necesarias para que los recursos asignados se ejecuten con eficiencia y eficacia. Este es el tema central del Componente de Ambiente Control.

Una vez identificados los objetivos y establecidas las disposiciones para su logro con criterios de eficiencia y eficacia, se deben identificar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos (Componente de Evaluación de Riesgos).

*“Para implementar el presente componente (evaluación de riesgos) se diseñará y aplicará una metodología para la administración de riesgos, identificando, analizando, valorando y dando respuesta a los riesgos que está expuesta la institución, optimizando los recursos disponibles a través de la minimización de las pérdidas que pudieran presentarse como por la no consecución de sus objetivos.*

Una vez que los riesgos sean identificados y priorizados, se deberán implementar las acciones para minimizar estos riesgos y/o para mitigar el posible daño. (Componente de Acciones de Control).

El Componente de Información y Comunicación busca implementar mecanismos que sirvan de soporte al conjunto de componentes, procesos y actividades del Sistema de Control.

El Componente de Supervisión busca garantizar la adecuada implantación de los controles y su funcionamiento, así como la adopción oportuna y sistemática de las medidas correctivas bajo un enfoque de mejoramiento continuo de la gestión.

Es claro que el Sistema de Control Interno es un proceso en sí mismo donde los componentes están relacionados entre sí. Ahora bien ello no significa que las disposiciones vigentes en la UE. 400 - OOSBM no guarden pertinencia con el Sistema de Control. Todas las Directivas vigentes abordan uno o más componentes del Sistema de Control, enfatizándose que no lo hacen de manera sistémica.

A continuación se presenta un cuadro con la enumeración de las fortalezas y debilidades.

#### 4.4.1. Componente: Ambiente de Control

##### BRECHAS Y OPORTUNIDADES SEGÚN COMPONENTES DEL SCI

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL			
1.1 Filosofía de la Dirección		X	Se aprecia una voluntad clara de la Alta Dirección respecto a los temas de Control Interno, en particular, en lo referido a la lucha contra la corrupción, que se manifiesta en respuestas rápidas frente a indicios o denuncias de actos irregulares, sin embargo, se puede mejorar en la formalización de esta voluntad a través de la formulación de políticas y lineamientos más comprensivas en el tema de control interno en general y una mayor difusión de las mismas.
1.2 Integridad y valores éticos	X	X	La OOSBM para el presente diagnóstico goza de una buena imagen en tanto no existen mayores antecedentes de conductas no adecuadas o actos dolosos de sus funcionarios. No hay una difusión de la Ley del Código de Ética de la Función Pública LEY N° 27815 y su respectivo Reglamento DECRETO SUPREMO N° 033-2005-PCM, así lo estipula el artículo N° 134 del Reglamento General de la Ley del Servicio Civil LEY N° 30057, y que este instrumento de gestión no solo debe ser difundido a través de la web del portal institucional, sino también en algunas charlas o capacitaciones propiciadas por la institución a trabajadores nuevos y antiguos, comunicaciones directas a los email instituciones de los trabajadores, difusiones varias, afiches, periódicos murales; reforzar dicha difusión y/o proponer un documento interno que rija este concepto.
1.3 Administración Estratégica		X	La OOSBM se rige por la administración estratégica establecida por el GRSM, la misma que ha establecido una visión y objetivos de largo y mediano plazo claro y pertinente lo cual se refleja en sus documentos de planificación estratégica vigentes Plan Estratégico Institucional, sin embargo, para el caso esta institución responde a los objetivos estratégicos del sector salud la cual son direccionadas a través de la Dirección regional de Salud.
1.4 Estructura organizacional		X	La estructura organizacional de la OOSBM responde al diseño organizacional actual del GRSM, el mismo que tiene el enfoque tradicional de funciones por unidades orgánicas.
1.5 Administración de los Recursos Humanos	X		Esta es una debilidad manifestada en la OOSBM, existen limitaciones en para la

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
			<p>captación de personal calificado debido a un gran déficit de la oferta existente respecto a la demanda a nivel de las entidades públicas regionales (GRSM, Municipalidades Provinciales y Distritales, organismos nacionales desconcentrados, etc.)</p> <p>La entidad no cuenta con un plan de formación y capacitación del personal, sumamente necesario, ello se debe lograr con la participación de todas las áreas, programando cursos de acuerdo a sus necesidades, hacerlas participes consultándolas sobre cursos o temas de su interés, ello mejorará sus capacidades profesionales en el desarrollo de sus funciones.</p>
1.6 Competencia profesional		X	<p>La entidad cuenta con CAP que determina la asignación de personal para las unidades orgánicas del GRSM, el cual está acompañado de un PAP documento técnico- normativo de Gestión Institucional cuya elaboración es de carácter obligatorio en las instituciones de la Administración Pública, y contiene las plazas debidamente presupuestadas, los mismos que se encuentran considerados en el Cuadro de Asignación Personal.</p>
1.7 Asignación de autoridad y responsabilidad	X	X	<p>Si bien la entidad cuenta con un ROF, es necesario implementar un Manual de Organización y Funciones, donde detallen con precisión las actividades de todo el personal de la institución, pero también es de necesidad implementar manuales, reglamentos u otros documentos normativos emanadas por las áreas y oficinas de la institución, en ello detallaran con precisión las actividades operativas, ejemplo: en Contabilidad es necesario un manual de procedimientos sobre cómo elaborar conciliaciones que sustenten saldos de los Rubros de los Estados Financieros, así como también la áreas con las que se deban realizar. Esto ayudaría muchísimo en la concusión de objetivos y metas institucionales, de la misma forma ayuda en la adaptación y delimitación de actividades del nuevo personal en la institución.</p>
1.8 Órgano de Control Institucional	X	X	<p>La entidad cuenta con recomendaciones tanto Oficinas de Control Institucional de la DIRES y del GORESM, esto ayudad a tener recomendaciones que nos ayuden a mejorar la gestión pública, pero sería importante para la entidad hacer la consulta necesaria para delimitar a que OCI debemos recurrir en el caso de implementar acciones como por ejemplo la implementación del Sistema del Control Interno, para lo cual ambas OCI han</p>

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
			solicitado de conocimiento, el grado de implementación, entendiéndose que tendríamos que respuesta a ambas, en el sentido que duplicarían las utilización de los recursos públicos, y por parte de las OCI habría duplicidad de funciones.

#### 4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos

##### BRECHAS Y OPORTUNIDADES SEGÚN COMPONENTES DEL SCI

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
2. COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS			
2.1 Planeamiento de la Administración de Riesgos	X		No se cuenta con un Plan de Administración de Riesgos formalmente elaborado de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG
2.2 Identificación de Riesgos	X		No se ha realizado un proceso formal de identificación de riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG.
2.3 Valoración de riesgos	X		No se ha realizado un proceso formal de valorización de riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG.
	X	X	<p>No se ha formulado un plan de contingencia o de respuestas a los riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG.</p> <p>No se elaboraron lineamientos necesarios para efectuar seguimientos periódicos a los controles desarrollados con respecto a los riesgos y si hubiere no se está actuando con la celeridad respectiva, restándole oportunidad.</p> <p>Sede OOSBM, si bien se efectúan seguimientos a las recomendaciones estas deben acompañadas por las diferentes áreas en un plan de respuesta rápida la implementación.</p> <p>Redes de Salud, Si están implementando sus recomendaciones, e inclusive en algunas en sus totalidad, pero lamentablemente no se asignó a un persona o grupo para realizar el seguimiento de medidas correctivas y más aún, acopiar información con la que se subsanan las observaciones vertidas. Lo más resaltante es que estas ya subsanaron pero al no ver un informe de implementación de observaciones pues tampoco hay una comunicación oficial tanto a su Dirección como a la UE. OOSBM y, hasta el momento siguen sin levantar las medidas correctivas.</p>

#### 4.4.3. Componente: Actividades de Control Gerencial

##### BRECHAS Y OPORTUNIDADES SEGÚN COMPONENTES DEL SCI

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL			
3.1 Procedimiento de Autorización y Aprobación	X		En la actualidad existen procedimientos de autorización y aprobación para los procesos administrativos. En la medida que estos procesos y procedimientos sean reformulados y/o revisados bajo el enfoque de Gestión por Procesos entonces también se tendrán que revisar los procedimientos de aprobación y autorización. En el caso de los procedimientos de las operaciones de línea, se amerita un mayor análisis y revisión.
3.2 Segregación de funciones	X		Igual que el anterior, en la actualidad existe segregación de funciones en los procesos administrativos. Igualmente, en la medida que estos procesos y procedimientos sean reformulados y/o revisados bajo el enfoque de Gestión por Procesos entonces también se tendrán que revisar que exista una adecuada segregación de funciones.
3.3 Evaluación Costo-Beneficio	X		Al no haberse realizado un proceso formal de evaluación de riesgos tampoco se ha realizado la evaluación del costo de implementación de controles versus el beneficio de la disminución de riesgos.
3.4 Controles sobre el acceso a los recursos o archivos	X		No se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos, esto evidenciado en la práctica, en la actualidad existe documentación que se encuentra a la intemperie de la institución, al costado de la oficina del archivo, esto vulnera la integridad de la documentación, denotando un alto riesgo de pérdida, deterioro y custodia. Es importante implementar procedimientos, manuales y documentos internos que ayuden a superar esta observación.
3.5 Verificaciones y conciliaciones	X	X	Se realizan verificaciones y conciliaciones pero de manera limitada (conciliaciones bancarias, inventarios, almacén, etc.) aunque de manera limitada en cuanto a oportunidad y periodicidad.
3.6 Evaluación de desempeño	X		Se aprecia que las evaluaciones de desempeño que se realizan son básicamente de carácter formal (para el cumplimiento de las normas) y no tanto con fines de mejoramiento. En todo caso su alcance en cuanto a cobertura y periodicidad es limitado.
3.7 Rendición de cuentas	X	X	La rendición de cuentas se realiza en forma parcial. Por el lado financiero, no se evidencian mayores problemas. Sin embargo, se aprecian limitaciones en la rendición de cuentas de resultados de la gestión de los trabajadores en forma individual.
3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas	X		En la actualidad no existe, no se aplica y no se cuenta con un Manual de Procedimientos que no está actualizado ni vigente. No existe un

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
			mapa de procesos ni de procedimientos formalmente elaborado, validado y aprobado.
3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas	X		No se realiza una revisión y evaluación sistemática de los procesos, actividades y tareas. La revisión en todo caso se limita a verificar que los procedimientos existentes se cumplan.
3.10 Controles para las tecnologías de Información y comunicaciones	X		No se han aplicado mecanismos de certificación y de aseguramiento de calidad.

#### 4.4.4. Componente: Información y Comunicación

##### BRECHAS Y OPORTUNIDADES SEGÚN COMPONENTES DEL SCI

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
4. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACION			
4.1 Funciones y características de la información	X	X	Existen directivas para la comunicación externa pero su alcance se limita básicamente a especificaciones de formatos, normas para el acceso y difusión de las mismas, etc.
4.2 Información y responsabilidad	X		La norma establece que se debe promover la comunicación personal y directa lo cual sin embargo se da de manera limitada.
4.3 Calidad y suficiencia de la información	X		Salvo la información "dura" reportada a los organismos de nivel nacional (SIAF, SICON, SEACE, etc.) no se cuenta con políticas específicas para asegurar la calidad de la información en otros temas.
4.4 Sistemas de información	X	X	Existen disposiciones específicas para el desarrollo de aplicaciones de sistemas de información (ejemplo, trámite documentario), el control de uso de equipos, acceso a correos electrónicos, etc. Sin embargo se requieren de planes estratégicos de sistemas de información de mediano y largo plazo que asegure la incorporación de nuevas tecnologías, sistemas, y aplicaciones de forma sistemática, y que además cuente con los recursos necesarios. Se necesita implementar redes de información únicas, en la práctica la sede institucional de la OOSBM y la de la Red de Salud San Martín, comparten áreas y oficinas comunes, pero se ubican juntas, por ello la necesidad. Las iniciativas que se implementan resultan esfuerzos parciales y muchas veces no cuenta con los recursos suficientes.
4.5 Flexibilidad al cambio	X	X	Se dan cambios para incorporar nuevas tecnologías y aplicaciones, la respuesta es algo lenta, en parte por limitaciones en la asignación de recursos.
4.6 Archivo institucional	X	X	Se cuenta con un órgano específico para la administración del archivo documentario institucional el mismo que cuenta con un local asignado. Sin embargo, hay medidas que se pueden implementar para mejorar la gestión documentaria (Por ejemplo la digitalización del archivo documentario).
4.7 Comunicación interna	X	X	Existe un sistema de gestión documentaria

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
			interna.
4.8 Comunicación externa		X	Existe una directiva que establece la formulación de estrategias de medios y la elaboración de planes de comunicación para las unidades orgánicas de la entidad.
4.9 Canales de comunicación	X	X	Existen medios técnicos adecuados para un adecuado flujo de comunicaciones (vertical y horizontal), tales como el portal web y el correo institucional. Sin embargo su uso como medio de comunicación e información es limitado. Sería importante activar las comunicaciones internas con Emails laborales en la institución, esto ayudaría a la fluidez y oportunidad de respuesta en las comunicaciones formales en la institución, ayuda mucho en trabajos operativos en conjunto.

#### 4.4.5. Componente: Supervisión

##### BRECHAS Y OPORTUNIDADES SEGÚN COMPONENTES DEL SCI

COMPONENTE/PRINCIPIO	BRECHAS	OPORTUNIDADES	COMENTARIOS
5. COMPONENTE SUPERVISION			
5.1 Actividades de prevención y monitoreo	X		Este aspecto se refiere a la revisión y seguimiento permanente de las disposiciones establecidas en los documentos de gestión para asegurar su cumplimiento (ROF, CAP, MOF, Directivas, etc.) así como al uso permanente de indicadores de gestión para medir la producción diaria en aspectos centrales a la gestión de la entidad. Tal como se ha señalado, la aplicación de los documentos de gestión vigentes es limitada y en cuanto al uso de indicadores de medición de la producción diaria estos no se aplican.
5.2 Seguimiento de resultados	X		Este aspecto se refiere a la elaboración de Reportes de Deficiencias sistemáticos y permanentes como resultado de las actividades de prevención y monitoreo arriba señaladas. Esta práctica no está instalada en la OOSBM.
5.3 Compromiso de mejoramiento	X		Este aspecto se refiere principalmente a la ejecución de actividades permanentes de mejora a partir de dos fuentes: la evaluación de fuentes independientes y principalmente la autoevaluación. La implementación de medidas correctivas de fuentes externas o independientes es algo que se da (recomendaciones de órganos de control). Sin embargo la aplicación de la autoevaluación y auto control no es algo que se aplique de manera expresa y formal.

Las debilidades anotadas indican que hay muchos aspectos que implementar en materia de control interno, los cuales están directamente relacionados con el hecho que el Sistema de Control Interno es un proceso en sí mismo y que este recién se está empezando a implementar en la UE. 400 - OOSBM.



## 5. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Identificar las principales acciones a desarrollar en la Fase de Implementación para el cierre de brechas.

### Actividades realizadas

Se analizaron las brechas y oportunidades actualmente existentes en cada uno de los principios y componentes del Sistema de Control Interno en la UE. 400 - OOSBM y se procedió a identificar las principales aspectos a considerar para el cierre de la brechas.

### Resultados de la identificación de los aspectos para el Cierre de Brechas.

A continuación se presentan los resultados.

#### ASPECTOS A IMPLEMENTAR PARA EL CIERRE DE BRECHAS

COMPONENTE / PRINCIPIO	ASPECTO A IMPLEMENTAR
1. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL	
1.1 Filosofía de la Dirección	Implementar plan de comunicación en control interno para difundir las Normas de Control Interno y sensibilizar al personal del control interno como herramienta de mejoramiento continuo de la gestión.
1.2 Integridad y valores éticos	Difusión del Código de Ética entre el personal.
1.3 Administración Estratégica	Reforzar la aplicación de los lineamientos y políticas alineadas y articuladas al nivel Pliego, en materia de priorización de inversiones, en particular, sostener una cartera de inversiones de mediano y largo plazo.
1.4 Estructura organizacional	<p>) En coordinación con el Pliego, participar de la revisión del diseño organizacional del Pliego del GRSM con el fin de reducir su complejidad (número de organismos desconcentrados) y definiendo con mayor claridad sus respectivos ámbitos de competencias en lo funcional, sectorial, y territorial. Específicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer <u>criterios</u> para la definición de roles (jurisdicciones territoriales, competencias sectoriales, quien formula y quien ejecuta, etc.).</li> <li>- Revisar las competencias y funciones específicas de las Gerencias Regionales y de las Direcciones Regionales Sectoriales</li> <li>- Revisar los roles de las OGES(ROF)</li> </ul> <p>) Participar en la formulación del Programa de Desarrollo Institucional establecido en el numeral 6, del literal p, del Art. 21 de la Ley 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales el cual incorpore el enfoque de la Gestión por Resultados y de la Gestión por Procesos, de acuerdo a la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (Ley N° 27658 y DS 004-2013-PCM).</p> <p>) Ello implica revisar y reformular los documentos de gestión de la OOSBM (ROF, MOF, Manual de Procedimientos) como unidad ejecutora conformante del Pliego, para incorporar en ellos la lógica de la gestión de Presupuesto por Resultados y de los Programas Presupuestales, entre otros.</p>
1.5 Administración de los Recursos Humanos	<p>Como parte del Programa de Desarrollo Institucional, establecer políticas y planes en materia de personal de mediano y largo plazo para la aplicación progresiva de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.</p> <p>En el corto plazo implementar procesos y procedimientos de inducción al personal según los requerimientos del área y del cargo.</p> <p>Se cree necesario también dejar en evidencia que el personal que labora en la entidad han ido logrando grados profesionales, es decir han ido incrementado sus estudios de formación general, pero que a su vez no obtuvieron el reconocimiento de ascenso respectivo en la entidad, ello responde a la falta de propuesta de gestión por parte de la Oficina de Recursos Humanos el cual debe proponer planes de ascenso del personal aplicando el Capítulo V de la Progresión del Reglamento de la Carrera Administrativa DECRETO SUPREMO N° 005-90-PCM.</p>
1.6 Competencia profesional	Revisar y actualizar el Clasificador de Cargos vigente.
1.7 Asignación de autoridad y responsabilidad	Revisar y actualizar MOF, Clasificador de Cargos y Manual de Procedimientos.

COMPONENTE / PRINCIPIO	ASPECTO A IMPLEMENTAR
1.8 Órgano de Control Institucional	Seguir en la iniciativa de la designación y contratación de sus funcionarios por la CGR. Solicitar formalmente al Titular de la OCI una intervención más proactiva en materia de control previo y concurrente.
2. COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS	
2.1 Planeamiento de la Administración de Riesgos	Designar formalmente un equipo de trabajo para la formulación e implementación del Plan de Administración de Riesgos de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG
2.2 Identificación de Riesgos	Dictar disposiciones específicas para que las unidades orgánicas de la OOSBM, en coordinación con el Equipo de Trabajo antes mencionado, realicen la identificación de riesgos en las áreas de su competencia, con particular énfasis en los riesgos de cumplimiento de objetivos.
2.3 Valoración de riesgos	IDEM. Dictar disposiciones específicas para que las unidades orgánicas de la OOSBM, en coordinación con el Equipo de Trabajo, realicen la valorización de los riesgos identificados, aplicando los lineamientos de la Resolución N° 458-2008-CG.
2.4 Respuesta al riesgo	Una vez efectuada la identificación y valorización de los riesgos se deberá proceder a formular los planes y acciones de respuesta a los mismos.
3. COMPONENTE ACCIONES DE CONTROL	
3.1 Procedimiento de Autorización y Aprobación	En el marco de la revisión del ROF, MOF y Manual de Procedimientos se deberá revisar los procedimientos de aprobación y autorización, especialmente en los procesos y procedimientos de las operaciones de los órganos de línea.
3.2 Segregación de funciones	En el marco de la revisión del ROF, MOF y Manual de Procedimientos se deberá revisar los procedimientos de aprobación y autorización, especialmente en los procesos y procedimientos de las operaciones de los órganos de línea.
3.3 Evaluación Costo-Beneficio	Una vez realizada la valorización de los riesgos y de las respuestas respectivas se deberá realizar el análisis de costo beneficio a efectos de decidir su implementación o reformulación.
3.4 Controles sobre el acceso a los recursos o archivos	En el marco de la revisión del MOF y Manual de Procedimientos se deberá revisar los controles de acceso a los recursos y archivos.
3.5 Verificaciones y conciliaciones	En el marco de la revisión del, MOF y Manual de Procedimientos se deberá revisar los procedimientos de las verificaciones y conciliaciones.
3.6 Evaluación de desempeño	Formular e implementar sistema de medición de desempeño para la evaluación y seguimiento de la gestión diaria de cada unidad orgánica. Ello pasa por establecer indicadores para cada área y mecanismos de reporte sistematizados y de fácil operación.
3.7 Rendición de cuentas	Formular e implementar mecanismos para la rendición de cuentas de los funcionarios y personal en general referidos al desarrollo de actividades y cumplimiento de metas. Ello pasa por establecer indicadores para cada área y mecanismos de reporte sistematizados y de fácil operación.
3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas	En el marco de la revisión del MOF y Manual de Procedimientos se deberá documentar los procesos y procedimientos aplicando los estándares definidos por la Secretaría de Gestión Pública de la PCM.
3.9 Revisión de procesos, actividades y tareas	Incorporar dentro del Programa de Desarrollo Institucional disposiciones específicas para la revisión de procesos y procedimientos y la actualización de los documentos de gestión.
3.10 Controles para las tecnologías de Información y comunicaciones	Incorporar como objetivo de mediano plazo dentro del Programa de Desarrollo Institucional la certificación de calidad a cargo organizaciones internacionales de los procesos y procedimientos del área de sistemas.
4. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACIONES	
4.1 Funciones y características de la información	Formular un plan de comunicaciones internas que identifique los requerimientos de información de cada unidad orgánica y que desarrolle los mecanismos para atender estos requerimientos, con énfasis en la información referida al cumplimiento de metas.
4.2 Información y responsabilidad	Establecer mecanismos para promover la comunicación interna entre las áreas. Formular protocolos para una comunicación más abierta (descendente, horizontal y ascendente).
4.3 Calidad y suficiencia de la información	Establecer disposiciones expresas que señalen la responsabilidad de cada trabajador de la calidad y suficiencia de la información que elaboren y suministren.
4.4 Sistemas de información	En coordinación y articulación con el nivel Pliego, participar de la formulación a nivel de directiva un Plan de Sistemas de Información para la OOSBM con metas de corto,

COMPONENTE / PRINCIPIO	ASPECTO A IMPLEMENTAR
	mediano y largo plazo que incluya acciones, metas, cronogramas de cumplimiento y la asignación de los recursos requeridos para su ejecución.
4.5 Flexibilidad al cambio	El Plan de Sistemas mencionado debe considerar la incorporación de nuevas herramientas y tecnologías y debe ser flexible y abierto al cambio.
4.6 Archivo institucional	Se debe evaluar alternativas para mejorar la infraestructura disponible a nivel de las dependencias de la OOSBM. A nivel institucional, implementar la digitalización del archivo institucional.
4.7 Comunicación interna	Formular un Plan de Comunicaciones que establezca líneas de comunicación interna entre el personal y entre las áreas más abiertas y fluidas. Asimismo, se debe establecer un sistema de comunicación interna (tipo correo institucional) que sea de uso obligatorio y vinculante para todo el personal.
4.8 Comunicación externa	El Plan de Comunicaciones mencionado debe incluir las líneas de comunicación y protocolos para las comunicaciones externas con terceros y la atención de los requerimientos de los usuarios de los servicios del gobierno regional.
4.9 Canales de comunicación	El Plan de Comunicaciones debe establecer los canales de comunicación internos y externos de la Institución, fortaleciendo los existentes (portal WEB, correo institucional).
<b>5. COMPONENTE SUPERVISION</b>	
5.1 Actividades de prevención y monitoreo	Establecer disposiciones para la revisión y el seguimiento permanente del cumplimiento de las disposiciones establecidas en los documentos de gestión (ROF, CAP, MOF, Directivas, etc.) así como al uso de indicadores de desempeño para medir la producción diaria en aspectos centrales a la gestión de la entidad.
5.2 Seguimiento de resultados	Una vez establecidos los indicadores de desempeño se deben desarrollar aplicaciones para hacer el seguimiento y elaborar Reportes de Deficiencias de manera sistemática y permanente.
5.3 Compromiso de mejoramiento	Se debe establecer mecanismos para hacer el seguimiento del cumplimiento de las medidas correctivas que se formulen a nivel interno (no solo las de los órganos de control) que tengan como base los principios de autoevaluación y autocontrol.

### **Conclusiones de la identificación de los Aspectos a Implementar para el Cierre de Brechas.**

Tal como se aprecia, se ha identificado un gran número de aspectos a implementar en casi todos los componentes del Sistema de Control Interno, lo que se justifica por el hecho ya mencionado, que el Sistema de Control Interno es un proceso en sí mismo y este proceso recién se está empezando a desarrollar en la UE. 400 - OOSBM.

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

) El Programa de Trabajo se elaboró sujetándose a los lineamientos del marco normativo correspondiente: Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las **Normas de Control Interno**, Resolución de Contraloría General 149-2016-CG, **Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado**, Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG que aprueba la “**Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado**”, y el documento **Metodología para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública** en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM, **Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública de la Secretaría de Gestión Pública** de la PCM.

) En relación a las actividades de Análisis de la Concordancia Normativa de las Directivas internas y las Normas de Control Interno:

- » Se revisaron todas las Directivas aprobadas mediante Resoluciones desde el año 2014 a la fecha, identificándose un total de 4 Directivas emitidas mediante Resolución Directoral y 8 Documentos de Gestión emitidas por el Nivel Pliego mediante Resoluciones Ejecutivas Regional y/o Ordenanzas Regionales, de vigencia actual. Un punto importante y de suma atención para la UE. 400 - OOSBM es que en estas directivas no se hace referencia expresa a la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG que aprueba las Normas de Control Interno (solo se hace referencia a la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema

Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y en otros pocos casos a la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado).

- » El hecho es que estas directivas han sido emitidas para regular aspectos específicos de carácter sectorial o de los sistemas administrativos, mas no han tenido el propósito expreso de adecuarse al marco normativo específico del Sistema de Control Interno. Dicho esto sin embargo, ello no significa que no se hayan abordado aspectos del Sistema de Control Interno sino que, cuando lo han hecho, ha sido de manera no sistemática.

) En relación a las actividades de Identificación de Procesos

- » Para el desarrollo de esta actividad se tomó como documento vinculante el Informe Final de Diagnóstico de Implementación del SCI de la Sede Central del GRSM<sup>5</sup>, por ser la UE. 400 - OOSBM unidad ejecutora conformante del nivel Pliego. Por lo que nos acogemos a las conclusiones y recomendaciones vertidas en el documento referido.

) En relación a la aplicación de encuestas para la medición del grado de madurez del Sistema de Control Interno en la sede Central

- » En términos generales se apreció que las calificaciones de los componentes se centraron alrededor del valor de 2 correspondiente al calificativo “Se cumple de forma insuficiente”, valor que se considera razonable, pero que se explica en tanto corresponde a la percepción de los encuestados, la cual es más subjetiva que objetiva.
- » En tal sentido, estas calificaciones han servido como referencias generales y se han complementado con los resultados del análisis normativo de las directivas internas y la información recepcionada directamente de los funcionarios y responsables de las Unidades Orgánicas que conforman la UE. 400 - OOSBM.

) En relación a la Identificación de brechas y oportunidades, así como de Aspectos a Implementar, también se han tomado del documento vinculante emitido por el Pliego<sup>5</sup>:

- » A partir de la información revisada se evaluaron las brechas y oportunidades actualmente existentes en el Sistema de Control Interno de la UE. 400 - OOSBM y se identificaron los aspectos a ser considerados en la Etapa de Cierre de Brechas.
- » Se ha identificado numerosos aspectos a implementar en casi todos los componentes del Sistema de Control Interno, lo cual –tal como se ha señalado- se justifica por el hecho que el Sistema de Control Interno es un proceso que recién se está empezando a desarrollar en la UE. 400 - OOSBM.

) En términos generales los grandes aspectos a ser considerados en la Etapa de Cierre de Brechas son:

- » Incorporar el enfoque de la Gestión por Resultados y de la Gestión por Procesos en los documentos de gestión de la UE. 400 - OOSBM (ROF, MOF, Manual de Procedimientos), de acuerdo a la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (Ley N° 27658 y DS N° 004-2013-PCM).
- » Formular el Plan de Administración de Riesgos, de acuerdo a las Normas de Control Interno (Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG) y la metodología establecida en la Resolución N° 458-2008-CG).
- » Así también, el reforzamiento mediante el desarrollo de un Plan Sensibilización y Capacitación en Control Interno, de forma coordinada entre la Oficinas de Recursos Humanos y de Presupuesto, a efecto de sincerar la oportunidad y el presupuesto en su implementación.

---

<sup>5</sup> Informe Final Elaboración del Diagnóstico para la Implementación del SCI del GRSM, Moyobamba Dic 2016.

- » Formular en coordinación y la asistencia del GRSM, del Plan de Sistemas de la UE. 400 - OOSBM con objetivos de corto, mediano y largo plazo, y que asegure su articulación con ese nivel superior, así como de la asignación de recursos para su implementación.
- » La oportunidad de la intervención en cada uno de los aspectos referidos deberán ser establecidos en el Programa de Trabajo para el Cierre de Brechas, el mismo que debe ser trabajado en coordinación y articulación con el Pliego.