MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

N° 045 /2019/INSN-SB

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Borja, 18 de febrero de 2019

VISTO:

El expediente sobre aprobación del Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, se establece la obligatoriedad de dichas entidades de implantar sistemas de control interno (SCI) en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales;

Que, el artículo 10° de la precitada Ley, señala que la Contraloría General de la República es la entidad competente para dictar la normativa técnica de control que oriente la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, a través de Resolución de Contraloría Nº 004-2017-CG, se aprueba la Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, cuyo objetivo es orientar el desarrollo de las actividades para la aplicación del Modelo de Implementación del SCI, el mismo que está dividido en V etapas;

Que, el numeral 7.1.2 de la precitada Guía, contempla como Actividad N° 5 de la II Etapa, realizar el diagnóstico del SCI tomando en cuenta las principales tareas detalladas en el Cuadro N° 6, ejecutando el Programa de Trabajo aprobado por el Titular de la Entidad y consignando los resultados obtenidos en el Informe de Diagnóstico;

Que, el numeral 11 de la Guía en mención, precisa que el Anexo N° 14: Estructura del Informe de Diagnóstico, contiene información referencial que el Comité de Control Interno puede adecuar de acuerdo a la necesidad que considere pertinente;

Que, mediante Resolución Directoral N° 155/2018/INSN-SB, se aprobó el Programa de Trabajo para la elaboración del Diagnóstico del Sistema de Control Interno, en cuyo Capítulo VIII se señala que el responsable de dicha actividad, es el Equipo de Trabajo de Control Interno (ETCI) del INSNSB;

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 27 de diciembre de 2018, el Comité de Control Interno, reconformado con Resolución Directoral N° 133/2017/INSN-SB, aprobó el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Salud

del Niño - San Borja, el mismo que fue elevado a la Dirección General mediante Nota Informativa N° 001-2019-CCI-INSNSB para la expedición del acto resolutivo correspondiente;

Que, mediante Informe Legal N° 42-2019-UAJ-INSNSB, la Unidad de Asesoría Jurídica opina que el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, se encuentra enmarcado dentro de la normatividad vigente;

Que, según lo dispuesto por el literal d) del artículo II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja es función de la Dirección General, aprobar los documentos de gestión institucional del INSN-SB en los casos que corresponda, según la normatividad vigente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Presidente del Comité de Control Interno y de la Jefa de Oficina (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Ley Nº 28716, la Resolución de Contraloría Nº 004-2017-CG, las Resoluciones Ministeriales N° 512-2014/MINSA y N° 021-2019/MINSA; y, la Resolución Directoral N° 133/2017/INSN-SB;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, el mismo que como anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- DISPONER la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

DRA. NIEVES ZORELI RUBIO
Director General (e)
CMP. 8760 RNE. 2550

RAZR/jelc

Distribución:
Cc
( ) Titular
( ) Director Adjunto
( ) Comité de Control Interno
( ) Unidad de Asesoría Jurídica
( ) Unidad de Tecnologías de la Información
( ) Archivo

PERÚ Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

insn

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO- SAN BORJA

DICIEMBRE DE 2018

Contenido

1 ANTECEDENTES 2
1.1 Origen 2
1.2 Objetivos del sistema de control interno 4
1.3 Alcance 4
2 BASE LEGAL 4
3 OBJETIVO 5
3.1 Objetivo General 5
3.2 Objetivos específicos 5
4 DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 6
4.1 Actividades Previas 6
4.2 Recopilación de información 9
4.2.1 Recopilación de información interna tipo documental 9
4.2.2 Recopilación de información de tipo normativo asociada a los componentes del SCI. 10
4.3 Análisis de la Información 17
4.3.1 Aplicación y resultado de la encuesta para medir el Nivel de Conocimiento sobre el Sistema de Control Interno en el INSN-SB. 17
4.3.2 Resultados de la aplicación de la encuesta para medir el Grado de Percepción del Sistema de Control Interno en el INSN-SB. 19
4.3.3 Análisis normativo 27
4.3.4 Modelo de madurez del Sistema de Control interno de la Contraloría General de la Republica. 34
4.3.5 Análisis de la Gestión por Procesos 39
4.3.6 Análisis de la gestión de riesgos 45
4.4 Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de la entidad 45
4.4.1 Componente: Ambiente de Control 45
4.4.2 Componente: Gestión de Riesgos 46
4.4.3 Componente: Actividades de Control 47
4.4.4 Componente: Información y Comunicación 48
4.4.5 Componente: Supervisión 48
4.5 Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas 48
5 ASPECTOS A IMPLEMENTAR 49
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL 49
COMPONENTE: GESTIÓN DE RIESGOS 49
COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL 50
COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 50
COMPONENTE: SUPERVISIÓN 50
6 CONCLUSIONES 51
7 RECOMENDACIONES 51

INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INSN-SB

1 ANTECEDENTES

1.1 Origen

1.1.1 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 alcanzaran los objetivos de la misma, es decir, es la gestión misma orientada a minimizar los riesgos*"[1].

1.1.2 Por su parte, el artículo 7° de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República (en adelante CGR), publicada el 13 de julio de 2002, indica que el Control Interno comprende las acciones de cautela previa, simultánea y de verificación posterior que realiza la entidad sujeta a control, con la finalidad de que la gestión de sus recursos, bienes y operaciones se efectúe correcta y eficientemente, siendo responsabilidad del Titular de la Entidad fomentar y supervisar el funcionamiento y confiabilidad del control interno para la evaluación de la gestión y el efectivo ejercicio de la rendición de cuentas, propendiendo a que éste contribuya con el logro de la misión y objetivos de la entidad a su cargo.

1.1.3 La Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, publicada el 18 de abril de 2006, establece las normas para regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado. El control interno tiene como primer propósito proteger o cautelar los recursos económicos (activos) de una organización sea pública o privada. En un segundo orden que la información sea adecuada, es decir, que dé certeza de los registros contables y el estado de la gestión. Y por último fomentar adhesión del personal a las políticas implementadas en la entidad.

1.1.4 El artículo 3° de la Ley en mención define al Sistema de Control Interno, en adelante (SCI), como el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizado y establecido en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos.

[1] *"Marco conceptual del Control interno", Contraloría, Pág. 32*

1.1.5 Resulta importante mencionar que el titular y la alta dirección se comprometan formalmente en la implementación del SCI, así como velar por su eficaz funcionamiento. De igual manera, deben sensibilizar a todo el personal de la entidad sobre el compromiso en la supervisión y operación del SCI. Se advierte que la implementación del Control interno constituye una obligación de la alta dirección de una entidad, que debe ser formalizada a través de un compromiso que incluye a todo el personal en las labores de supervisión y seguimiento del funcionamiento eficaz del control interno.

1.1.6 Mediante Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG del 23 de junio de 2006, se aprobó las Normas de Control Interno con una estructura basada en los componentes de control reconocidos internacionalmente.

1.1.7 Con Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, se aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GROP "Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", que regula el modelo, plazos, mecanismos para medir nivel de madurez y crea el aplicativo informático para el Seguimiento y Evaluación del SCI.

1.1.8 La Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2016, Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final, señala el plazo de 36 meses para la Implementación del SCI.

1.1.9 Asimismo, con la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG del 20 de enero de 2017, se aprobó la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", como documento orientador y complementario para el desarrollo de las actividades para la aplicación del modelo de implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado.

1.1.10 En este sentido, el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, impulsó la implementación del SCI desde el año 2015, mediante la emisión de la Resolución Directoral N° 142-2015-INSN-SB, que aprueba la conformación del Comité de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, el mismo que fue reconformado con Resolución Directoral N° 133/INSN-SB del 22 de setiembre de 2017, para implementar y perfeccionar el Sistema de Control Interno- SCI en la entidad de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 6° de la Ley N° 28716.

1.1.11 Mediante Resolución Directoral n° 155-2018/INSN-SB del 05 de setiembre de 2018, se formalizó la aprobación del Programa de Trabajo para realizar el

Diagnostico del Sistema de Control Interno, aprobado en Sesión de Comité del 22 de junio de 2018.

1.2 Objetivos del sistema de control interno

El artículo 4° de la Ley que establece que las entidades del Estado implantan obligatoriamente sistemas de control interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución al cumplimiento de los objetivos siguientes:

a) Promover y optimizar 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 sus operaciones,
d) Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información,
e) Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales y
f) Promover el cumplimiento de los funcionarios o servidores públicos de rendir cuenta por los fondos y bienes públicos a su cargo y/o por una misión u objetivo encargado y aceptado.

1.3 Alcance

El Diagnostico comprende a todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja.

2 BASE LEGAL

- Ley Nº 8124, Ley de Creación del Ministerio de Salud.
- Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y sus modificatorias.
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley Nº 30225, la Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias.
- Ley N° 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, que en su Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria, establece la obligación de todas las entidades de gobierno de implementar su Sistema de Control Interno.

- Resolución de Contraloría General Nº 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
- Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "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 deja sin efecto la Guía aprobada por Resolución de Contraloría Nº 458-2008-CG.
- Resolución de Contraloría Nº 490-2017-CG, que deja sin efecto lo establecido en el numeral 7.6 de la Directiva Nº 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de control Interno en las entidades del Estado".
- Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, que formalizó la creación de la Unidad Ejecutora 139: Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.
- Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA que aprueba el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja.
- Resolución Directoral N.° 142-2015-INSN-SB/T, que conforma el Comité de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja.
- Resolución Directoral N° 060-2016/INSN-SB/T que modifica la conformación del Comité de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja.
- Resolución Directoral N° 018-2016/INSN- SB que actualiza el Comité de Control Interno.
- Resolución Directoral N° 133-2017/INSN-SB que reconforma el Comité de Control Interno.
- Resolución Directoral n° 155-2018/INSN-SB, que aprobó el Programa de Trabajo para realizar el Diagnostico del Sistema de Control Interno.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo General

- El Diagnostico tiene como objetivo establecer el estado situacional del Sistema de Control interno del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja, identificando las principales fortalezas y debilidades del sistema, a través de cada uno de los cinco componentes de control interno.

3.2 Objetivos específicos

- Obtener información respecto al estado situacional de la implementación del SCI en el INSN-SB.
- Analizar la información de tipo documental y normativa en el marco de los componentes del SCI.

- Analizar la Gestión por procesos y de riesgos de los procesos priorizados en el marco del SCI.
- Identificar información que permita definir las brechas, entendidas estas como la diferencia entre el criterio (normativo y buenas prácticas aplicables a la gestión) y lo planificado en los instrumentos de gestión, con la situación encontrada en el INSN-SB respecto a los componentes del SCI.

4 DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

4.1 Actividades Previas

4.1.1 Con fecha 29 de enero de 2016, la Directora General y funcionarios de la Alta Dirección del INSN-SB suscriben el Acta de Compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno.

4.1.2 Mediante Resolución Directoral n.° 142-2015-INSN-SB, se aprueba la conformación del Comité de Control Interno del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja para implementar y perfeccionar el Sistema de Control Interno- SCI en la entidad de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 6° de la Ley n.° 28716

4.1.3 Con fechas 04 de abril y 24 de setiembre de 2018 se han suscrito Actas de Compromiso individual por cada Jefe de Unidad del INSN-SB.

4.1.4 Con Resolución Directoral n.° 133/INSN-SB del 22 de setiembre de 2017, se reconforma el Comité de Control Interno.

4.1.5 Mediante Resolución Directoral n° 088-2018-INSN-SB del 16 de mayo de 2018, se formaliza la aprobación del Reglamento del Comité de Control Interno aprobado en Sesión del Comité del 04 de abril de 2018.

4.1.6 Con Resolución Directoral n.° 088-2018-INSN-SB del 16 de mayo de 2018, se aprueba el Plan de Sensibilización y Capacitación para la Implementación del Sistema de Control Interno, habiendo ejecutado tres charlas de sensibilización en las fechas 16 de mayo, 16 de agosto y 04 de setiembre de 2018.

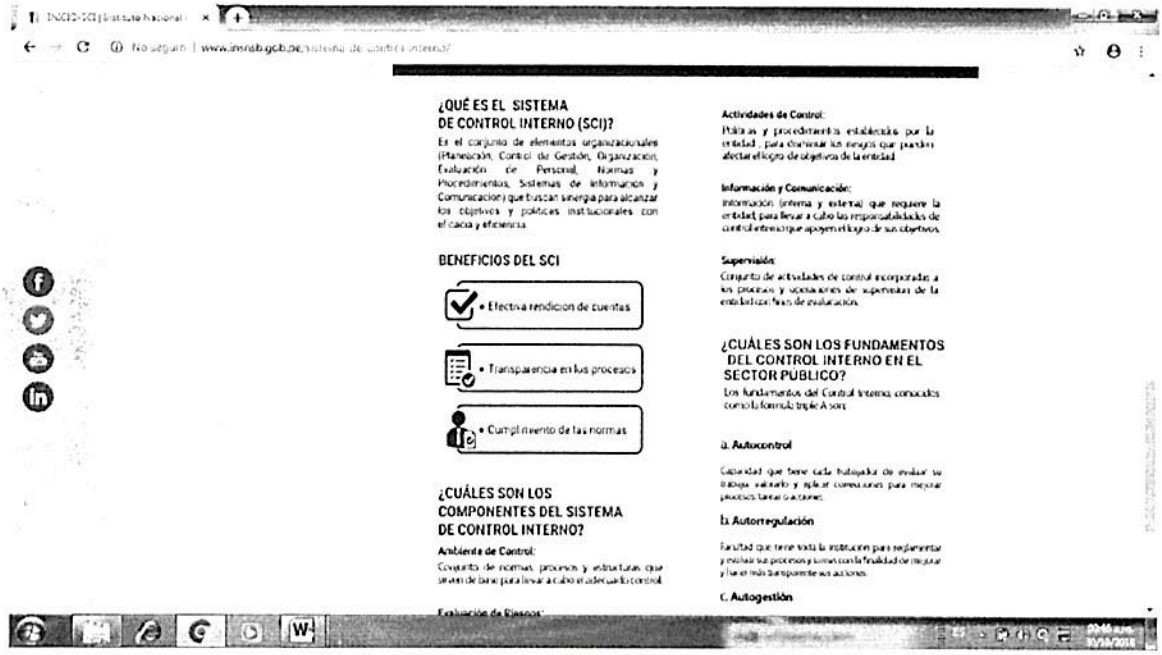
4.1.7 Con Memorando Circular N° 003-2018-CCI-INSNSB del 07 de mayo de 2018, se solicita a todas las Unidades orgánicas de la institución la designación de un coordinador para la implementación del SCI.

4.1.8 Mediante Resolución Directoral n° 155-2018/INSN-SB del 05 de setiembre de 2018, se formalizó la aprobación del Programa de Trabajo para realizar el Diagnostico del Sistema de Control Interno, aprobado en Sesión de Comité del 11 de junio de 2018.

4.1.9 Se ha elaborado una página web del Sistema de Control Interno en la página institucional del INSN-SB donde se publica la información referente a la implementación del SCI, como se puede observar a continuación:

2300600
Nosotros
Especialidades
Servicios
Investigación y Docencia
Contactenos
Transparencia
INICIO-SCI
Comité INSNSB
Conociendo más del SCI
Sistema de Control Interno
Comprometidos con una gestión pública eficaz, eficiente y transparente

INICIO-SCI
Comité INSNSB
Conociendo más del SCI
Sistema de Control Interno
Consultas SCI
(01) 3156600
Anexo 5251
INFORMES Y CONSULTAS
Para las consultas y orientaciones referencias a control interno puede escribirnos al correo del comité de Control Interno en nuestro Portal Institucional
WWW.INSNSB.GOB.PE
Sistema de Control Interno
Comprometidos con una gestión pública eficaz, eficiente y transparente



4.1.10 Mediante Acta de sesión de Comité de Control Interno del 24 de setiembre de 2018 se aprobó el material gráfico para la difusión del Sistema de Control

Interno, el mismo que ha sido publicado en la página institucional del INSN-SB, para difusión y conocimiento de los colaboradores de la entidad.

4.1.11 Asimismo, en Sesión de Comité de fecha 28 de setiembre de 2018, se aprobó conformar el Equipo de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno, la misma que fue aprobada y publicada mediante Resolución Directoral n° 169-2018-INSN-SB.

4.1.12 Con el apoyo de los Coordinadores de Control Interno, los órganos y oficinas de la nuestra institución se recopiló la información que se muestra a continuación.

4.2 Recopilación de información

4.2.1 Recopilación de información interna tipo documental

Se identificó, clasificó y seleccionó la información interna de tipo documental que establece controles y regula el nivel estratégico y operativo INSN-SB. Logrando obtener una comprensión acerca de la realidad normativa del instituto.

- Manual de Operaciones, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 08 de julio de 2014.
- Plan Operativo Institucional (POI) 2018, aprobado con Resolución Directoral N° 048-INSN-SB del 12 de marzo de 2018 con eficacia al 01 de enero de 2018.
- Mapa de Procesos, aprobado con Resolución Directoral N° 088-2016/INSN-SB del 14 de junio de 2016.
- Manual de Procesos, aprobado con Resolución Directoral N° 080-2016/INSN-SB del 30 de mayo de 2016.
- Resolución Directoral n° 123/2017/INSN-SB del 04 de setiembre de 2017, que aprueba la modificación del numeral II.2.2 ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja, aprobado mediante R.M. N° 512-2014/MINSA.
- Cuadro de Asignación Provisional de Personal del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 806-2018-MINSA del 04 de setiembre de 2018.
- Plan de Desarrollo de las Personas- PDP 2018, aprobado con Resolución Directoral N° 034-2018/INSN-SB del 24 de febrero de 2018.
- Catálogo de Centro de Costos, aprobado con Resolución Directoral N° 115/2018/INSN-SB del 25 de junio de 2018.
- Plan Anual de Contrataciones, aprobado con Resolución Directoral N° 022-2018/INSN-SB del 23 de enero de 2018.
- Reglamento Interno de los Servidores Civiles-RIS, aprobado con Resolución Directoral N° 07-2017-INSN-SB del 11 de enero de 2017.

- Texto Único de Procedimientos Administrativos, aprobado con Resolución Directoral N° 102-2018/INSN-SB del 05 de junio de 2018.

4.2.2 Recopilación de información de tipo normativo asociada a los componentes del SCI.

Para determinar la correspondencia de las normas internas que regulan los procedimientos, actividades, tareas y controles del INSN-SB con los principios del SCI, se utilizó la Matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de Gestión.

CUADRO N° 1

RESULTADO DE LA MATRIZ DE VINCULACIÓN DE COMPONENTES CON INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

Componentes del SCI	Normas internas asociadas
Principios	**Normas internas**
AMBIENTE DE CONTROL	
1.- La entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos.	Mediante Acta de 29 de febrero de 2016, la Directora General y los Jefes de todas la Unidades Administrativas y asistenciales suscribieron el Acta de Compromiso Institucional para la Implementación del Sistema de Control Interno. Con fecha 04 de abril 2018 y 24 de setiembre de 2018, se suscribieron las Actas de Compromiso Individual por los funcionarios de Nivel directivo y servidores con cargo de responsabilidad, las mismas que han sido publicadas en la página institucional http://www.insnsb.gob.pe/sistema-de-control-interno/. Se han realizado actividades de sensibilización en control interno, gestión de riesgos y gestión por proceso. En el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño aprobado con RM 512-2014 del 07 de julio 2014, consta la declaración de la Misión, Visión y Valores. El instituto cuenta con el Código de Ética Institucional, elaborado por el Ministerio de Salud mediante Directiva N° 195-MINSA-DST-OGGRH.V1; sin embargo no se difunde debidamente. El Registro de Sanciones de Destitución se encuentra actualizado. En los legajos del personal no se adjuntan las Declaraciones Juradas sobre el Código de Ética.

2.- La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del Control Interno.	Mediante Resolución Directoral n.° 142-2015-INSN-SB del 28 de octubre de 2015 se conformó el Comité de Control Interno.
3.- La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.	El INSN-SB cuenta con las siguientes normas: • Plan Operativo Institucional (POI) Aprobado con RD. 048-2018/INSN-SB del 12 /03/2018 • Plan Anual de Contrataciones, aprobado con Resolución Directoral N° 022-2018-INSN-SB del 23 de enero de 2018 • Manual de Operaciones (MOP), aprobado con RM N° 512-2014 del 08 de julio de 2014 y modificada mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB del 04 de setiembre de 2017. • Cuadro de Asignación Provisional de Personal del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 806-2018-MINSA del 04 de setiembre de 2018. • Manual de Operaciones (MOP), aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014 del 08 de julio de 2014 y modificada mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB del 04 de setiembre de 2017.. Asimismo, la entidad incorpora la Gestión de Riesgos de Desastres a través de los Planes de contingencia siguientes: • Plan de Contingencia por Semana Santa, aprobado con Resolución Directoral N° 061-/2018/INSN-SB/DG del 28 de setiembre de 2018. • Plan de Contingencia por Navidad 2017 y Año Nuevo 2018 INSN-SB del 23 de diciembre de 2018. • Plan de Contingencia por visita del Papa Francisco – INSNSB del 19 de enero de 2018. • Plan de Contingencia Semana Santa del 08 de marzo de 2018. • Plan de Contingencia por Fiestas Patrias –INSN-SB del 26 de julio de 2018. Se realizan informes semestrales y anuales sobre la evaluación del Plan Operativo Institucional. La entidad no cuenta con el Cuadro de Puestos, Manual de puestos tipo y Manual de Perfiles de Puesto. Tampoco se cuenta con el Plan Estratégico de Gobierno Electrónico. El INSN-SB cuenta con Manuales de Gestión y Procedimientos desarrollados al nivel 1 aprobado con Resolución Directoral N° 102-2018/INSN-SB/T del 05 de junio de 2018, como se detalla a continuación: • GPP del Proceso de Administración Documentaria en relación al Archivo de Historia Clínica • MGPP del Proceso de Gestión del Desarrollo en Investigación para la Atención de Alta Especialización del INSN-SB • MGPP- Proceso de Gestión de la Calidad – MGPP-

	GC-PE.02 • MGPP- Administración Logística • MGPP- Gestión de la Docencia para la Atención de Alta Especialización • MGPP – Gestión del Desarrollo de la Atención Especializada a las Regiones • MGPP – Gestión de los Servicios de Apoyo para la Atención de Alta Especialización • MAPRO de Gestión de la información de la unidad de tecnologías de la información • MAPRO de la Unidad de Planeamiento • MAPRO Sub Unidad de Atención de Servicio al Paciente • MAPRO Unidad de Gestión de la Calidad • MAPRO Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades Proceso de Administración documentaria. Asimismo, se aprobó el Texto Único de Procedimientos Administrativos, con Resolución Directoral N° 102-2018/INSN-SB del 05 de junio de 2018.
4.- La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización.	Mediante Resolución Directoral N° 07-2017-INSN-SB del 11 de enero de 2017 se aprobó el Reglamento Interno de los Servidores Civiles-RIS, Se realiza inducción al personal cuando ingresan a laborar a la entidad. Asimismo, en la página de Transparencias se ha publicado información sobre la inducción a cargo de la Unidad de Recursos Humanos: - Salud Ocupacional -Régimen Disciplinario -Reglamento del DL 1057 En Artículo 9° del Reglamento Interno de los Servidores Civiles se menciona "*Todo nuevo Servidor Civil recibirá la orientación e inducción sobre los objetivos, organización y funcionamiento de las labores que le corresponderá desarrollar en su puesto de trabajo*". Con Resolución Directoral N° 034-2018/INSN-SB del 24 de febrero de 2018 se aprobó el Plan de Desarrollo de las Personas- PDP 2018, donde se establecen las actividades de capacitación programadas para el periodo 2018. Mediante Resolución N° 141- Presidencia Ejecutiva del Servicio Civil, aprueba la Directiva "Normas para la Gestión del Proceso de Capacitación en las Entidades Públicas" el 13 de agosto de 2016. Plan de Auto evaluación del INSN-SB 2018, (Formulario) Aprobado con RD 002-2018/INSN-SB del 09/01/2018 Directiva para la Administración de Caja Chica Resolución Directoral N° 002-2014/INSN-SB del 17 de enero de 2014. Con Resolución Administrativa N° 023-2017/INSN-SB del 08 de febrero de 2017 se aprobó el Procedimiento para el manejo del fondo de caja chica por las fuentes de financiamiento: recursos ordinarios, recursos

	directamente recaudados y donaciones y transferencias, y el pago de movilidad local al personal del INSN - SB año 2017. Asimismo, con Resolución Directoral N° 008-2017/INSN-SB del 11/01/2018 se aprueba el Plan Anual de Actividades de Bienestar Social y Cultura organizacional del INSN-SB, mas no se cuenta con un reporte o Informe sobre evaluaciones del clima laboral. Se ha implementado el Plan de Sensibilización y Capacitación en Control interno, aprobado con Resolución Directoral N° 088-2018/INSN-SB del 16 de mayo de 2018.
EVALUACIÓN DE RIESGOS	
5.- La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.	Sobre la designación del Personal no se cuenta con un registro documentado sino que este se realiza en forma manual, en función a los documentos de encargaturas que se realizan. El INSN-SB cuenta con el Reglamento del Comité de Control interno, aprobado con Resolución Directoral N° 088-2018/INSN-SB del 16 de mayo de 2018.
6.- La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos.	El INSN-SB no cuenta con el Plan de Gestión de Riesgos, Política de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos y procedimientos para la gestión de riesgos.
7.- La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar.	El INSN-SB no cuenta con el Plan de Gestión de Riesgos, Política de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos y procedimientos para la gestión de riesgos.
8.- La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos	El INSN-SB no cuenta con el Plan de Gestión de Riesgos, Política de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos y procedimientos para la gestión de riesgos. Tampoco existen lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.
9.- La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI.	La entidad cuenta con Informes emitidos por la Oficina de Gestión de la Calidad y por el Órgano de Control Institucional – OCI.
ACTIVIDADES DE CONTROL	
10.- La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos.	Se cuenta con Directivas internas que contemplan autorizaciones internas. Los procesos se encuentran documentados para lo cual existe un Archivo documentario y asimismo, se ha publicado en la página de Transparencia. La rotación periódica de personal asignado a puestos de riesgos de fraude se regula en el D.L. 276. Asimismo la segregación de funciones de algunos procesos, actividades y tareas se evidencian a través de Resoluciones, Memorándums y otras documentaciones internas. Más no asi, a través de Directivas o

	lineamientos. No existen reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones. Tampoco se cuenta con lineamientos para la aplicación del costo- beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas y estudios específicos que demuestren que el costo de los controles está de acuerdo a los resultados esperados. Mediante Resolución Directoral N° 180-2016-INSNSB del 02 de diciembre de 2016 se aprobaron los Lineamientos para la operativización de la asignación en uso y control de bienes muebles. Con Resolución Directoral N° 184-2017/INSN-SB del 26 de diciembre de 2017, aprueba la Directiva Administrativa de Uso de Aulas, Auditorio y Equipos a cargo de la UDITD por parte de los Servicios Asistenciales y otros en el INSN-SB, asimismo, existe la Directiva Administrativa N° 002-2015-UA-INSN-SB "Asignación, Uso, Devolución y Reposición de Equipos de Telefonía Móvil en el INSN-SB del 12 de enero de 2015. De igual manera, se cuenta con la Directiva Administrativa N° 02-INSN-SB /2018-UAD para la administración, control y uso de vehículos en el INSN-SB. Asimismo, con Resolución Administrativa n° 023/2017/INSN-SB/UA del 08 de febrero de 2017 se aprobó el Procedimiento para el manejo del fondo de caja chica por las fuentes de financiamiento: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias, y el pago de movilidad local al personal del INSN – SB, año 2017. Se realizan Informes de Evaluación del Plan Operativo Institucional, publicado en el Portal de Transparencia, así como de los indicadores de desempeño hospitalario. Existe un registro de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR, asimismo se publican las Declaraciones Juradas a través de la página institucional, encontrándose en proceso el registro documentado de cumplimiento. Se cumple con la presentación de información para la elaboración de la Cuenta General de la República.
11.- La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	No se cuenta con lineamientos sobre la política de seguridad informática Mediante RD 067-2018/INSN-SB del 10 de abril de 2018, se aprobó el Plan Operativo informático y Guía de elaboración. Existen Planes de Contingencias por Navidad. Fiestas Patrias, etc. Publicado en la página de Transparencia,

	según Link: http://www.insnsb.gob.pe/planes-decontingencia/ • Plan de Contingencia por Semana Santa, aprobado con Resolución Directoral N° 061-/2018/INSN-SB/DG del 28 de setiembre de 2018. • Plan de Contingencia por Navidad 2017 y Año Nuevo 2018 INSN-SB del 23 de diciembre de 2018. • Plan de Contingencia por visita del Papa Francisco – INSNSB del 19 de enero de 2018. • Plan de Contingencia Semana Santa del 08 de marzo de 2018. • Plan de Contingencia por Fiestas Patrias –INSN-SB del 26/07/20126 de julio de 2018. No se cuenta con el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y tampoco existen Informes periódicos sobre concientización de los funcionarios y servidores públicos de la entidad en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información. Se ha implementado el Inventario de Software. Manual de operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño aprobado con RM 512-2014 del 07 de julio 2014. Se han implementado indicadores en los Mapas de Procesos. Se encuentra en proceso de implementación la dación de una Directiva para el uso y conservación de las computadoras y periféricos. No se cuenta con un reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la entidad, pero si se cuenta con un inventario de software.
12.- La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.	Se cuenta con Informes periódicos del cumplimiento del Plan Operativo Informático (POI) donde adicionalmente se informa sobre las actividades y mejoras realizadas. Como se presenta a continuación: Nota Informativa 0067-2018-INF-UTI-INSNSB. Nota Informativa N° 0041-2018-INF-UTI-INSN-SB. Nota Informativa N° 0111-2018-INF-UTI-INSNSB Nota Informativa 0076-2018-INF-UTI-INSNSB.
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
13.- La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	Se cuenta con la Norma de Transparencia de la Información, Directiva 001-2018/INSNSB, Procesamiento de Información Estadística e Informática. De igual modo mediante Resolución Ministerial N° 164-2005-MINSA se aprobó la Directiva N° 051-2005-SG/MINSA "Procedimiento para la utilización del Sistema de Trámite Documentario Web en las Entidades del Ministerio de Salud".

	No se ha implementado un documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad de personal. Se cuenta con el MAPRO de la Unidad de Tecnología de la Información aprobado con RD. 094/2016/INSN-SB-T del 22 de junio de 2016, en el cual se encuentra el Procedimiento de Estadística "Registro, procedimiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la Información Estadística, que se encuentra publicado en la página web institucional. El Instituto cuenta con el Libro de Reclamaciones y el registro de los mismos. Se cuenta con el registro proveniente del sistema de trámite documentario, en el cual se da respuesta y atención a los pedidos provenientes de las áreas usuarias en atención a sus necesidades. Asimismo, se cuenta con las Actas de reunión y capacitación de las implementaciones realizadas. Se ha informa a la Dirección General los resultados de la evaluación de satisfacción del usuario externo 2018 del INSNSB La entidad cuenta con un archivo institucional, sin embargo, se encuentra en proceso de mejoras a fin de adecuarla a las exigencias de la normativa. Asimismo, se cuenta con Información preservada en medios físicos (Archivos documentados y/o digitales) según la Resolución Directoral N° 152-2017-INSN-SB del 14 de octubre de 2017 que aprobó la Directiva N° 001-2018-INSN/SB.
14.- La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI.	Existencia de medios que facilitan la comunicación interna: Intranet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos murales, de conocimiento de los funcionarios y servidores público Con Resolución Directoral N° 152-2017-INSN-SB del 14 de octubre de 2017 se regula el préstamo de documentación del Archivo y transferencia de documentación al Archivo. Para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos se ha implementado el Libro de Reclamaciones, donde los usuarios pueden presentar sus quejas, el mismo que está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad
15.- La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Existe el Sistema de Información pública- SAID para asegurar la adecuada atención a los requerimientos de información.
SUPERVISIÓN	
16.- La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas	El Diagnostico de Línea de Base de control interno se encuentra en proceso.

	Está en proceso de implementación de los lineamientos para desarrollar acciones de prevención y monitoreo. La entidad emite informes en forma trimestral y semestral del Plan Operativo Institucional. En cuanto a la autoevaluación sobre la gestión se cuenta con la Directiva Administrativa aprobada con Resolución Directoral N° 002-2018-INSN-SB del 09 de enero de 2018. De igual manera se cuenta con registro de los participantes de las acciones de sensibilización efectuadas en control Interno.
17.- La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección	El Instituto cuenta con un reporte de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los Informes emitidos por el Órgano de Control institucional. Asimismo, a través de la Oficina de Gestión de la Calidad se registran medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora. La evaluación al cumplimiento al Plan Operativo se realiza anualmente.

4.3 Análisis de la Información

4.3.1 Aplicación y resultado de la encuesta para medir el Nivel de Conocimiento sobre el Sistema de Control Interno en el INSN-SB.

Se aplicó un instrumento de medición para medir el nivel de conocimiento acerca del Sistema de Control interno el mismo que fue aplicado a una población de 21 colaboradores, constituidos por Directores de Unidades, Sub Jefes de Unidades y Jefes de los Departamentos asistencial y administrativo de la entidad, que participaron en la primera charla de Sensibilización en Control Interno, realizado el día 16 de mayo de 2018.

Como resultado del análisis realizado, resalta que el 85.71% de los encuestados coincide en definir el Sistema de control Interno como el "Conjunto de acciones, actividades, planes y políticas" **(Grafico n° 1)**

Asimismo, se ha establecido que el 85.71% de los encuestados tienen conocimiento que la responsabilidad de implementar el SCI es de todos los funcionarios y servidores de la entidad **(Grafico N° 4)**

De igual manera se advierte que el 90.48% de los encuestados conoce los cinco componentes del SCI, lo que denota que no están ajenos a la importancia del SCI (**Grafico N° 5**)

Lo que se muestra en los gráficos siguientes:

Gráfico N° 1

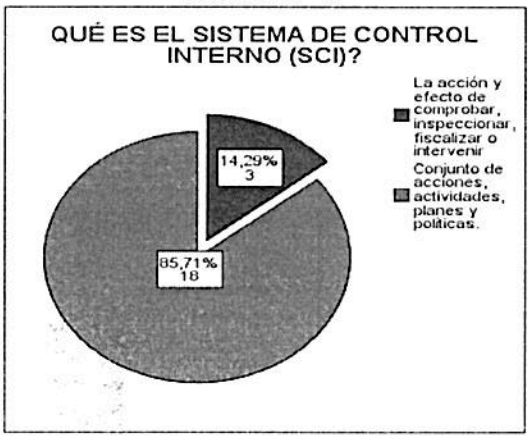


Gráfico N°2

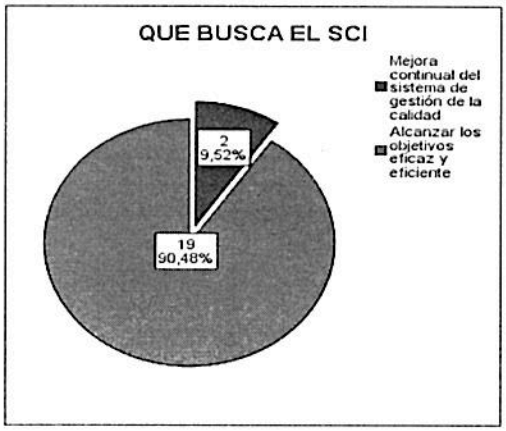


Gráfico N° 3

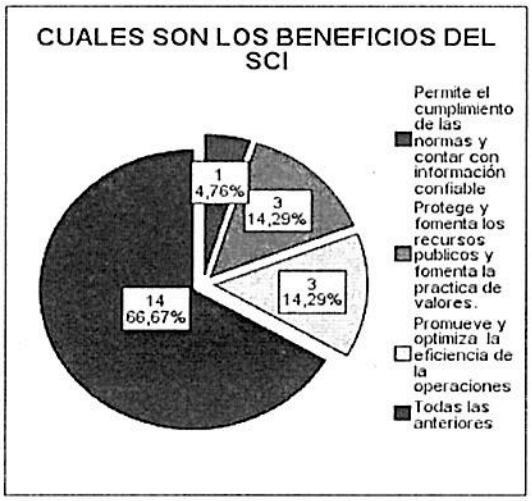


Gráfico N°4

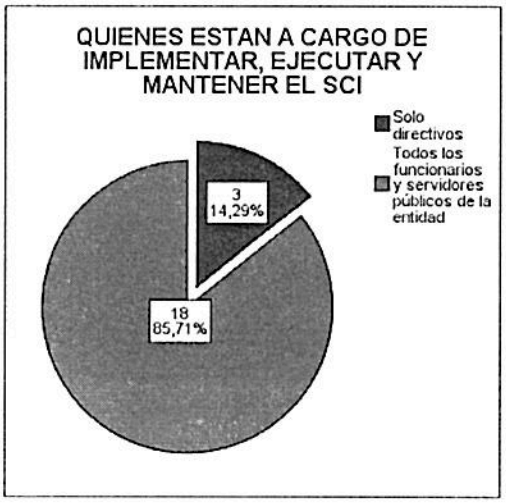


Gráfico N° 5

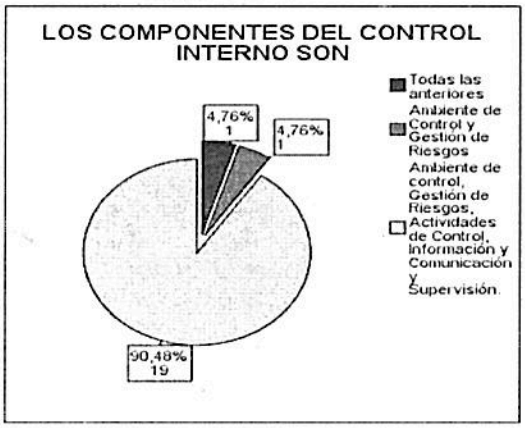
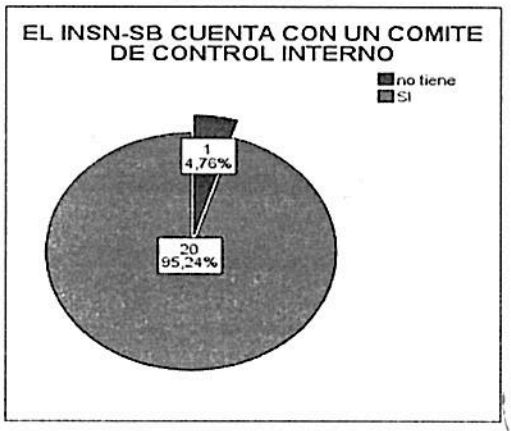


Gráfico N° 6



4.3.2 Resultados de la aplicación de la encuesta para medir el Grado de Percepción del Sistema de Control Interno en el INSN-SB.

Posteriormente, se realizó una encuesta para medir el Grado de Percepción del Sistema de Control interno, el mismo que fue aplicado a una población de 35 colaboradores, constituidos por el total de Directores de Unidades, Sub Jefes de Unidad y Jefes de los Departamentos asistencial y administrativo de la entidad, como se detalla en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 2

DEPENDENCIAS QUE PARTICIPARON EN LA ENCUESTA

	DIRECCIONES/ OFICINAS
1	DIRECCION GENERAL
2	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPCIALIZADA
3	ASESORA DE DIRECCION GENERAL
4	DIRECTORA EJECUTIVA DE LA UNIDAD DE SOPORTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
5	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION
6	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
7	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN
8	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD DE DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN, TECNOLOGÍA Y DOCENCIA
9	JEFA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
10	COORDINADOR DE SERVICIOS GENERALES
11	JEFE DE EQUIPO DE COMUNICACIONES
12	JEFE DE OFICINA DE LA UNIDAD DE ASESORÍA JURÍDICA
13	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA
14	JEFA DE DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE DONACION Y TRASPLANTES
15	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA PEDIATRICA
16	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE SOPORTE AL DIAGNOSTICO
17	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS
18	JEFA DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR
19	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE NORMALIZACION TECNICA Y DESARROLLO DE DOCENCIA
20	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL PACIENTE DE NEUROCIRUGIA

21	JEFA DE DEPARTAMENTO DE LA SUB UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA AL PACIENTE QUEMADO
22	JEFA DE PATOLOGIA CLINICA
23	JEFE DE BANCO DE SANGRE
24	JEFA DE LA UNIDAD DE ECONOMIA
25	JEFE DEL SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
26	JEFE DE EQUIPO DE LOGISTICA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION
27	JEFA DE DPTO. DE LA SUB UNIDAD DE SOPORTE AL TRAMIENTO
28	JEFE DE EQUIPO DE RECURSOS HUMANOS
29	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
30	JEFE DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
31	DEPARTAMENTO DE S.U.I.E.P. DE ESECIALIDADES QUIRURGICAS.
32	DEPARTAMENTO DE LA S.U.I.E.P. DE NEUROCIRUGIA
33	UNIDAD DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN
34	DEPARTAMENTODE LA S.U.I.E.P. DE CIRUGIA NEONATAL Y PEDIATRICA.
35	DEPARTAMENTO DE LA S.U.I.E.P. DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS.

Para la ejecución la citada etapa se elaboró una encuesta con 36 preguntas: ocho (8) corresponden al Componente Ambiente de Control, cuatro (04) al componente Evaluación de Riesgos, doce (12) al componente Actividades de Control, nueve (9) al componente Información y Comunicación y tres (3) al componente Seguimiento y Supervisión.

Nivel de Confiabilidad

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach, que dio como resultado un nivel de confianza del 0,96%, lo que significa un alto margen de confiabilidad, según se muestra a continuación:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,906	,910	36

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

Gráfico n° 7

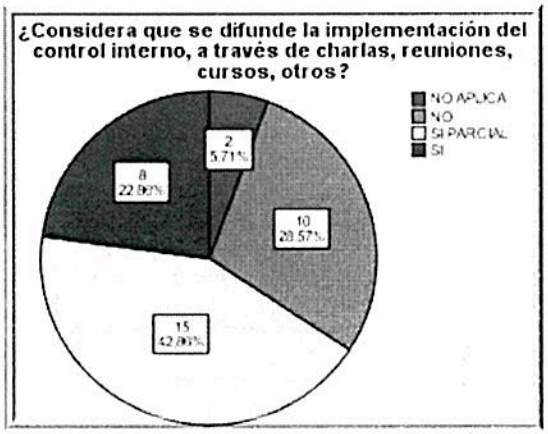


Gráfico N° 8

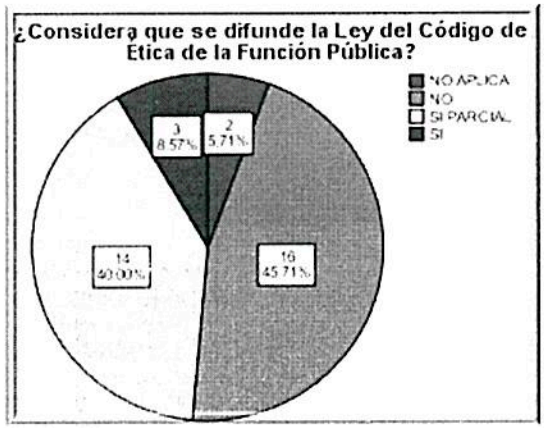


Gráfico N° 9

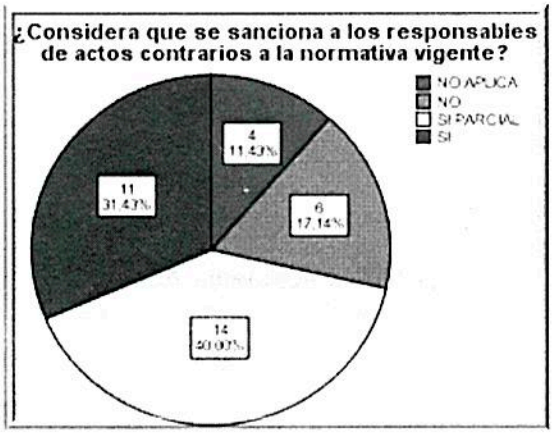


Gráfico N° 10

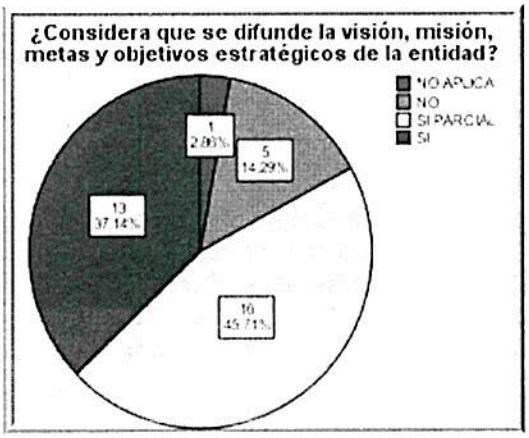


Gráfico N° 11

Gráfico N° 12

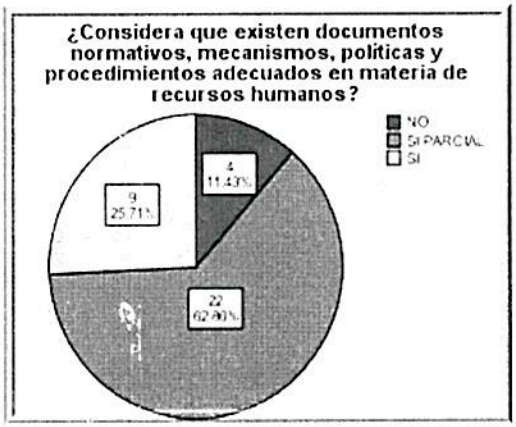


Gráfico N° 13

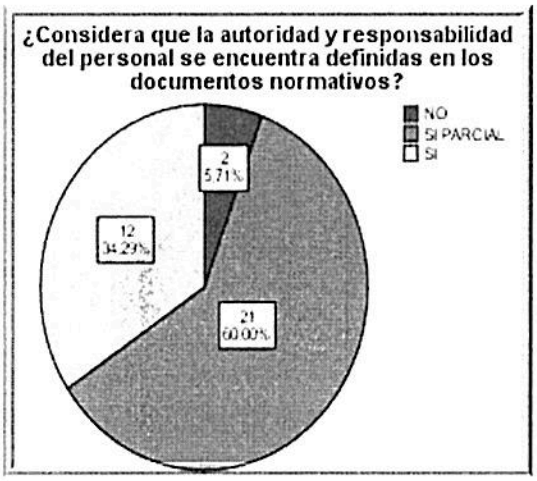
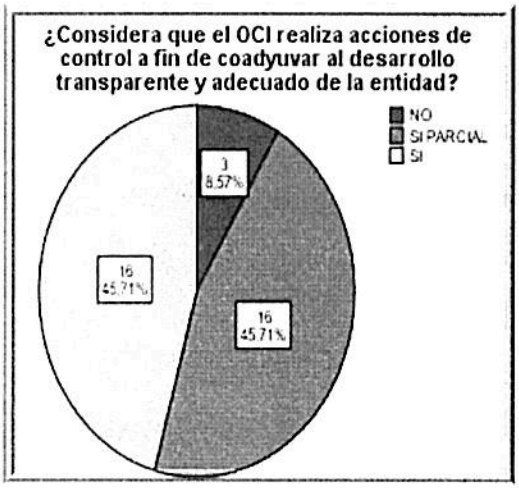


Gráfico N° 14



COMPONENTE: EVALUACION DE RIESGO

En cuanto al componente Evaluación de Riesgo, como resultado que el 51,43% de los encuestados considera que no existe un método para medir riesgos ni su impacto.

Gráfico N° 15

Gráfico N° 16

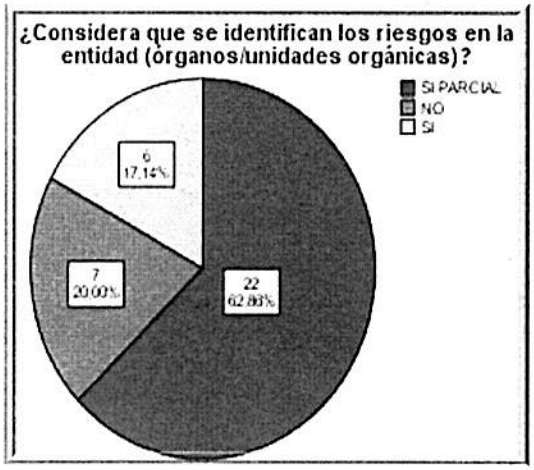
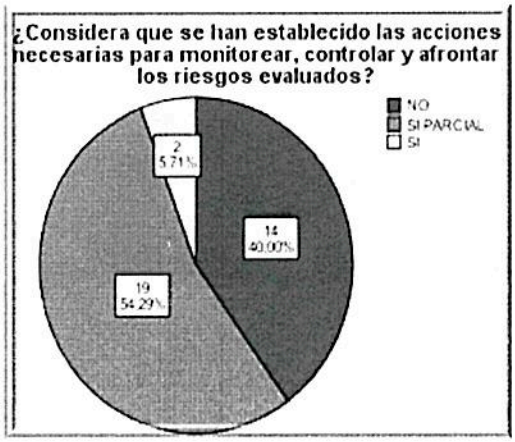


Gráfico N° 17

Gráfico N° 18



COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

En relación a las actividades de Control se advierte que el 68.57% de los encuestados consideran que se realiza en forma parcial.

Gráfico N° 19

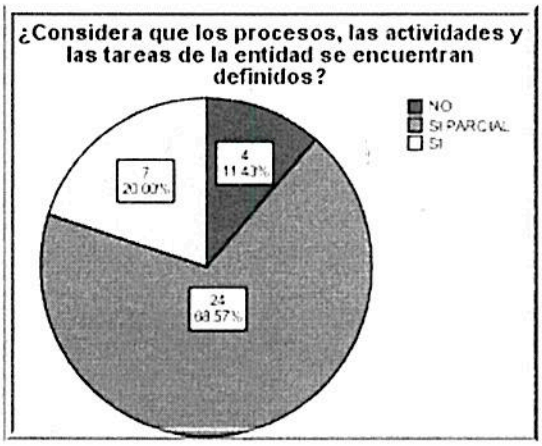


Gráfico N° 20

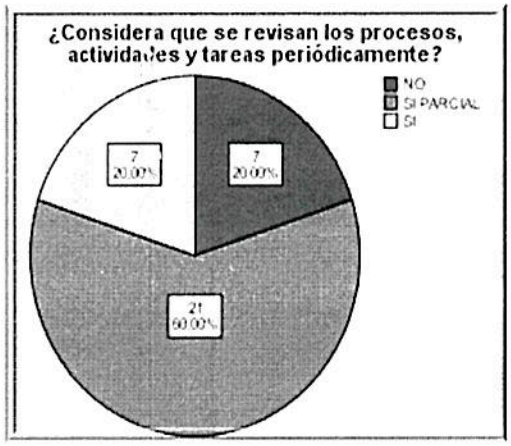


Gráfico N° 21

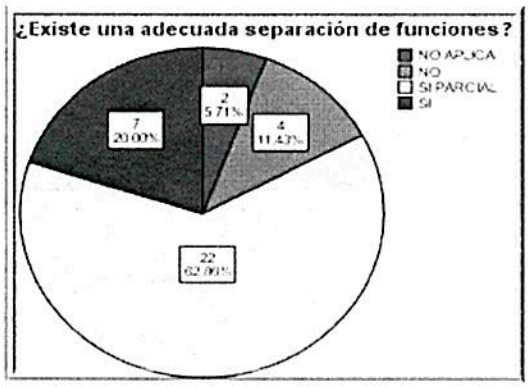


Gráfico N° 22

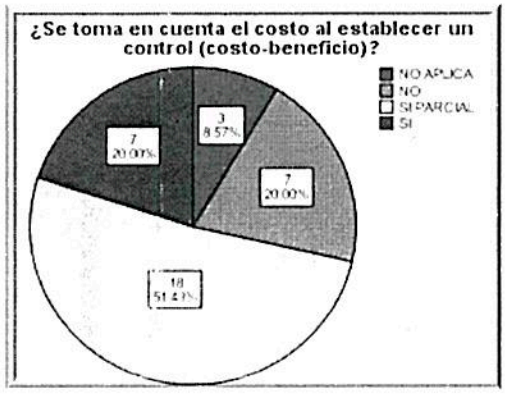


Gráfico N° 23

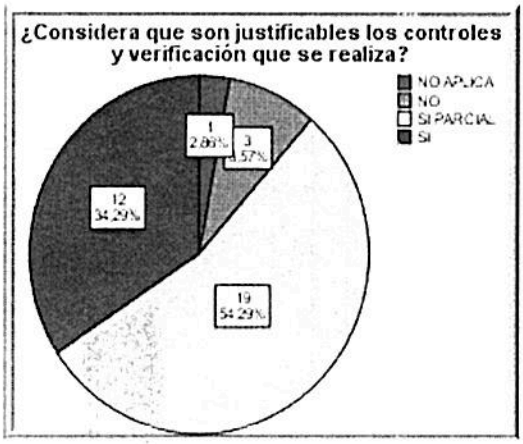


Gráfico N° 24

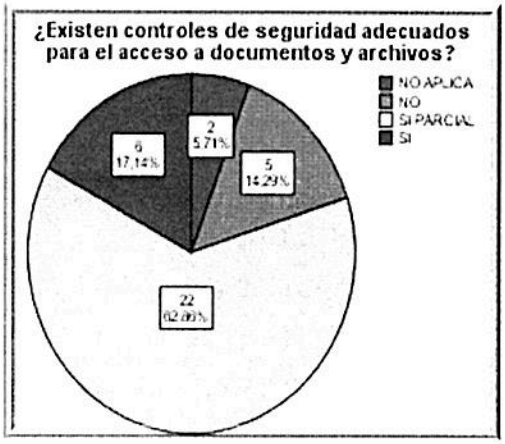


Gráfico N° 25

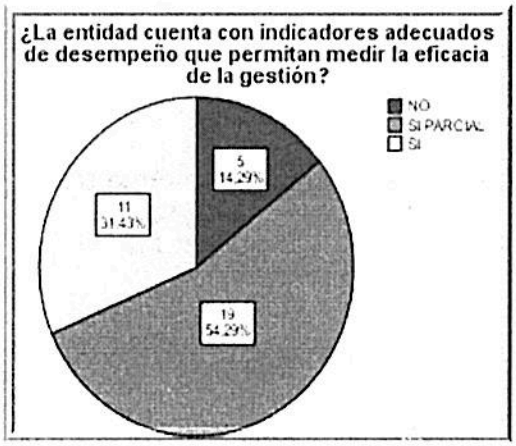


Gráfico N° 26

Gráfico N° 27

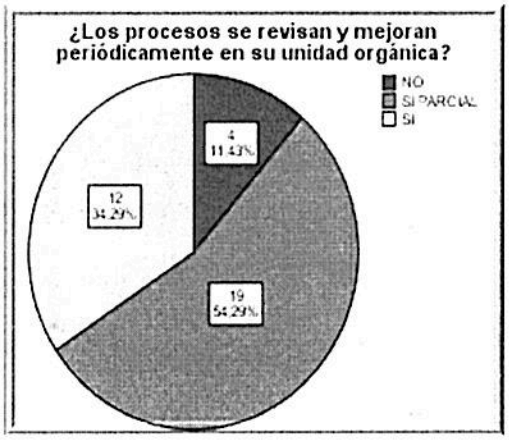


Gráfico N° 28

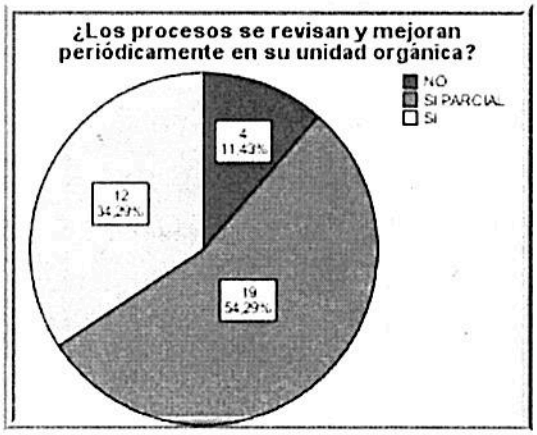
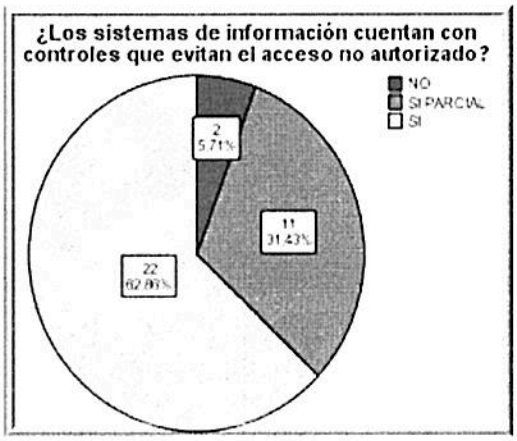


Gráfico N° 29



COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Gráfico N° 30

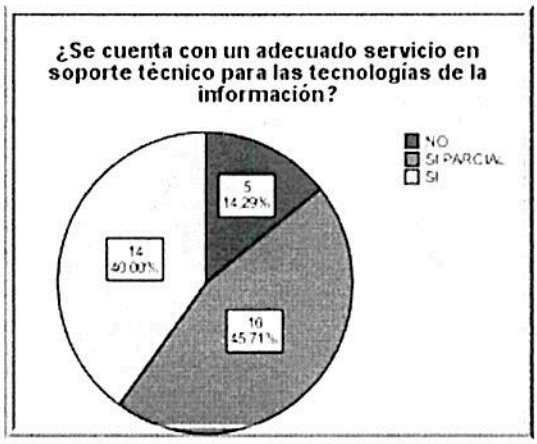


Gráfico N° 31

Gráfico N° 32

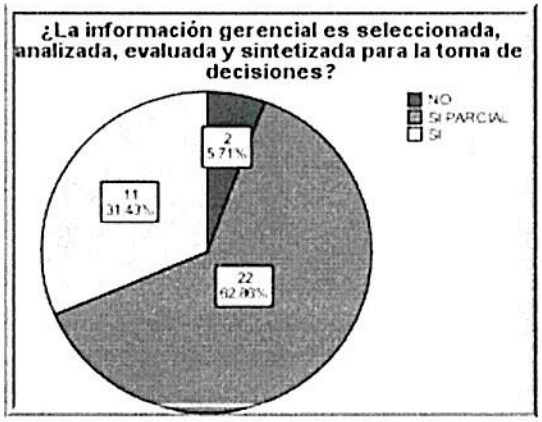


Gráfico N° 33

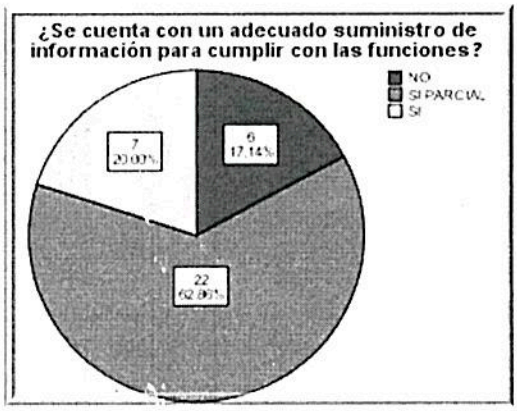


Gráfico N° 34

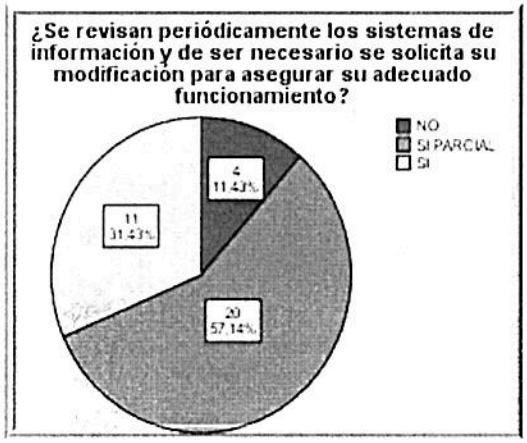


Gráfico N° 35

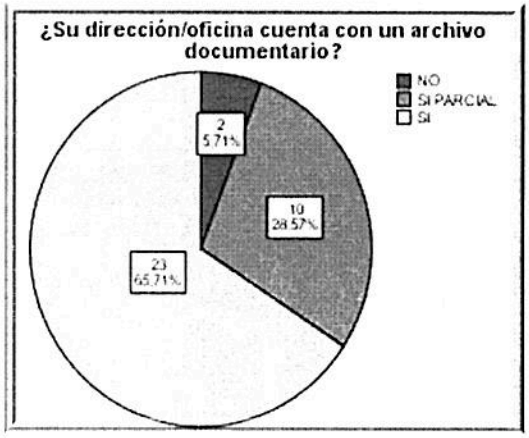


Gráfico N° 36

Gráfico N° 37

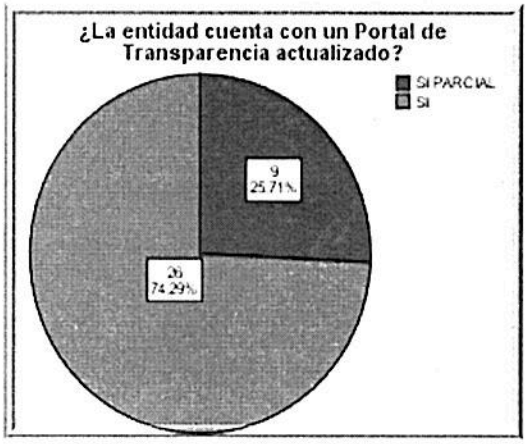


Gráfico N° 38

COMPONENTE: SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL

Gráfico N° 39

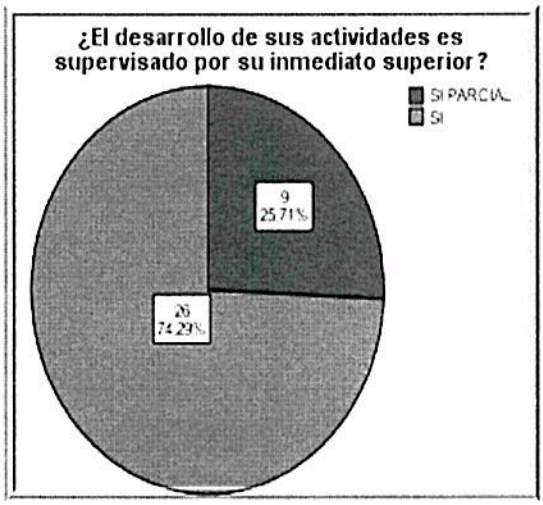
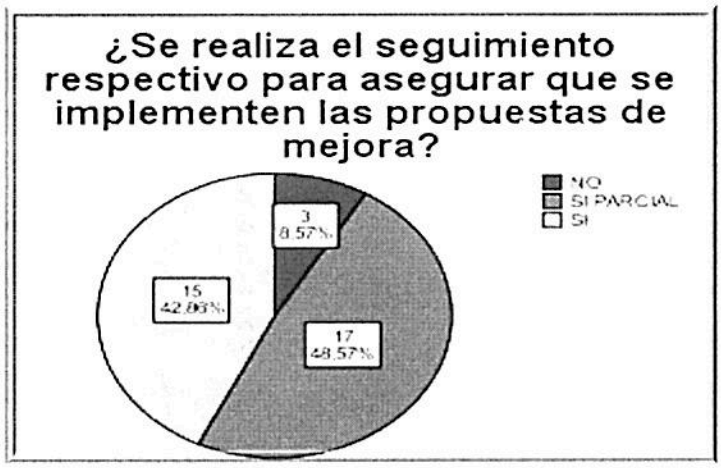


Gráfico N° 40

Gráfico N° 41



4.3.3 Análisis normativo

A fin de contar con una base cuantitativa y cualitativa respecto a nivel de maduración del control interno a nivel de la entidad, en función a la evaluación de la normativa recopilada proporcionada por las direcciones y oficinas de la entidad e información adicionalmente obtenida en las

entrevistas realizadas, se ha considerado aplicar la Lista de Verificación de componentes y principios del SCI en el INSN-SB que consta de cincuenta y uno (51) preguntas, utilizando para ello la escala de medición de implementación del SCI desarrollada por la CGR, la cual considera cinco (05) niveles y una valoración que permite establecer una calificación de 0 a 5 para las normas.

CUADRO N° 3

Nivel de Maduración	Descripción	Puntaje
Inexistente	Las condiciones del elemento de control no existen.	0 - 0.49
Inicial	Las condiciones del elemento de control existen, pero no están formalizadas.	0.50 - 1.49
Intermedio	Las condiciones del elemento de control existen y están formalizadas.	1.50 - 2.49
Avanzado	Las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento.	2.50 - 3.49
Óptimo	Las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando, existe evidencia documental de su cumplimiento y muestran eficiencia y eficacia.	3.50 - 4.49
Mejora Continua	Las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando, existe evidencia documental de su cumplimiento, muestran eficiencia y eficacia, y están en un proceso de mejora continua con instancias internas y externas evaluadoras de su eficiencia y eficacia.	4.50 - 5.00

Sobre el particular, es preciso indicar que por cada principio se cuenta con una serie de preguntas con alternativas múltiples que permiten otorgar un puntaje según el nivel de maduración tal como se muestra por cada componente de control.

4.3.3.1 Ambiente de Control

Según el Marco Conceptual de Control Interno, el ambiente de control comprende los principios de integridad y valores éticos que deben regir en la entidad, los parámetros que permitan las tareas de supervisión, la estructura organizativa alineada a objetivos, el proceso para atraer, desarrollar y retener a personal competente y el rigor en torno a las medidas de desempeño, incentivos y recompensas.

En ese sentido, la importancia de este componente radica en el establecimiento de una cultura de Control Interno a través del ejercicio de lineamientos y conductas apropiadas; por ello, es la base que sostiene a

los demás componentes del SCI, en la medida que, sin un sólido ambiente de control el adecuado establecimiento de los demás componentes resulta ineficaz.

Revisada la información de la normativa interna, se muestra a continuación los resultados obtenidos:

CUADRO N° 4

Ambiente de Control		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
Principio 1: Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos	2.8 Avanzado	Asimismo, es pertinente promover el Código de Ética y los valores institucionales.
Principio 2: Independencia de la supervisión del Control Interno	3: Avanzado	Es necesario que el Equipo de trabajo remita informes periódicos para disponer acciones.
Principio 3: Estructura organizacional apropiada para objetivos	2.3 Intermedio	Se requiere avanzar con la gestión por procesos y contar con un Manual de Perfiles de Puestos.
Principio 4: Competencia Profesional	3 Avanzado	Se requiere continuar con el proceso de implementación de la Ley del Servicio Civil en el INSN-SB Es necesario contar con un procedimiento documentado o lineamiento sobre inducción.
Principio 5: Responsable del Control Interno	5 Mejora continua	Es necesario fortalecer el mecanismo de seguimiento a las recomendaciones para verificar su cumplimiento.
Promedio de calificación	**3.2 Avanzado**	

De la evaluación realizada, se observa que el menor nivel de maduración está relacionado con el principio que regula la estructura organizacional, se requiere la implementación del Manual de Perfiles de Puestos, así como con el Principio de Supervisión del Control interno.

4.3.3.2 Evaluación de Riesgos

Tiene la finalidad de identificar los riesgos o errores a lo que está expuesta la entidad, para ello se debe conocer las actividades, operaciones y procesos de la entidad, a fin de aplicar las medidas correctivas pertinentes. Asimismo, evaluar los resultados en forma continua. Siendo conveniente mantener una correcta documentación para analizar los alcances a través de indicadores de desempeño.

Revisada la información de la normativa interna, se muestra a continuación los resultados obtenidos:

CUADRO N° 5

Evaluación de Riesgos		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
Principio 6: Objetivos Claros	0 Inicial	La política de evaluación de riesgos no ha sido desarrollada, no se cuenta con planes, metodologías, estrategias y/o procedimientos para el análisis y administración de riesgos institucionales.
Principio 7: Gestión de los Riesgos que afectan los objetivos	1 Inicial	Es necesario contar con una normativa interna que establezca la metodología para la gestión de riesgos (Manual de gestión de riesgos) y procedimientos documentados que ayuden su adecuado registro.
Principio 8: Identificación de fraude en la evaluación de riesgos	0 Inicial	Se requiere contar con lineamientos para identificar posibles fraudes en la evaluación de riesgos.
Principio 9: Monitoreo de cambios que podrían impactar al Sistema de Control Interno	1.3 Inicial	Se requiere contar con un procedimiento para realizar las evaluaciones de los cambios externos e internos que puedan afectar el SCI.
Promedio de calificación	**0.57 Inicial**	

En relación al componente Evaluación de Riesgos, se aprecia que el promedio de calificación es 0,57 lo que significa que las condiciones del elemento de control se encuentran en una etapa inicial. Se requiere implementar las normativas que permitan administrar, identificar, analizar, valorar y dar respuesta a los riesgos.

4.3.3.3 Actividades de Control Gerencial

Son políticas de prevención adoptada en el desempeño de las funciones asignadas para asegurar la idoneidad y la calidad de los controles establecidos en la entidad. Asimismo, las actividades de control se dan en todos los procesos, operaciones, niveles y funciones de la entidad.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, luego de revisada la información normativa interna:

CUADRO N° 6

Actividades de Control		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
Principio 10: Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos	1.9 Inicial	Se requiere contar con lineamientos y/o procedimientos de autorización y aprobación de procesos y actividades. Se hace necesario contar con manuales y procedimientos aprobados donde se detalle la segregación de funciones de los órganos, unidades orgánicas y oficinas, priorizando los procesos de contrataciones y adquisiciones.
Principio 11: Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos institucionales	1 Inicial	Es necesario continuar con la aprobación de las Estrategias de Gobierno Digital en Salud a fin de contar con un Plan Estratégico de Gobierno Digital en Salud a nivel sectorial.
Principio 12: Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos	2 Intermedio	Es preciso realizar la revisión periódica de los procesos, procedimientos, actividades y tareas por parte de las jefaturas de áreas.
Promedio de calificación	**1.63 Inicial**	

En relación a la evaluación efectuada se aprecia que el componente actividades de control relacionado con el principio Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos institucionales obtuvo el puntaje más bajo, lo que responde a la necesidad de implementar el Plan de Gobierno Digital.

4.3.3.4 Información y Comunicación

Una organización para que genere buenos resultados debe conocer los aspectos positivos y negativos de sus gestión, para ello debe crear flujos de información que le permitan tener certeza sobre las actividades económicas, la ejecución de procesos y la optimización de los recursos. Esto permite cumplir con las responsabilidades del funcionario y trabajador.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, luego de revisada la información normativa interna:

CUADRO N° 7

Información y Comunicación		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
Principio 13: Información de calidad para el control interno	2.3 Intermedio	Se requiere mejorar con registros de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa / reclamos o pedidos de los usuarios.
Principio 14: Comunicación de la información para apoyar el Control Interno	3 Avanzado	Es pertinente implementar más mecanismos para la denuncia de actos de corrupción e infracciones al Código de Ética de la Función Pública.
Principio 15: Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno	4 Optimo	Se cuenta con un Portal de Transparencia de la institución actualizado.
Promedio de calificación	**3.1 Avanzado**	

Considerando la evaluación efectuada, se aprecia que el Principio relacionado a la información de calidad ha obtenido un puntaje intermedio, que requiere implementación de mejoras a través de la observación a los cambios en la normativa.

4.3.3.5 Supervisión

Valorar la eficacia y funcionamiento del control interno es una tarea que debe realizarse en forma continua a través de actividades de supervisión, con la finalidad de permitir su retroalimentación y aplicar las medidas correctivas necesarias para lograr los objetivos de la gestión. Dichas actividades se llevan a cabo mediante la prevención y monitoreo, el seguimiento de resultados y los compromisos de mejoramiento.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, luego de revisada la información normativa interna:

CUADRO N° 8

Supervisión		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
Principio 16: Evaluación para comprobar el control interno	2 Intermedio	Se requiere contar con lineamientos formalizados para las acciones de monitoreo

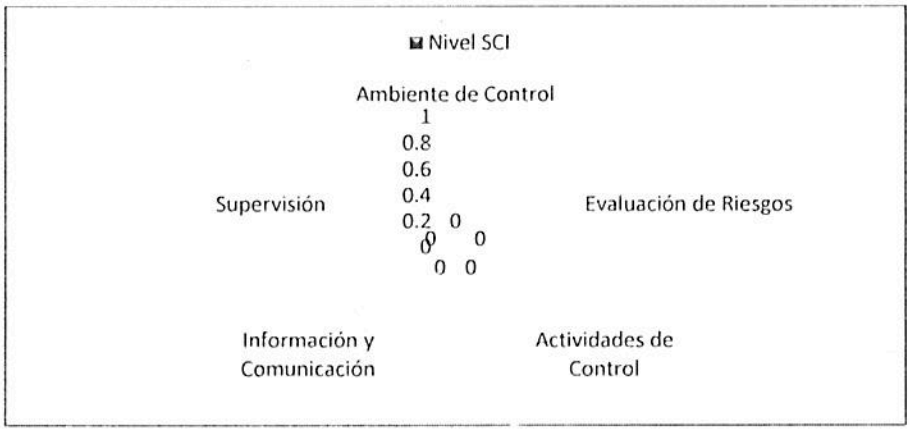
Supervisión		
Principio	**Nivel de Maduración**	**Comentario**
		con la finalidad de medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.
Principio 17: Comunicación de deficiencias de control interno	2 Intermedio	No se cuenta con diseño o metodología formalizado por la entidad.
Promedio de calificación	**2 intermedio**	

En este sentido, se comprueba que de los cinco componentes del SCI, corresponde al Componente Ambiente de Control con 3.2, seguido del Componente Información y comunicación3.1, los que cuentan con mayor puntaje y en consecuencia, mejor vinculación normativa.

Resulta, importante avanzar en la implementación de políticas y/o normas relacionado a los componentes Gestión de riesgos y Supervisión.

CUADRO N° 9

Valoración consolidada por componente de Control Interno	
Componentes del SCI	**Nivel SCI**
Ambiente de Control	3.2 Avanzado
Evaluación de Riesgos	0.57 Inicial
Actividades de Control	1.63 Intermedio
Información y Comunicación	3.1 Avanzado
Supervisión	2 Intermedio
Calificación	**2.1 Intermedio**



4.3.4 Modelo de madurez del Sistema de Control interno de la Contraloría General de la Republica.

Con la finalidad de complementar el análisis realizado de los componentes del SCI se ha utilizado el instrumento "Modelo de madurez del SCI" elaborado por la CGR, que nos permite identificar el estado de desarrollo en que se encuentra cada uno de los componentes del SCI, es decir el estado de madurez del SCI.

Sobre el particular, el modelo comprende un cuestionario separado por componente funcional del SCI, siendo que en cada cuestionario se incluye la definición del componente respectivo, así como cuatro (04) atributos que le son característicos; respecto de los atributos se presentan los rasgos que podrían asumir en cinco (05) posibles estados, conforme a la siguiente escala evolutiva:

CUADRO N° 10

Estados	Descripción	Puntaje
Incipiente	Existe evidencia de que la institución ha emprendido esfuerzos aislados para el establecimiento del sistema de control interno; sin embargo, aún no se ha reconocido su importancia. El enfoque general en relación con el control interno es desorganizado.	0 - 20
Novato	Se han instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del sistema de control interno. Se empieza a generalizar el compromiso, pero éste se manifiesta principalmente en la administración superior.	20 - 40
Competente	Los procedimientos se han estandarizado y documentado, y se han difundido en todos los niveles de la organización. El sistema de control interno funciona conforme a las necesidades de la organización y el marco regulador.	40 - 60
Diestro	Se han instaurado procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del sistema de control interno.	60 - 80
Experto	Los procesos se han refinado hasta un nivel de mejor práctica, se basan en los resultados de mejoras continuas y la generación de iniciativas innovadoras. El control interno se ha integrado de manera natural con las operaciones y el flujo de trabajo, brindando herramientas para mejorar la calidad y la efectividad, y haciendo que la organización se adapte de manera rápida.	80 - 100

Se aplicó el índice de madurez del SCI obteniendo los siguientes resultados que se muestran a continuación:

CUADRO N° 11

Asunto	Puntaje obtenido	Grado de madurez	Atención requerida	Estado siguiente	Condiciones esperadas para alcanzar el estado siguiente
ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	**43**	**Novato**	**Alta**	**Competente**	**Criterio**
Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL	**55**	**Competente**	**Media**	**Diestro**	**Emprender acciones para:**
1.1 - Compromiso	60	Competente	Media	Diestro	- El jerarca y los titulares subordinados ejercen liderazgo en el fortalecimiento constante del sistema de control interno. - Los funcionarios asumen su responsabilidad por el cumplimiento del control interno en sus actividades cotidianas y contribuyen al fortalecimiento de este. - Las regulaciones institucionales para el funcionamiento y el fortalecimiento del sistema de control interno han sido divulgadas entre los funcionarios correspondientes.
1.2 - Ética	40	Novato	Alta	Competente	- Se están planificando y realizando actividades de divulgación para lograr un conocimiento generalizado de los factores formales de la ética vigentes en la organización. - Se han establecido y fortalecido los factores formales de la ética, a saber: declaración de visión, misión, valores, código de ética u otros similares; así también los referidos al clima organizacional, valores compartidos, creencias y otros factores que se dan de manera informal en la institución. - Se ha incorporado la ética en los sistemas de gestión de mayor impacto institucional y con mayor riesgo de actos de corrupción.
1.3 - Personal	60	Competente	Media	Diestro	- La institución cuenta con un equipo humano que dispone de la actualización y formación continuas, para el desempeño de su cargo, de acuerdo con las necesidades institucionales. - Los procesos de administración de recursos humanos se evalúan y mejoran de manera continua.
1.4 - Estructura	60	Competente	Media	Diestro	- Se cuenta con mecanismos formales para la evaluación periódica de la estructura orgánica. - El jerarca y los titulares subordinados realizan acciones concretas para implementar cambios en la estructura orgánica para que se convierta en una herramienta eficaz para la gestión.
Sección 2 — VALORACIÓN DEL RIESGO	**20**	**Incipiente**	**Máxima**	**Novato**	**Emprender acciones para:**

2.1 - Marco orientador	20	Incipiente	Máxima	Novato	- Se realizan actividades de difusión y capacitación sobre valoración de riesgo entre los funcionarios de diversos niveles.
					- El jerarca y los titulares subordinados tienen la percepción de que la valoración del riesgo agrega valor a la organización.
					- El jerarca y los titulares subordinados han emitido orientaciones básicas sobre las acciones que deberán efectuarse a corto plazo para llevar a cabo una valoración inicial de los riesgos institucionales.
2.2 - Herramienta para administración de la información	20	Incipiente	Máxima	Novato	El jerarca y los titulares subordinados han emitido una definición de los alcances de la herramienta para la administración de la información sobre los riesgos institucionales.
2.3 - Funcionamiento del SEVRI	20	Incipiente	Máxima	Novato	- El jerarca y los titulares subordinados han identificado al menos los eventos que podrían afectar de forma significativa el cumplimiento de los objetivos establecidos, así como sus causas internas y externas y las posibles consecuencias.
					- Con base en su experiencia y en las discusiones que llevan a cabo, las autoridades institucionales priorizan los riesgos con fundamento en criterios básicos no oficializados, a fin de determinar y aplicar medidas que permitan atacar sus causas y, en caso necesario, enfrentar sus consecuencias.
					- Las autoridades institucionales procuran dar seguimiento a los eventos riesgosos, a fin de lograr acuerdos sobre la atención que debe brindárseles y las acciones que deben emprenderse en relación con ellos.
2.4 - Documentación y comunicación	20	Incipiente	Máxima	Novato	- Se cuenta con información sobre los eventos que podrían afectar de forma significativa el cumplimiento de los objetivos establecidos, así como sus causas internas y externas y las posibles consecuencias la cual está a disposición de los funcionarios de la institución.
					- Se cuenta con una definición de los elementos mínimos que deben documentarse acerca de los riesgos.
					- La institución ha establecido algunos mecanismos de coordinación y comunicación en relación con el Sistema Especifico de Valoración del Riesgo Institucional.
Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL	**60**	**Competente**	**Media**	**Diestro**	**Emprender acciones para:**
3.1 - Características de las actividades de control	40	Novato	Alta	Competente	Las actividades de control reúnen las características requeridas, a saber: integración a la gestión, respuesta a riesgos, costo-beneficio, viabilidad, documentación y divulgación.
3.2 - Alcance de las actividades de control	80	Diestro	Media	Experto	Se aplican mecanismos para la búsqueda de medios innovadores para garantizar el cumplimiento de los

					objetivos, los cuales se traducen en actividades de control analizadas y documentadas.
3.3 - Formalidad de las actividades de control	60	Competente	Media	Diestro	- El jerarca y los titulares subordinados han establecido y aplican mecanismos adecuados para mantener actualizada y comunicar oportunamente, la información relativa a las actividades de control. Existe apertura de las autoridades superiores para recibir comentarios y sugerencias para el fortalecimiento de dichas actividades. - Las nuevas actividades de control y las actualizaciones de las existentes se comunican oportunamente a los funcionarios encargados de su aplicación. La documentación relativa a las actividades de control vigentes se tiene disponible en medios de acceso general para su consulta y retroalimentación por los funcionarios.
3.4 - Aplicación de las actividades de control	60	Competente	Media	Diestro	- La aplicación de las actividades de control contempla el comportamiento de los riesgos institucionales. - El jerarca y los titulares subordinados han establecido y aplican mecanismos para la ejecución de revisiones periódicas de las actividades de control.
Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN	**45**	**Novato**	**Alta**	**Competente**	**Emprender acciones para:**
4.1 - Alcance de los sistemas de información	40	Novato	Alta	Competente	- El diseño y el desarrollo de los sistemas de información en la organización se fundamentan en una estrategia formal debidamente armonizada con los objetivos institucionales. - Los sistemas de información cubren, de manera integrada, la mayor parte de las actividades que se realizan en la institución. Como parte de ellos, el archivo institucional funciona de manera técnica y profesional.
4.2 - Calidad de la información	60	Competente	Media	Diestro	En el diseño y la mejora constante de los sistemas de información contemplan las necesidades según los fines institucionales, y se realizan los ajustes pertinentes en procura de una mayor utilidad y flexibilidad de la información.
4.3 - Calidad de la comunicación	40	Novato	Alta	Competente	La información se comunica oportunamente a las instancias pertinentes. Al respecto, se cuenta con regulaciones precisas sobre la comunicación de información confidencial.
4.4 - Control de los sistemas de información	40	Novato	Alta	Competente	Los sistemas de información conllevan la definición de controles desde su diseño hasta su operación. Ello garantiza que posean los mecanismos de control apropiados para la generación de información confiable, oportuna y útil.
Sección 5 — SEGUIMIENTO DEL SCI	**35**	**Novato**	**Alta**	**Competente**	**Emprender acciones para:**

5.1 - Participantes en el seguimiento del SCI	60	Competente	Media	Diestro	El seguimiento del sistema de control interno forma parte de las actividades diarias del jerarca, los titulares y los funcionarios, y se promueven revisiones independientes por parte de otras instancias.
5.2 - Formalidad del seguimiento del SCI	20	Incipiente	Máxima	Novato	El jerarca ha emitido disposiciones de tipo general sobre la obligación de los titulares subordinados de dar seguimiento al sistema de control interno, con la colaboración de los funcionarios que corresponda.
5.3 - Alcance del seguimiento del SCI	20	Incipiente	Máxima	Novato	El jerarca y los titulares subordinados vigilan las actividades bajo su control con una visión de corto plazo y en procura del cumplimiento de las obligaciones legales que establece el ordenamiento.
5.4 - Contribución del seguimiento a la mejora del SCI	40	Novato	Alta	Competente	El seguimiento del sistema de control interno constituye una herramienta que permite la valoración y mejora de dicho sistema y de su contribución a la gestión institucional.

Como resultado de la aplicación del Modelo de madurez del SCI elaborado por la CGR, el INSN-SB ha obtenido un puntaje de 43 que equivale al grado de "NOVATO", que según la tabla de rangos de estado significa: "Se han instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del sistema de control interno. Se empieza a generalizar el compromiso, pero éste se manifiesta principalmente en la administración superior".

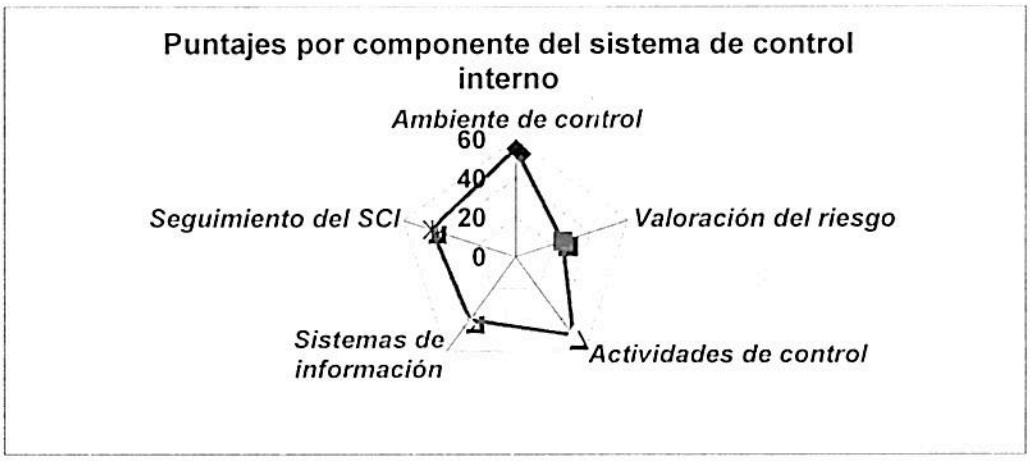
A continuación se muestra la tabla de puntajes obtenidos por cada componente y criterio, con el gráfico respectivo:

CUADRO N° 12

Tabla de puntajes por Componente y Criterios

Componente	Puntaje	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4
Ambiente de control	55	60	40	60	60
Valoración del riesgo	20	20	20	20	20
Actividades de control	60	40	80	60	60
Sistemas de información	45	40	60	40	40
Seguimiento del SCI	35	60	20	20	40

Gráfico de los puntajes obtenidos según el Modelo de Madurez del Sistema de Control Interno



Cabe precisar que, el grado de madurez "Novato" es concordante con el análisis normativo realizado con la Lista de Verificación de componentes y principios del SCI que da como resultado la calificación de 2.1, que corresponde a "Intermedio", es decir las condiciones de los elementos de control interno existen, pero no están formalizadas.

4.3.5 Análisis de la Gestión por Procesos

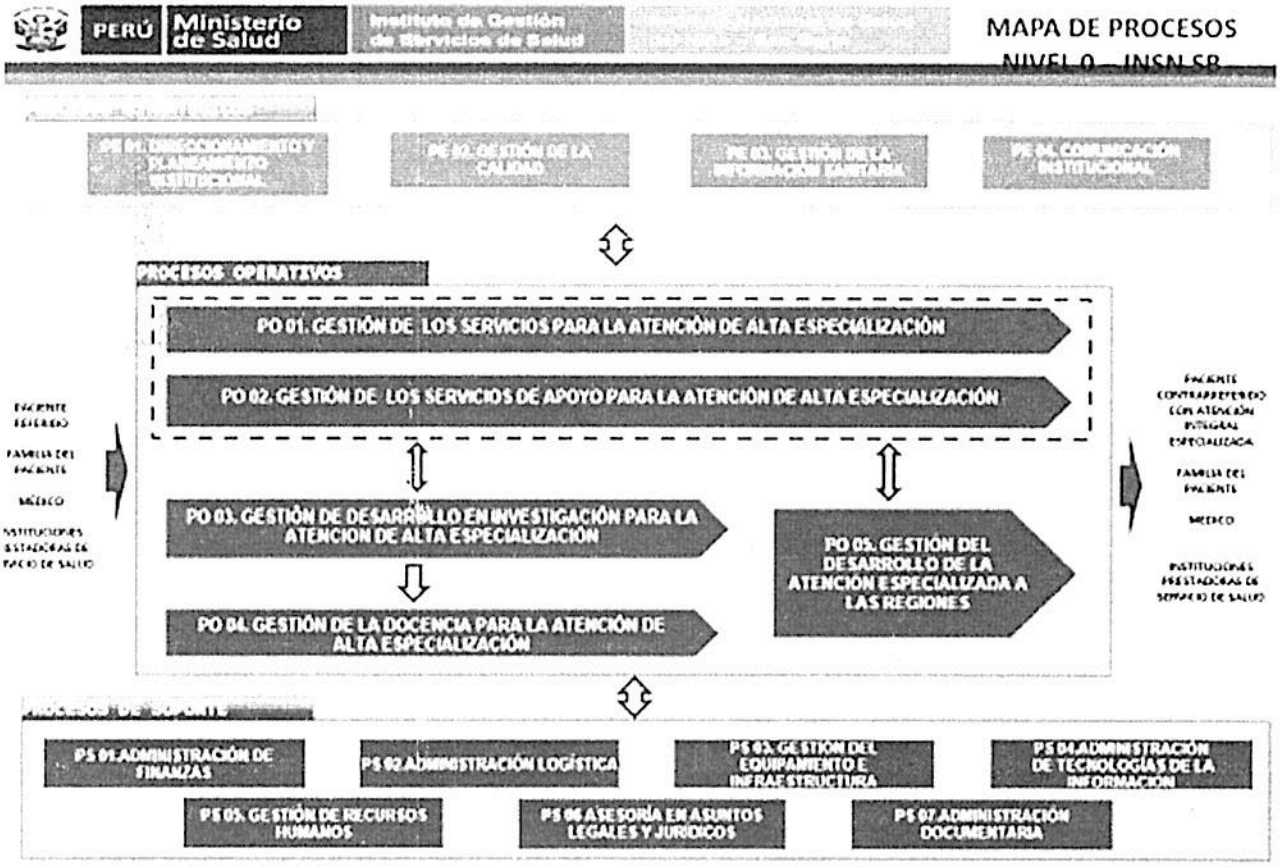
Mediante Resolución Directoral N° 030-2016-INSN-SB, se aprobó el Plan de Trabajo para la implementación de la Gestión por procesos en el INSN-SB, el mismo que contiene las acciones para lograr identificar, implementar, monitorear, evaluar y mejorar los procesos institucionales.

Los mapas de procesos están elaborados, desarrollados y definidos hasta el nivel 1. El Mapa de procesos del INSN-SB clasifica los procesos en: Estratégicos, Misionales u Operativos y de Apoyo o Soporte.

El Proceso Nivel 0: Grupo de Procesos unidos por especialidad en el Nivel más agregado, se le conoce como Macro procesos. Proceso Nivel 1: Primer nivel de desagregación de un proceso nivel 1.

Se ha verificado que los procesos cuentan con procedimientos e indicadores.

MAPA DE PROCESOS DEL INSN-SB



El mapa de procesos del INSN-SB cuenta con 04 procesos Estratégicos, 05 procesos operativos y 07 procesos de soporte y se encuentran alineados a los objetivos estratégicos.

Se ha revisado el Mapa de procesos según la lista de verificación, a fin de establecer si cumple con los documentos, controles y tipos de riesgo, obteniendo el siguiente resultado:

CUADRO N° 13
REVISIÓN DE PROCESOS DEL INSN-SB

UNIDAD/OFICINA	OBJETIVO	IDENTIFICACIÓN		TIPO DE PROCESO			TIPO DE RIESGO	CONTROLES	DOCUMENTOS
		PROCESO NIVEL 0	PROCESO NIVEL 1	E	M	S			INDICADORES
Dirección General/ Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Desarrollar los lineamientos institucionales con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión institucional.	PE. 01 Direccionamiento y Planeamiento Institucional	Gestión del Planeamiento	X			Estratégico	Evaluación Trimestral	• Porcentaje de cumplimiento de metas físicas. • Porcentaje de proyectos SNIP aprobados. • Plan formulado y evaluado en el plazo establecido.
			Innovación y Desarrollo Institucional	X			Estratégico		
			Gestión de la inversión	X			Estratégico		
			Coordinación Interinstitucional e intersectorial	X			Estratégico		
Unidad de Gestión de la Calidad	Garantizar la seguridad y satisfacción de los pacientes a través de la mejora continua institucional.	P.E. 02 Gestión de la calidad	Satisfacción y Seguridad del paciente.	X			Estratégico	• Evaluación de categorización y acreditación. • Auditorias médicas. • Encuesta nivel	• Porcentaje de satisfacción del usuario. • % de proyecto de mejora continua implementados.
			Evaluación y Monitoreo de la calidad.	X			Estratégico		
			Monitoreo de la calidad. Mejora continua.	X			Estratégico		
Dirección Adjunta	Generar información estadística y epidemiológica de la prestación de los servicios de salud.	P.O. 03 Gestión de la Información Sanitaria.	Generación de la información sanitaria.	X			Estratégico	• Verificación de fuentes de información • Verificación de información a difundir. • Verificación de la difusión en los medios.	• Porcentaje de cumplimiento de generación de información. • Nivel de calidad de registro de información por UPSS. • Impacto de estrategias de comunicación. • Porcentaje de la difusión en los medios. • Nivel de precepción de la imagen institucional.
			Transferencia de la información Sanitaria.	X			Estratégico		
Oficina de Comunicaciones	Fortalecer la imagen y comunicación interna y externa que permita mejorar las relaciones con los ciudadanos, colaboradores y entidades públicas y privadas dentro del marco de la democracia y trasparencia.	P.O.04. Comunicación Institucional	Imagen Institucional	X			Estratégico		
			Comunicación interna.	X			Estratégico		

Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada.	Brindar al paciente una atención de salud integral especializada.	P.M. 01 Gestión de los servicios para la atención de alta especialización.	Gestión de riesgos y desastres.		X		Operativo	• Evaluación de cumplimiento de criterios de categorización. • Auditoria médica. • Supervisión de categorización.	• Porcentaje de paciente que recibe atención especializada. • Porcentaje de demanda no atendida. • % de suspensión de atención especializada. • Tiempo de espera para acceder a la atención especializada. • Re intervenciones por complicaciones.
			Gestión de Urgencias y Emergencias.		X		Operativo		
			Gestión asistencial en atención de alta especialización.		X		Operativo		
Dirección Ejecutiva de la Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento.	Brindar el soporte al diagnóstico y tratamiento especializada del paciente.	P.M.02 Gestión de los servicios de apoyo para la atención de alta especialización.	Gestión de los servicios de Apoyo para el diagnóstico.		X		Estratégico Operativo.	• Control de calidad de insumos. • Control de calibración de equipos. • Auditorias de adherencias de guías de procedimientos	• Porcentaje de exámenes con informe de resultados en el plazo establecido. • Porcentaje de recetas atendidas en el plazo establecido. • Porcentaje de atención de servicio de soporte al tratamiento. • Nivel de satisfacción de servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento. • Reincidencia de queja.
			Gestión de Productos Farmacéuticos, Insumos y dispositivos médicos.		X		Estratégico Operativo.		
			Gestión de los servicios de Apoyo para el Tratamiento.		X		Estratégico Operativo.		
Dirección Ejecutiva de la Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia.	Desarrollar investigación e innovación en salud, y transferir los conocimientos y tecnologías.	P.M.03 Gestión de desarrollo en investigación para la atención de alta especialización.	Desarrollo y asistencia técnica para la formulación de ideas de investigación.		X		Estratégico Operativo.	• Herramientas para el monitoreo de la gestión y desarrollo de la investigación institucional.	• Porcentaje de ideas de investigación que se convierten en proyectos. • Porcentaje de investigaciones publicadas. • Porcentaje de estudios de investigación en aplicación a través de asistencia técnica en establecimientos de Salud.
			Desarrollo y asistencia técnica para la ejecución de investigaciones.		X		Estratégico Operativo.		
			Transferencia de conocimientos y tecnologías				Estratégico Operativo.		

Dirección Ejecutiva de la Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia	Identificar las necesidades de recursos humanos especializados y de capacitación, fortaleciendo las competencias, reduciendo las brechas existentes en los distintos niveles de atención en el ámbito nacional.	P.M.04 Gestión de la Docencia para la atención de Alta Especialización.	Gestión de la Formación de Recursos Humanos de Alta Especialización.		X		Estratégico Operativo.	• Monitoreo de Actividades de Capacitación.	• Porcentaje de vacantes de residentado ocupadas. • Porcentaje de solicitud de residentado aceptados. • Porcentaje de residentados aprobados. • Porcentaje de rotación de alumnos de pregrado aceptadas. • Porcentaje de profesional de la salud capacitado por la institución. • Nivel de satisfacción (profesionales de Salud, Universidades y Establecimientos de Salud).
			Gestión de la Docencia de Alta Especialización		X		Estratégico Operativo. Cumplimiento		
Dirección Ejecutiva de Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia	Brindar el acceso y fortalecer la atención especializada en el campo de sus competencias a los establecimientos de salud de las regiones del país.	P.M.05 Gestión del desarrollo de la especializada a las regiones.	Asistencia Técnica Presencial Especializada en Regiones.		X		Cumplimiento	• Verificación de funcionamiento de equipos. • Monitoreo para la ejecución de asistencia por telesalud. • Verificación de implementación de campañas.	• Nivel de satisfacción del servicio prestado (profesionales y pacientes). • Porcentaje de asistencia técnica a regiones con convenios.
			Asistencia Técnica Especializada por Tele salud		X				
Dirección Ejecutiva de la Unidad de Administración	Proporcionar y administrar los recursos presupuestales y financieros necesarios para el adecuado funcionamiento del instituto, asegurando una gestión eficiente oportuna y transporte.	P.S..01 Administración de Finanzas	Programación del recurso financiero			X	Cumplimiento	• Auditoría financiera de prestaciones de salud	• Porcentaje de ejecución presupuestal. • Ingresos vs egresos • Porcentaje de recaudación de ingresos. • Porcentaje de disminución de deudas.
			Administración del Recurso Financiero			X	Cumplimiento		
Oficina de Logística	Lograr la oportuna y adecuada contratación, control y mantenimiento de Bienes y Servicios necesarios para el adecuado funcionamiento de la institución.	P.S. 02 Administración de Logística	Programación de Bienes y servicios.			X	Operativo Cumplimiento	• Control de recepción de bienes. • Control de inventarios	• Porcentaje de requerimientos atendidos oportunamente. • Porcentaje de incidencias en la entrega. • Porcentaje de bienes en condición de baja.
			Administración de bienes y servicios.			X			
			Almacenamiento y distribución de bienes.			X			
			Administración de Servicios Generales.			X			

Equipo de Servicios Generales	Mantener en óptimas condiciones la infraestructura y equipamiento hospitalario, en cumplimiento de estándares, planes y lineamientos establecidos por el IGSS.	P.S.06 Gestión del Equipamiento e Infraestructura	Identificación y Priorización de Equipamiento e Infraestructura.			X	Operativo Cumplimiento	• Control de operatividad de equipamiento.	• Porcentaje de equipamiento y ambientes operativos. • Tiempo de respuestas de atención. • Nivel de satisfacción del servicio prestado.
			Mantenimiento de la Infraestructura física y equipamiento hospitalario.			X	Operativo Cumplimiento		
Dirección Ejecutiva de la Unidad de Tecnología de la Información.	Proporcionar recursos de tecnologías de la información y comunicaciones de la institución, asegurando su suficiencia, relevancia, calidad, oportunidad, disponibilidad y seguridad a nivel de software y hardware.	P.S.04 Administración de Tecnologías de la Información.	Implementación de Soluciones Tecnológicas.			X	Operativo Cumplimiento	• Control de operatividad de Servidores y Redes.	• Porcentaje de ejecución del POI. • Nivel de satisfacción del servicio prestado. • Porcentaje de incidencias reportadas vs atendidas. • Porcentaje de requerimientos solicitados vs atendidos. • Porcentaje de disponibilidad de servicios por año. • Porcentaje de usuarios afectados por incidentes.
			Control de operatividad de TIC.			X	Operativo Cumplimiento		
Jefe de Equipo de Recursos Humanos	Disponer del adecuado capital humano institucional, en términos de los perfiles y las competencias necesarias para el cabal cumplimiento de la finalidad del instituto, promoviendo el desarrollo de buenas prácticas y asegurando una gestión eficiente, oportuna y transparente.	P.S. 05 Gestión de recursos Humanos	Organización del Recurso Humano.			X	Operativo Cumplimiento	• Control de Asistencia y permanencia control de legajo.	• Porcentaje de recursos humanos con competencias requeridas. • Clima laboral. • Siniestralidad laboral.
			Administración del Empleo y Compensación.			X	Operativo Cumplimiento		
			Administración del Bienestar y Desarrollo de las personas.			X	Operativo Cumplimiento		
Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica	Brindar asesoría legal en relación a procesos judiciales y administrativos al instituto, así como salvaguardar el derecho a la defensa legal.	P.S.06 Asesoría en Asuntos Legales y Jurídicos,	Asesoría Legal			X	Cumplimiento	• Revisión de normas legales	• Porcentaje de asistencia técnica atendida en el plazo establecido. • Porcentaje de asistencia técnica atendida.
			Procesamiento de la Defensa Legal.			X	Cumplimiento		
Equipo de Administración de Tramite documentario.	Asegurar el trámite y archivo de documentos generados o recibidos en la institución, garantizando su integridad, confidencialidad y disponibilidad.	P.S. 07 Administración Documentario	Administración de Sistemas de Trámite Documentario.			X	Cumplimiento	• Control de recepción de documentos. • Control de custodia de documentos.	• Tiempo espera de respuesta a solicitud de documentación. • Porcentaje de incidencias de custodia de documentos.
			Administración del Archivo Documentario.			X	Cumplimiento		

4.3.6 Análisis de la gestión de riesgos

De la revisión a la normativa existente en el INSN-SB se ha evidenciado la falta de política de riesgos, manual de riesgos y un plan de gestión de riesgos aprobados, siendo necesario gestionar la elaboración y aprobación de los referidos documentos.

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

De la revisión realizada a los documentos normativos y de gestión se han identificado brechas y oportunidades de mejora a nivel de la entidad por cada componente del SCI, los cuales se muestran a continuación:

4.4.1 Componente: Ambiente de Control

CUADRO N° 14

DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	DEBILIDADES
Código de ética institucional aprobada, vigente y difundida.	No se difunde el Código de Ética institucional.
Declaración jurada de sujeción al Código de Ética en legajos de los funcionarios y servidores públicos.	Los legajos no cuentan con la Declaración Jurada de sujeción al Código de Ética de los funcionarios y servidores.
Plan estratégico de Gobierno electrónico.	No se cuenta con el documento o su equivalente al Plan Estratégico de gobierno electrónico.
Cuadro de puestos de la entidad-CPE aprobado y vigente.	No se cuenta con el cuadro de puestos de la entidad-CPE.
Manual de Perfiles de Puesto- MPP aprobado y vigente, así como vinculado al PEI y al ROF.	No se cuenta con el Manual de Perfiles de puestos, aprobado y vigente y vinculado al PEI.
Procedimiento de inducción a los funcionarios y servidores públicos, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos.	No se cuenta con lineamientos para procesos de inducción.
Procedimiento de evaluación de personal.	No se cuenta con lineamientos que regulen la autoevaluación del personal.

Evaluaciones del clima laboral	No se evidencia lineamientos para evaluaciones del clima laboral.
Registro de evaluación de los perfiles del personal de la entidad.	No se cuenta con registros de evaluación de perfiles de personal de la entidad.
Registros de documentos de designación de encargaturas (Asignación de atribuciones y responsabilidades al personal)	No se cuenta con registros de documentos de asignación de encargaturas

4.4.2 Componente: Gestión de Riesgos

DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	DEBILIDADES
Lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado.	No se cuenta con Lineamientos o Directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado
Plan de Gestión de Riesgos aprobado.	No se cuenta con un Plan de gestión de riesgos.
Política de Riesgos.	Se requiere implementar Políticas de Riesgo
Manual de Gestión de Riesgos.	No se cuenta con Manual de Gestión de Riesgos.
Procedimientos para la gestión de riesgos.	No se cuenta con procedimientos formalizados para la gestión de riesgos.
Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.	No se han designado responsables para la gestión de riesgos.
Inventario de riesgos de la entidad.	No se tiene un inventario de riesgos en la entidad
Matriz de Riesgos (Probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de riesgos.	No se cuenta con una matriz de riesgos.
Plan de Tratamiento de Riesgos o Similar.	No se cuenta con el Plan de Tratamiento de riesgos.
Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas.	No se tienen medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas.
Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes	No se cuenta con lineamientos para evaluar posibles fraudes.
Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.	No se cuenta con Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.

Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.	No se cuenta con normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.
Reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que pueden impactar en el SCI.	Se requiere implementación de un Reporte formal del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que pueden impactar en el SCI.

4.4.3 Componente: Actividades de Control

DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	DEBILIDADES
Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.	No se cuenta con Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.
Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.	No se cuenta con Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.
Lineamientos para la aplicación de evaluación costos-beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.	No se cuenta con Lineamientos internos para la aplicación de evaluación costos-beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.
Estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).	No se cuenta con Estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).
Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.	No se cuenta con Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.
Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.	No se cuenta con Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.
Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PETI y su evaluación.	No se cuenta con Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PETI y su evaluación.
Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la entidad en cuanto al buen uso de las	Se requiere contar con informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y

tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.	comunicación y seguridad de la información.
Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la entidad.	No se cuenta con Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la entidad.

4.4.4 Componente: Información y Comunicación

DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	DEBILIDADES
Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.	No se cuenta con Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.
Mecanismos para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos.	No se cuenta con Mecanismos para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos.

4.4.5 Componente: Supervisión

DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	DEBILIDADES
Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.	No se cuenta con Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.

4.5 Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas

El INSN-SB cuenta con un Mapa de Procesos aprobado con la Resolución N° 088-2016-INSN-SB/T del 14 de junio de 2016, que describe solo el nivel 0 y 1 de los Procesos Institucionales, resultando necesario que se desagreguen los siguientes niveles que permita delimitar la segregación de funciones en los procesos, actividades y tareas.

5 ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Considerando las brechas identificadas se mencionan los aspectos a implementar:

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

1. Se requiere mayor difusión del Código de Ética.
2. Se requiere implementar en cada legajo el formato de Declaración Jurada de sujeción al Código de ética de los funcionarios y servidores.
3. Se requiere implementar el Plan Estratégico de gobierno electrónico.
4. Se requiere implementar el cuadro de puestos para el INSN-SB.
5. Se requiere implementar un Manual de Perfiles de puestos, que este aprobado, vigente y vinculado al PEI.
6. Se requiere implementar lineamientos o directivas para regular los procesos de inducción.
7. Se requiere implementar lineamientos que regulen la autoevaluación del personal.
8. Se requiere implementar lineamientos para regular la evaluación del clima laboral.
9. Se requiere implementar registros de evaluación de personal.
10. Se requiere implementar un Registro de documentos de asignación de encargaturas.

COMPONENTE: GESTIÓN DE RIESGOS

11. Se requiere elaborar lineamientos para implementar la gestión de riesgos en la entidad.
12. Se requiere implementar un Plan de Gestión de Riesgos.
13. Se requiere implementar políticas de riesgo.
14. Se requiere implementar un Manual de Gestión de Riesgos.
15. Se requiere elaborar procedimientos para la gestión de riesgos.
16. Se requiere conformar un Comité para implementar la gestión de riesgos en la entidad.
17. Se requiere elaborar un inventario de riesgos en la entidad en colaboración con las unidades orgánicas de la entidad.
18. Se requiere elaborar una matriz de riesgos.
19. Se requiere implementar un Plan de Tratamiento de Riesgos.
20. Se requiere implementar medidas para mitigar los riesgos en Direcciones, Unidades y áreas de la entidad.
21. Se requiere implementar lineamientos para evaluar posibles fraudes que se puedan generar en las operaciones y procesos de la entidad.
22. Se requiere implementar un registro de controles que contribuyan a reducir los riesgos en la entidad.

23. Se requiere elaborar una normativa que considere la posibilidad de fraude en los procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.
24. Se requiere realizar reporte de monitoreo de los cambios externos que pueden impactar en el Sistema de control Interno.

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

25. Se requiere implementar políticas y procedimientos que sirvan para regular la rotación de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.
26. Se requiere implementar reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.
27. Se requiere implementar lineamientos internos para la evaluación costo beneficios.
28. Se requieren estudios previos que determinen que el costo de los controles este de acuerdo a los resultados esperados.
29. Se requiere implementar restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.
30. Se requiere implementar lineamientos internos sobre documentación de acceso restringido en la entidad.
31. Se requiere elaborar un Plan estratégico de Tecnología de la Información.
32. Se requiere elaborar en forma periódica informes sobre acciones de sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores sobre el buen uso de las tecnologías y comunicación y seguridad de la información.
33. Se requiere elaborar un reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la entidad.

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

34. Se requiere implementar documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.
35. Es pertinente difundir los mecanismos con los que cuenta la entidad para la denuncia de actos de corrupción e infracciones al Código de Ética de la Función Pública.

COMPONENTE: SUPERVISIÓN

36. Se requiere contar con lineamientos o protocolos para las acciones de prevención y monitoreo con la finalidad de medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.

6 CONCLUSIONES

- Los componentes Ambientes de Control e Información y Comunicación constituyen fortalezas de la institución ya que presentan un mayor nivel de desarrollo con puntajes de 3.2 A y 3.1, equivalente al nivel Avanzado, respectivamente.

- El componente de Evaluación de Riesgos, a diferencia de los demás componentes del SCI, presenta un nivel de desarrollo "Inicial" requiriendo implementar normas enfocadas en la gestión de Riesgos.

- Según el resultado de la encuesta de percepción del SCI se observa que los Directivos y Jefes de Unidades tienen conocimiento sobre la importancia de la implementación del SCI, sin embargo, existe la necesidad de controles formalizados.

- Los procesos del Instituto se encuentran mapeados a nivel 0 y 1, los mismos que cuentan con controles e indicadores.

7 RECOMENDACIONES

- Considerando los niveles de avance de los componentes del SCI, deberán ser implementadas las acciones propuestas.

- Comprometer el apoyo de todos los órganos, unidades orgánicas y oficinas de la entidad, con la finalidad de continuar con el proceso de implementación del SCI.

- Se requiere iniciar con la elaboración del Plan de Trabajo para el levantamiento de brechas de acuerdo al resultado del Diagnóstico del Sistema de Control Interno, según lo dispuesto en la actividad 5 del numeral 7.2.2. de la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD.

- Elevar el presente informe a la Directora General de la entidad para su revisión y aprobación.

8 ANEXOS

- Anexo1: Matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos o prácticas de gestión de acuerdo a lo indicado en la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG
- Anexo 2: Encuesta de conocimiento del Sistema de Control Interno en el INSN-SB
- Anexo 3: Encuesta de percepción del Sistema de Control Interno
- Anexo 4: Lista de Verificación de componentes y principios del SCI en el INSN-SB
- Anexo 5: Modelo de madurez del SCI.

ANEXO 1

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA - INSNSB

Principios	Documento de Gestión/Evidencias de Cumplimiento	Si cumple	Si cumple parcialmente	No cumple	No aplica	Comentarios
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL						
1.-La entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos.	Acta de compromiso suscrita por los miembros de Comité de Control Interno	X				Mediante Acta de 29 de febrero de 2016, la Directora General y los Jefes de todas la Unidades Administrativas y asistenciales suscribieron el Acta de Compromiso Institucional para la Implementación del Sistema de Control Interno. Con fecha 04 de abril 2018 y 24 de setiembre de 2018, se suscribieron las Actas de Compromiso Individual.
	Acta de Charla de sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participantes con las firmas correspondientes.	X				Mediante Acta de Reunión del Comité de Control Interno del 08 de mayo de 2018, acordaron realizar la Charla de Sensibilización en Control Interno para el 16 de mayo de 2018, fecha en que se celebró con la asistencia de 42 personas, según se detalla en la lista de asistencia.
	Difusión del Acta de Compromiso mediante página web.	X				Mediante http://www.insnsb.gob.pe/sistema-de-control-interno/ se han Publicado el Acta de Compromiso de del 29 de febrero de 2016 y las Actas de Compromiso Individual de 04 de abril de 2018.
	Enunciado de la declaración de Misión, Visión y Valores.	X				En el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño aprobado con RM 512-2014 del 07 de julio 2014, consta la declaración de la Misión, Visión y Valores.
	Difusión del acta de compromiso	X				Mediante publicación en la Página Institucional del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja se está difundiendo el Acta de Compromiso.
	Código de ética institucional aprobada, vigente y difundida.			X		No se cuenta con Código de Ética Institucional.
	Registro de Sanciones de Destitución y Despido actualizado.	X				
	Declaración jurada de sujeción al Código de Ética en legajos de los funcionarios y servidores públicos.			X		
2.- La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del control interno.	Documento de asignación del Comité de Control Interno (CCI)	X				Resolución Directoral n.° 142-2015-INSN-SB del 28 de octubre de 2015.

	Planes aprobados: Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional (POI) y otros planes sectoriales y territoriales, articulados y ligados a las políticas nacionales.	X				• R.M. 147-2017/MINSA del 03/03/2017, aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 1017-2019 del Ministerio de Salud. • RM 367-2016/MINSA del 02/06/2016 aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 • Plan Operativo Institucional (POI) Aprobado con RD. 048-2018/INSN-SB del 12 /03/2018.
3.- La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.	Los planes incorporan la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD)	X				• Plan de Contingencia por Semana Santa, aprobado con Resolución Directoral N° 061-/2018/INSN-SB/DG del 28 de setiembre de 2018. • Plan de Contingencia por Navidad 2017 y Año Nuevo 2018 INSN-SB del 23 de diciembre de 2018. • Plan de Contingencia por visita del Papa Francisco – INSNSB del 19 de enero de 2018. • Plan de Contingencia Semana Santa del 08 de marzo de 2018. • Plan de Contingencia por Fiestas Patrias – INSN-SB del 26/07/2018
	Plan estratégico de Gobierno electrónico.			X		
	Plan anual de contrataciones debidamente aprobado.	X				Aprobado con Resolución Directoral N° 022-2018-INSN-SB del 23 de enero de 2018
	Informes semestrales de evaluación del POI que realizan las unidades orgánicas.	X				Se emiten Informes Trimestral y Semestral.
	Estructura orgánica organigrama	X				Manual de Operaciones (MOP), aprobado con RM N° 512-2014 del 08 de julio de 2014 y modificada mediante RD. 123-2017/INSN-SB del 04/09/2017.
	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado y vigente.					Manual de Operaciones (MOP), aprobado con RM N° 512-2014 del 08 de julio de 2014 y modificada mediante RD. 123-2017/INSN-SB del 04/09/2017
	Cuadro de puestos de la entidad-CPE aprobado y vigente.			X		La entidad no cuenta con el Cuadro de Puestos, Manual de puestos tipo y Manual de Perfiles de Puesto.
	Manual de Perfiles de Puesto- MPP aprobado y vigente, así como vinculado al PEI y al ROF.			X		La entidad no cuenta con el Cuadro de Puestos, Manual de Perfiles de Puesto.

	Mapa de Procesos (Diagrama y Fichas Técnicas)	X.				Mapas de Procesos aprobados: - GPP del Proceso de Administración Documentaria en relación al Archivo de Historia Clínica - MGPP del Proceso de Gestión del Desarrollo en Investigación para la Atención de Alta Especialización del INSN-SB - MGPP- Proceso de Gestión de la Calidad – MGPP-GC-PE.02 - MGPP- Administración Logística - MGPP- Gestión de la Docencia para la Atención de Alta Especialización - MGPP – Gestión del Desarrollo de la Atención Especializada a las Regiones - MGPP – Gestión de los Servicios de Apoyo para la Atención de Alta Especialización - MAPRO de Gestión de la información de la unidad de tecnologías de la información - MAPRO de la Unidad de Planeamiento - MAPRO Sub Unidad de Atención de Servicio al Paciente - MAPRO Unidad de Gestión de la Calidad - MAPRO Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades Proceso de Administración documentaria.
	Manuales de Gestión de Procesos y Procedimientos.	X				El INSN-SB cuenta con Manuales de Gestión y Procedimientos desarrollados al nivel 1.
	Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) APROBADO Y VIGENTE	X				Aprobado con Resolución Directoral N° 102-2018/INSN-SB/T del 05 de junio de 2018.
4.- La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los	Reglamento Interno de trabajo, aprobado y vigente.	X				Mediante Resolución Directoral N° 007/2017-INSN-SB del 11 de enero de 2017, se aprobó el Reglamento Interno de los Servidores Civiles.

objetivos de la organización.	Procedimiento de inducción a los funcionarios y servidores públicos, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos.	X				Se realiza inducción al personal cuando ingresan, asimismo, en la página de Transparencias se ha publicado información sobre la inducción A cargo de la Unidad de Recursos Humanos:- Salud Ocupacional -Régimen Disciplinario -Reglamento del DL 1057 Asimismo, en el Artículo 9° del Reglamento Interno de los Servidores Civiles se menciona "Todo nuevo Servidor Civil recibirá la orientación e inducción sobre los objetivos, organización y funcionamiento de las labores que le corresponderá desarrollar en su puesto de trabajo".
	Procedimiento de Capacitación.	X				Mediante Resolución Directoral N° 014-2018/INSN-SB del 24 de febrero de 2018. Mediante Resolución N° 141-Presidencia Ejecutiva del Servicio Civil, aprueba la Directiva "Normas para la Gestión del Proceso de Capacitación en las Entidades Públicas" el 13 de agosto de 2016.
	Procedimiento de evaluación de personal.	X				Plan de Auto evaluación del INSN-SB 2018, (Formulario) Aprobado con RD 002-2018/INSN-SB del 09/01/2018
	Lineamientos de rendición de cuentas, declaraciones juradas.	X				Directiva para la Administración de Caja Chica Resolución Directoral N° 002-2014/INSN-SB del 17 de enero de 2014. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL FONDO DE CAJA CHICA POR LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS ORDINARIOS, RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS Y DONACIONES Y TRANSFERENCIAS, Y EL PAGO DE MOVILIDAD LOCAL AL PERSONAL DEL INSN - SB AÑO 2017 aprobada con Resolución Administrativa 023-2017/INSN-SB del 08 de febrero de 2017.
	Escala remunerativa en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.	X				
	Evaluaciones del clima laboral	X				En la página de Transparencias se ha publicado información al respecto. Asimismo, con Resolución Directoral N° 008-2017/INSN-SB del 11/01/2018 se aprueba el Plan Anual de Actividades de Bienestar Social y Cultura organizacional del INSN-SB.
	Registro de evaluación de los perfiles del personal de la entidad.			X		
	Plan Desarrollo de las Personas aprobado.	X				Mediante Resolución Directoral N° 014-2018/INSN-SB del 24 de febrero de 2018.

	Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno.	X				Aprobado con RD 088-2018/INSN-SB del 16/05/2018
5.- La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.	Registros de documentos de designación de encargaturas (Asignación de atribuciones y responsabilidades al personal)		X			Memorándum de encargatura. Se lleva un control sobre la designación del Personal.
	Reglamento del Comité de Control Interno	X				Mediante RD 088-2018/INSN-SB del 16/05/2018 se aprobó el Reglamento CCI.
	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.	X				

ANEXO 1

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA -INSNSB

PRINCIPIOS	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	Si cumple	Si cumple parcialmente	No cumple	No aplica	Comentarios
COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGO						
6.- La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos.	Lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado.			X		
	Plan de Gestión de Riesgos aprobado.			X		
	Política de Riesgos.			X		
	Manual de Gestión de Riesgos.			X		
	Procedimientos para la gestión de riesgos.			X		
7.- La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar.	Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.	X				Charla de Sensibilización del 16 de agosto de 2018
	Inventario de riesgos de la entidad.			X		
	Matriz de Riesgos (Probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de riesgos.			X		
	Plan de Tratamiento de Riesgos o Similar.			X		
	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas.			X		
8.- La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes			X		
	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.			X		
	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.			X		

9.- La identidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI.	Reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que pueden impactar en el SCI.			X		
	Reportes del monitoreo de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el SCI.	X				Informes emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad. Informes emitido por el Órgano de control Institucional.

ANEXO 1

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA - INSNSB

PRINCIPIOS	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	Si cumple	Si cumple parcialmente	No cumple	No aplica	Comentarios
COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL						
10.- La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos.	Procedimientos de autorización y aprobación documentados comunicados a los funcionarios y servidores responsables.	X				Se cuenta con Directivas internas que contemplan autorizaciones internas.
	Procesos de la entidad documentados.	X				Se cuenta con un Archivo documentario y asimismo, se ha publicado en la página de Transparencia.
	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.				X	Se regula en el D.L. 276
	Normas internas aprobadas que evidencias que la segregación de funciones se aplica en los procesos, actividades y tareas que realiza la entidad.	X				Existen directivas que evidencia la segregación de funciones de algunos procesos, actividades y tareas.
	Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.			X		
	Lineamientos para la aplicación de evaluación costos-beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.			X		
	Estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).			X		
	Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: Instalaciones, recursos económicos, tecnología de información, bienes y equipos patrimoniales.	X				• Resolución Directoral N° 184-2017/INSN-SB del 26 de diciembre de 2017, aprueba la Directiva Administrativa de Uso de Aulas, Auditorio y Equipos a cargo de la UDITD por parte de los Servicios Asistenciales y otros en el INSN-SB. • Directiva

						Administrativa N° 002-2015-UA-INSN-SB "Asignación, Uso, Devolución y Reposición de Equipos de Telefonía Móvil en el INSN-SB del 12 de enero de 2015.
	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.			X		
	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.			X		
	Procedimientos documentados aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.	X				Resolución Administrativa n° 023/2017/INSN-SB/UA del 08/02/2017 Procedimiento para el manejo del fondo de caja chica por las fuentes de financiamiento: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados y donaciones y transferencias, y el pago de movilidad local al personal del INSN – SB, año 2017.
	Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.	X				Reporte de Inventarios Físicos
	Labores de verificación y/o concilios de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos.	X				Normas para la Administración de la Caja Chica
	Registro y seguimiento de indicadores de desempeño del Plan Estratégico y del Plan Operativo.	X				Se realizan Informes de Evaluación del Plan Operativo Institucional, publicado en el Portal de Transparencia.
	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	X				Existen indicadores de desempeño hospitalario y seguimiento al Plan Operativo Institucional.
	Procedimientos internos para la rendición de cuentas.	X				Normas para la Administración y Rendición de la Caja Chica.
	Registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR.	X				Se realiza mediante un aplicativo de la Contraloría, a través del Ministerio de Salud.
	Registros de cumplimiento en la presentación periódica e declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.	X				
	Registros de cumplimiento de la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.	X				
	Registros de cumplimiento de la presentación de información para la elaboración de la Cuenta General de la República.	X				
11.- La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la	Lineamientos sobre la política de seguridad informática.			X		
	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.	X				

consecución de los objetivos.	Plan operativo informático y Guía de Elaboración.	X				Aprobado con RD 067-2018/INSN-SB del 10/04/2018.
	Plan de Contingencias aprobado.	X				Existen Planes de Contingencias por Navidad. Fiestas Patrias, etc. Publicado en la página de Transparencia, según Link: http://www.insnsb.gob.pe/planes-de-contingencia/
	Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PETI y su evaluación.			X		
	Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la entidad en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.			X		
	Normas para el uso y conservación de las computadoras personales (PC) y periféricos.	X				
	Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la entidad.			X		Solo se ha implementado el Inventario de Software.
12.- La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.	X				Manual de operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño aprobado con RM 512-2014 del 07 de julio 2014.
	Registros de implementación de propuestas de mejoras de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	X				Se cuenta con Informes periódicos del cumplimiento del Plan Operativo Informático (POI) donde adicionalmente se informa sobre las actividades y mejoras realizadas.
	Informe o reportes de las revisiones efectuadas a los procesos, procedimientos, actividades y tareas.	X				Nota Informativa 0067-2018-INF-UTI-INSNSB. Nota Informativa N° 0041-2018-INF-UTI-INSN-SB. Nota Informativa N° 0111-2018-INF-UTI-INSNSB Nota Informativa 0076-2018-INF-UTI-INSNSB.
	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	X				Se han implementado indicadores en los Mapas de Proceso.

ANEXO 1

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA - INSNSB

PRINCIPIOS	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	Si cumple	Si cumple parcialmente	No cumple	No aplica	Comentarios
COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN						
13.- La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el afectan el funcionamiento del control interno.	Norma actualizada para regular la actualización del Portal web y el Portal de transparencia.	X				Norma de Transparencia de la Información.
	Normas internas que regulen los requisitos de la información.	X				Directiva 001-2018/INSNSB, Procesamiento de Información estadística e informática

	Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.	X				Mediante Resolución Ministerial N° 164-2005-MINSA se aprobó la Directiva N° 051-2005-SG/MINSA "Procedimiento para la utilización del Sistema de Trámite Documentario Web en las Entidades del Ministerio de Salud".
	Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.			X		
	Procedimiento estableciendo los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica.	X				Se cuenta con el MAPRO de la Unidad de Tecnología de la Información aprobado con RD. 094/2016/INSN-SB-T del 22 de junio de 2016, en el cual se encuentra el Procedimiento de Estadística "Registro, procedimiento, análisis, publicación, almacenamiento y conservación de la Información Estadística, que se encuentra publicado en la página web institucional.
	Existencia del sistema integrado de gestión administrativa (SIGA o el sistema equivalente)	X				
	Registros de revisión periódica de los Sistemas de información para detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios en el entorno o ambiente interno de la organización.		X			Se está elaborando el Manual de Desarrollo
	Registro de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa/ reclamos o pedidos de los usuarios.	X				El Instituto cuenta con el Libro de Reclamaciones y el registro de los mismos.
	Registro de actividades del proceso de implementación progresiva del Manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la Administración pública, según Resolución N° 001-2015-PCM-SGP.	X				Se cuenta con el registro proveniente del sistema de trámite documentario, en el cual se da respuesta y atención a los pedidos provenientes de las áreas usuarias en atención a sus necesidades. Asimismo, se cuenta con las Actas de reunión y capacitación de las implementaciones realizadas
	Informe de satisfacción de usuario/ciudadano	X				Se informó a la Dirección General los resultados de la evaluación de satisfacción del usuario externo 2018 del INSNSB.
	Procedimientos para la administración del Archivo institucional.	X				
	Plan Anual de Trabajo archivístico (Directiva N° 003-2008-AGN/DNDAAI)	X				
	Ambientes de archivo institucional adecuados.		X			Se encuentran en proceso de mejora
	Información preservada en medios físicos (Archivos documentados y/o digitales)	X				Directiva N° 001-2018/INSN-SB
	Normativa interna sobre préstamo de documentación del Archivo y transferencia de documentación al Archivo.	X				Resolución Directoral N° 152-2017-INSN-SB del 14 de octubre de 2017
14.- La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el	Normas para la administración y uso de internet y correo electrónico.	X				Directiva N° 001-2018-INSN/SB
	Existencia de medios que facilitan la comunicación interna: Intranet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos murales, de conocimiento de los funcionarios y servidores	X				

funcionamiento del SCI.	públicos.					
	Mecanismos para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos.			X		
	Canales de denuncias.	X				
	Libro de reclamaciones físicas y virtuales.	X				Mecanismo de participación de los usuarios. A cargo de la Unidad de Gestión dela Calidad.
15.- La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Informe de reclamaciones de usuarios.	X				A cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad
	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública).	X				Existe el Sistema de Información pública- SAID

ANEXO 1

MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA - INSNSB

PRINCIPIOS	DOCUMENTO DE GESTIÓN/EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO	Si cumple	Si cumple parcialmente	No cumple	No aplica	Comentarios
COMPONENTE: SUPERVISIÓN						
16.- La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas	Diagnóstico (Línea de base) del control interno			X		En proceso
	Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.		X			
	Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (Objetivos, indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Instituciona!.	X				Solamente el Plan Operativo Institucional, se hace en forma trimestral y semestral.
	Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.	X				Es un aplicativo del Ministerio de Salud y está relacionado con el POI.
	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.	X				SE han realizado dos Charlas de Sensibilización en: . Sistema de Control Interno. Gestión de Riesgos
17.- La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	Comunicaciones a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo, para que adopten los correctivos.	X				Plan de Gestión de la Calidad en Salud del INSN-SB del 2018, aprobado con Resolución Directoral N° 059-2018/INSN-SB del 22 de marzo de 2018.
	Informes de la Alta dirección sobre la adopción de medidas correctivas.	X				
	Reportes de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de control.	X				A través de la Oficina de Asesoría Jurídica a cargo de implementar las observaciones del Órgano de Control Institucional.
	Registro de deficiencias reportadas por el personal.	X				Informes emitidos por la Unidad de Gestión de la Calidad.
	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.	X				El órgano de Control Institucional realiza la actividad de Seguimiento y Verificación del Sistema de Control

						Interno.
	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI.	X				Reportes emitidos por la Oficina de Asesoría Jurídica y la Dirección de Administración.
	Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.	X				Gestión de la Calidad
	Evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.	X				Se realiza en forma Trimestral y Semestral a cargo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto.

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA.

En el marco de la Directiva N° 013-2016-CG/GROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" se viene realizando el Diagnóstico del Sistema de Control Interno en el **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA;** por ello, solicitamos vuestra participación en la encuesta.

La presente encuesta tiene como finalidad medir el nivel de conocimiento del SCI en el INSN-SB.

Marque la alternativa que considera correcta, tenga en cuenta que solo una alternativa es válida en cada pregunta.

La encuesta es anónima, por lo que se debe contestar todas las preguntas con veracidad.

Nº		ITEM 1 SISTEMA DE CONTROL INTERNO
1		**¿QUÉ ES EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI)?**
	a	Conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo las actitudes del personal
	b	La acción y efecto de comprobar, inspeccionar, fiscalizar o intervenir.
	c	Las reglas básicas para la mejora continua que motivan el enfoque planear, hacer, verificar y actuar.
	d	Mecanismo operativo de una entidad.
	e	Ninguna de las anteriores
2		**¿QUÉ BUSCA EL SCI?**
	a	El desarrollo organizacional y económico
	b	Alcanzar los objetivos institucionales de manera eficaz y eficiente
	c	La mejora continua del sistema de gestión de la calidad
	d	Solo busca controlar los riesgos.
	e	Ninguna anteriores
3		**¿QUIÉNES ESTÁN A CARGO DE IMPLEMENTAR, EJECUTAR Y MANTENER EL SCI?**
	a	La Alta Dirección
	b	Solo Directivos
	c	El Comité de Control Interno
	d	Todos los funcionarios y servidores públicos que forman parte de la entidad
	e	Ninguna de las anteriores
4		**¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL SCI?**
	a	Promueve y optimiza la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad
	b	Protege y conserva los recursos públicos y fomenta la práctica de valores
	c	Permite el cumplimiento de las normas y contar con información confiable
	d	Facilita la rendición de cuentas
	e	Todas las anteriores

Dr. Ricardo Zopti Rubio
Director Ejecutivo
V°B°

5	**LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO SON:**	
	a	Ambiente de Control y Gestión de Riesgos
	b	Ambiente de Control, Evaluación de riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Supervisión
	c	Monitoreo y Supervisión
	d	Todas las anteriores
	e	Ninguna de las anteriores
6	**¿EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO- SAN BORJA CUENTA CON UN COMITÉ DE CONTROL INTERNO?**	
	a	Si
	b	No
	c	Recién se va a conformar
	d	Esta desactivado
	e	Ninguna de las anteriores

INSTRUMENTO PARA LA PERCEPCIÓN DEL CONTROL INTERNO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA.

En el marco de la Directiva N° 013-2016-CG/GROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" se viene realizando el Diagnóstico del Sistema de Control Interno en el **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA;** por ello, solicitamos vuestra participación en la encuesta.

La presente encuesta tiene como finalidad medir el nivel de percepción del SCI en el INSN-SB.

Marque la alternativa que considera correcta, tenga en cuenta que solo una alternativa es válida en cada pregunta.

La encuesta es anónima, por lo que se debe contestar todas las preguntas con veracidad.

Nº	ITEM 1	ESCALA			
	AMBIENTE DE CONTROL	**S**	**SP**	**N**	**NA**
1	¿Considera que se difunde la implementación del control interno, a través de charlas, reuniones, cursos, otros?				
2	¿Considera que se difunde la Ley del Código de Ética de la Función Pública?				
3	¿Considera que se sanciona a los responsables de actos contrarios a la normativa vigente?				
4	¿Considera que se difunde la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad?				
5	¿Considera que se evalúa el Plan Operativo Institucional?				
6	¿Considera que existen documentos normativos, mecanismos, políticas y procedimientos adecuados en materia de recursos humanos?				
7	¿Considera que la autoridad y responsabilidad del personal se encuentra definidas en los documentos normativos?				
8	¿Considera que el OCI realiza acciones de control a fin de coadyuvar al desarrollo transparente y adecuado de la entidad?				
	EVALUACION DE RIESGO	**S**	**SP**	**N**	**NA**
9	¿Considera que se identifican los riesgos en la entidad (órganos/unidades orgánicas)?				
10	¿Considera que la entidad cuenta y ha puesto en práctica algún plan de administración de riesgos?				
11	¿Considera que se utiliza algún método para medir los riesgos, así como su impacto en su área de trabajo?				
12	¿Considera que se han establecido las acciones necesarias para monitorear, controlar y afrontar los riesgos evaluados?				
	ACTIVIDADES DE CONTROL	**S**	**SP**	**N**	**NA**
13	¿Considera que los procesos, las actividades y las tareas de la entidad se encuentran definidos?				
14	¿Considera que se revisan los procesos, actividades y tareas periódicamente?				
15	¿Existe una adecuada separación de funciones?				
16	¿Se toma en cuenta el costo al establecer un control (costo-beneficio)?				
17	¿Considera que son justificables los controles y verificación que se realiza?				
18	¿Existen controles de seguridad adecuados para el acceso a documentos y archivos?				

19	¿La entidad cuenta con indicadores adecuados de desempeño que permitan medir la eficacia de la gestión?				
20	La entidad cuenta con procedimientos internos para la rendición de cuentas?				
21	¿Los procesos se revisan y mejoran periódicamente en su unidad orgánica?				
22	¿Conoce la existencia de algún procedimiento para la actualización de los sistemas de información?				
23	¿Los sistemas de información cuentan con controles que evitan el acceso no autorizado?				
24	¿Se cuenta con un adecuado servicio en soporte técnico para las tecnologías de la información?				
	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	**S**	**SP**	**N**	**NA**
25	¿Considera que la información interna y externa es útil, oportuna y confiable para el desarrollo de las actividades?				
26	¿La entidad se encuentra integrada en un solo sistema de información y se ajusta a la necesidad de las actividades?				
27	¿La información gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones?				
28	¿Se cuenta con un adecuado suministro de información para cumplir con las funciones?				
29	¿Se revisan periódicamente los sistemas de información y de ser necesario se solicita su modificación para asegurar su adecuado funcionamiento?				
30	¿Su dirección/oficina cuenta con un archivo documentario?				
31	¿La comunicación al interior de su dirección/oficina fluye adecuada y oportunamente?				
32	¿La entidad cuenta con un Portal de Transparencia actualizado?				
33	¿Se ha estandarizado los formatos de comunicación interna y externa?				
	SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL	**S**	**SP**	**N**	**NA**
34	¿El desarrollo de sus actividades es supervisado por su inmediato superior?				
35	¿Su dirección/oficina efectúa periódicamente autoevaluaciones de las actividades desarrolladas con el fin de mejorar la gestión?				
36	¿Se realiza el seguimiento respectivo para asegurar que se implementen las propuestas de mejora?				

CODIGO	SI	SI PARCIALMENTE	NO	NO APLICA
CATEGORIA	S	SP	N	NA
PUNTAJE	4	3	2	1

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO- SAN BORJA

MODELO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

RESUMEN

ÍNDICE DE MADUREZ DEL SCI	43
Ambiente de control	55
Valoración del riesgo	20
Actividades de control	60
Sistemas de información	45
Seguimiento del SCI	35

DETALLE DEL PUNTAJE OBTENIDO

INDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	43	Novato	ATENCIÓN MÁXIMA	ATENCIÓN ALTA	ATENCIÓN MEDIA	ATENCIÓN LEVE
Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL	**55**	**Competente**			**Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL**	
1.1 - Compromiso	60	Competente			1.1 - Compromiso	
1.2 - Ética	40	Novato		1.2 - Ética		
1.3 - Personal	60	Competente			1.3 - Personal	
1.4 - Estructura	60	Competente			1.4 - Estructura	
Sección 2 — VALORACIÓN DEL RIESGO	**20**	**Incipiente**	**Sección 2 — VALORACIÓN DEL RIESGO**			
2.1 - Marco orientador	20	Incipiente	2.1 - Marco orientador			
2.2 - Herramienta para administración de la información	20	Incipiente	2.2 - Herramienta para administración de la información			
2.3 - Funcionamiento del SEVRI	20	Incipiente	2.3 - Funcionamiento del SEVRI			
2.4 - Documentación y comunicación	20	Incipiente	2.4 - Documentación y comunicación			
Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL	**60**	**Competente**			**Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL**	
3.1 - Características de las actividades de control	40	Novato		3.1 - Características de las actividades de control		
3.2 - Alcance de las actividades de control	80	Diestro			3.2 - Alcance de las actividades de control	
3.3 - Formalidad de las actividades de control	60	Competente			3.3 - Formalidad de las actividades de control	
3.4 - Aplicación de las actividades de control	60	Competente			3.4 - Aplicación de las actividades de control	
Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN	**45**	**Novato**		**Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN**		
4.1 - Alcance de los sistemas de información	40	Novato		4.1 - Alcance de los sistemas de información		
4.2 - Calidad de la información	60	Competente			4.2 - Calidad de la información	
4.3 - Calidad de la comunicación	40	Novato		4.3 - Calidad de la comunicación		
4.4 - Control de los sistemas de información	40	Novato		4.4 - Control de los sistemas de información		
Sección 5 — SEGUIMIENTO DEL SCI	**35**	**Novato**		**Sección 5 — SEGUIMIENTO DEL SCI**		
5.1 - Participantes en el seguimiento del SCI	60	Competente			5.1 - Participantes en el seguimiento del SCI	
5.2 - Formalidad del seguimiento del SCI	20	Incipiente	5.2 - Formalidad del seguimiento del SCI			
5.3 - Alcance del seguimiento del SCI	20	Incipiente	5.3 - Alcance del seguimiento del SCI			
5.4 - Contribución del seguimiento a la mejora del sistema	40	Novato		5.4 - Contribución del seguimiento a la mejora del sistema		

Menú principal | Gráfico

Análisis | Enunciados