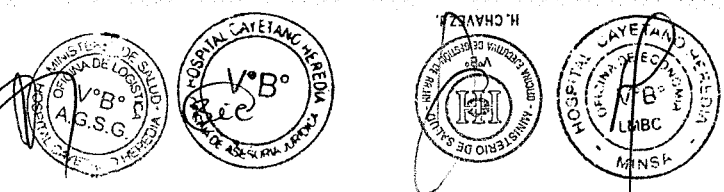




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

**INFORME**  
**DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**  
**SAN MARTIN DE PORRES, 2018**





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital  
Cayetano Heredia



"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

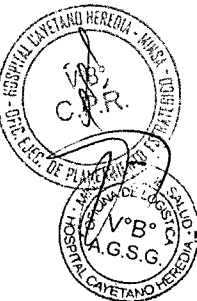
**MINISTERIO DE SALUD**  
**Dra. Silvia Pesseah Eljay**  
Ministro de Salud

**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**  
**M.C. Aida Palacios Ramírez**  
Directora General

**M.C. Manuel Díaz De Los Santos**  
Director Adjunto

**Elaborado por: Comité de Control Interno**

Econ. Claudia Pacheco Rivera	Presidenta
Abog. Bertha Iparraguirre Céspedes	Secretaria
Dr. Herver Alejandro Chávez Jimeno	Miembro
Dr. Wilde Lyonel Lavado Acuña	Miembro
Lic. Marlene Huaylinos Antezana	Miembro
CPC. Luz Mary Bardales Cruz	Miembro
Eco. Aida Graciela Salas Gamarra	Miembro



[www.hospitalcayetano.gob.pe](http://www.hospitalcayetano.gob.pe)

Teléfono Central: 482-0402 Anx 311



CONTENIDO

I. ANTECEDENTES ..... 4

    1.1 Origen..... 4

    1.2 Objetivo ..... 6

    1.3 Alcance ..... 7

II. BASE LEGAL..... 7

III. OBJETIVO ..... 8

    3.1 Objetivo General ..... 8

    3.2 Objetivos Específicos ..... 8

IV. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ..... 8

    4.1 Actividades Previas..... 8

    4.2. Recopilación de Información ..... 9

        4.2.1 Recopilación de información interna tipo documental..... 9

        4.2.2. Recopilación de información interna asociada a los componentes del SCI..... 11

    4.3 Análisis de la Información ..... 11

V. TRABAJO REALIZADO ..... 11

    A. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL ..... 11

    B. COMPONENTE DE EVALUACION DE RIESGO ..... 17

    C. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL ..... 20

    D. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACIÓN ..... 24

    E. COMPONENTE SUPERVISION ..... 27

VI. PROCESOS CRÍTICOS DE LAS UNIDADES ORGÁNICAS ..... 29

    6.1 Componente Ambiente de Control ..... 29

    6.2 Componente Evaluación de Riesgos ..... 29

    6.3 Componente Actividades de Control ..... 29

    6.4 Componente Información y Comunicación ..... 30

    6.5 Componente Supervisión ..... 30

VII. ACCIONES A IMPLEMENTAR ..... 30

VIII. CONCLUSIONES..... 31

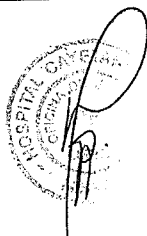
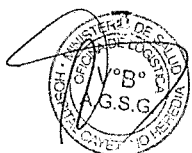
IX. RECOMENDACIONES ..... 31

ANEXOS ..... 31

    Anexo N° 01: Normas del hospital Cayetano Heredia..... 31

    Anexo N°02: Resultados de la encuesta, para diagnostico del SCI..... 31

    Anexo N° 03: Listado de unidades orgánicas - aplicación de encuestas..... 31





**INFORME DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
**EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

**I. ANTECEDENTES**

**1.1 Origen<sup>1</sup>**

En 1969 el hospital abrió sus puertas a la comunidad, en el marco de una reorganización del sistema de salud, con una política sanitaria nueva, planificándose la integración docente-asistencial para el área de influencia del hospital, con 15 centros de salud, distribuidos en 7 distritos, para dar atención aproximadamente a 520,000 habitantes. Desde entonces se hizo evidente una dificultad: **La falta de uniformidad conceptual y doctrinaria entre el personal del hospital y el de los centros periféricos, que se trata aún de superar.**

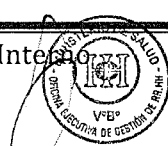
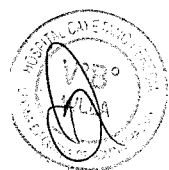
En 1970 se capacita al personal médico y se reorganiza el Programa de Medicina Comunitaria, especialmente en el campo de la Pediatría Social, en los centros de salud de El Ermitaño y Tahuantinsuyo, y se inician los Programas de Salud Materno Infantil y Nacional de Control de Tuberculosis.

En 1971, se realiza un estudio demográfico y se hace un diagnóstico de la situación de salud en el área de influencia del hospital, y al año siguiente, en 1972, se renueva el convenio entre la UPCH y el Ministerio de Salud, asignándose al hospital un área definida de influencia, y nace la doctrina de integración de servicio, investigación y docencia, dentro de un Plan de Medicina Comunitaria. El hospital funciona a plenitud, según su capacidad y alcanza una posición de liderazgo en tecnología de medicina comunitaria y otras especialidades.

En 1973, el Ministerio de Salud celebra convenios de atención médica con Seguridad Social y el Ministerio de Pesquería, y en 1974 da leyes de Atención Gratuita Materno Infantil, todo lo cual sobrecarga desmedidamente la capacidad del hospital y abre una brecha en su economía. El deterioro se incrementa por la inflación de aquel entonces, el incremento de haberes y la mayor demanda de atención. En un esfuerzo denodado por cumplir con la comunidad, el hospital consigue, en 1976, transferencia de inmunizadores y, en diciembre del mismo año, amplía su Servicio de Emergencia.

En este mismo año, gracias a la ayuda del Ministerio de Salud y a una donación de la Orden de los Caballeros de Malta, se emprende la construcción de la Unidad de Enfermedades Infecto Contagiosas y Tropicales, que inicia sus actividades en octubre de 1977. Nuestro hospital en su corta existencia es reconocido como líder nacional por su aporte al país en tecnología, generación de programas de salud y formación de profesionales y técnicos. El hospital cuenta actualmente con una

<sup>1</sup> Tomado de <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/historia/el> 25.04.2017





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

afluencia de aproximadamente 3´000,000 personas que significan seis veces más el número de personas que se preveía en 1968. El Hospital Nacional Cayetano Heredia siempre ha tenido a la vista un ideal de excelencia en su triple actividad: asistencial, docente y de investigación.

A los 50 años, el Hospital Cayetano Heredia, en mérito a la Ley 28716, "Control Interno de las Entidades del Estado", establece las normas para "regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado, con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos, con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

La precitada norma en su artículo 3º define al Sistema de Control Interno - 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 indicados en el artículo 4º de la referida ley. 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.

Mediante Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República (CGR) Ley N° 27785, en su artículo 6º se preceptúa que el control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública, en atención al grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, así como del cumplimiento de las normas legales y de los lineamientos de política y planes de acción, evaluando los sistemas de administración, gerencia y control, con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes.

Por otro lado, en el artículo 7º de la citada Ley dispone 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





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

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.

De otro lado, en la Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30372 - Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, se establece la obligación de todas las entidades de los tres niveles de gobierno de implementar el Sistema de Control Interno (SCI).

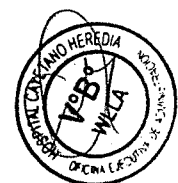
Atendiendo lo dispuesto por la precitada norma se emite la Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG aprobándose la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD denominada "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", cuyo fin es fortalecer el control interno en las entidades del Estado para la eficiente, transparente y correcto ejercicio de la función pública en el uso de los recursos del Estado. De igual modo se emite la 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", 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.

El Hospital Cayetano Heredia, reconforma el Comité de Control Interno con la Resolución Directoral N° 383-2017-HCH/DG, de fecha 13 de setiembre del 2017, designando a los miembros titulares y suplentes del Comité de Control Interno (CCI); los miembros del Comité, elaboraron el Programa de Trabajo Para el Diagnóstico del Sistema de Control del Hospital Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Directoral N° 502-2017-HCH/DG, con fecha 9 de noviembre del 2017; igualmente se elaboró un Plan de Trabajo para realizar el Diagnóstico del Sistema de Control Interno en el Hospital, el mismo que fue aprobado por la Resolución Directoral N°117-2018-HCH/DG, con fecha 11 de mayo del 2018.

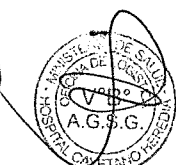
La Dirección General del Hospital Cayetano Heredia, a mérito de lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 316-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones, es la encargada de lograr la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo así como establecer el control interno previo, simultaneo y posterior, mediante Resolución Directoral N° 383-2017-HCH/DG, reconformo el Comité de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia, quienes son los encargados de realizar las acciones necesarias para la Implementación del Sistema de Control Interno y su funcionamiento, a través de la mejora continua y constituye una instancia a través del cual se monitorea el Proceso de Implementación del SCI.

**1.2 Objetivo**

Realizar el Diagnostico del Sistema de control Interno del Hospital Cayetano Heredia por cada componente del Sistema de Control Interno en el marco de las directivas impartidas por la Contraloría General de la república.



Comité de Control Interno



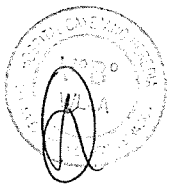


1.3 Alcance

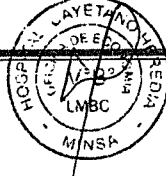
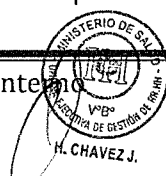
El Diagnóstico para implementar el Sistema de Control Interno, comprende a todas las Unidades Orgánicas de asesoría, apoyo y de línea del Hospital Cayetano Heredia.

II. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 8124 - Ley de Creación del Ministerio de Salud.
- Ley N° 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 y sus modificatorias.
- Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 30225 - 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.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
- Decreto Supremo N° 350-2015-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2017/SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución de Contraloría General N° 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 N° 458-2008-CG.
- Resolución de Contraloría N° 490-2017-CG, que deja sin efecto lo establecido en el numeral 7.6 de la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de control Interno en las Entidades del Estado".
- Resolución Ministerial N° 216-2007MINSa, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia.
- Resolución Directoral N° 127-2017-HCH/DG, que aprueba el Reglamento del Comité de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia.
- Resolución Directoral N° 383-2017-HCH/DG, que reconforma el Comité de Control Interno designando a los miembros titulares y suplentes del Comité de Control Interno
- Resolución Directoral N° 502-2017-HCH/DG, que aprueba el Programa de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno en Hospital.



Comité de Control Interno





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

- Resolución Directoral N°117-2018-HCH/DG, que aprueba el Plan de Trabajo para el Diagnostico del Sistema de Control Interno del Hospital.
- Resolución Directoral N° 083-2018-HCH/DG, que aprueba el Plan de Capacitación In HOUSE- Implementación del Sistema de Control Interno del Hospital.

III. OBJETIVO

3.1 Objetivo General

Determinar el Diagnostico del Sistema de Control Interno en el Hospital Cayetano Heredia.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el estado situacional del componente de ambiente de control.
- Determinar el estado situacional del Sistema de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia en la Gestión de Riesgos.
- Conocer el estado situacional del Sistema de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia en Acciones de Control.
- Determinar el estado situacional del Sistema de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia en la Información y Comunicación
- Determinar el estado situacional del Sistema de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia en Supervisión

IV. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

4.1 Actividades Previas

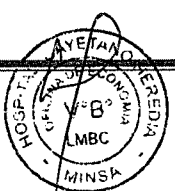
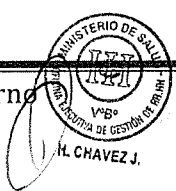
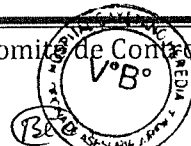
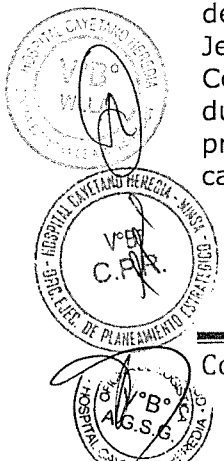
Mediante Resolución Directoral N° 383-2017-HCH-DG del 13 de setiembre, 2017, se reconfirma el Comité de Control Interno, del Hospital Cayetano Heredia, instalándose este Comité con fecha 22 de Setiembre de 2017, la misma que se llevó a cabo a mérito de lo dispuesto por la Directiva N° 013-2016-CGR/PROD, que aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado", y la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, que aprueba la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Control Interno en las Entidades del Estado".

Por Resolución Directoral N°127-2017-HCH/DG, que aprobó el Reglamento del Comité de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia.

En este marco, se acordó gestionar el Curso de Sensibilización y Capacitación en la Implementación del Sistema de Control Interno, el 18 de octubre de 2017 y se desarrolló el "Curso de Control Interno en las Entidades Públicas", dirigido a los Jefes de Departamento, Jefes de Oficina, Miembros del Comité de Control Interno y Coordinadores, con una duración de 24 horas lectivas, evento que se desarrolló durante los meses de noviembre y diciembre de 2017, capacitando a 46 profesionales y 18 certificados por la institución haciendo un total de 64 capacitados.



Comité de Control Interno







"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

A través de la Resolución Directoral N° 502-2017-HCH/DG del 9 de noviembre de 2017, se aprobó el Programa de Trabajo para la Implementación del Sistema de Control Interno.

Con posterioridad, mediante Resolución Directoral N° 117-2018-HCH/DG del 11 de mayo de 2018, se aprobó el Plan de Trabajo para la realización del Diagnóstico del Sistema de Control Interno.

Con Resolución Directoral N° 083-2018-HCH/DG, se aprueba el Plan de Capacitación In HOUSE - Implementación del Sistema de Control Interno del Hospital, llevado a cabo por un equipo de profesionales y miembros del Comité del SCI.

Se desarrolló "Charlas de Sensibilización", a cargo de los miembros del Comité de Control Interno y equipo de profesionales, eventos que se efectuaron en diversas oficinas y auditorios del Hospital Cayetano Heredia, habiendo capacitado a 520 servidores.

Se han sostenido reuniones con los Coordinadores de Control Interno para sensibilizar y explicar los alcances de su intervención en la elaboración del diagnóstico del SCI.

El Hospital Cayetano Heredia, en mérito a lo determinado en la Ley N° 27785.- Artículo 7° Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus Modificadorias, Resolución de Contraloría N° 320-2006, que aprueba las Normas de Control Interno, Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, que aprueba la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado y la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, está procediendo a la formulación del presente Informe de Diagnostico, siguiendo la metodología y los lineamientos establecidos, en las citadas normas legales.

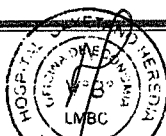
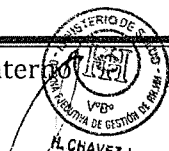
4.2. Recopilación de Información

Se realizó la identificación, clasificación y selección de la documentación sustentatoria, relacionada a la gestión institucional, como la normativa interna, que norma, regula o explica los procesos o procedimientos establecidos, en cuanto se refiere a cada uno de los componentes del Control Interno.

4.2.1 Recopilación de información interna tipo documental

Se identificó, clasificó y seleccionó la información interna de tipo documental e instrumentos de gestión que establece controles y regula el nivel estratégico y operativo del Hospital Cayetano Heredia.

- Resolución Directoral N° 601-2017/HCH/DG, se aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) 2018
- Resolución Directoral N° 008-2018-DG-HCH, se aprueba el Plan Anual de Contrataciones de Apertura del Hospital Nacional Cayetano Heredia correspondiente al año fiscal 2018.
- Resolución Ministerial 216-2007/MINSA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y la Estructura Orgánica





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

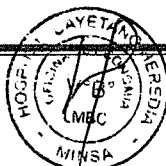
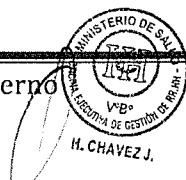
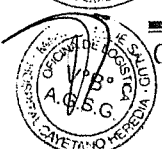
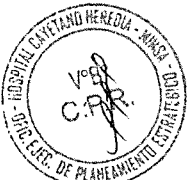
- Resolución Ministerial N° 117-2017/MINSA, se aprueba el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) 2018, del Hospital Cayetano Heredia.
- Resolución Directoral N° 007-2018-HCH-DG, se aprueba el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) Apertura 2018 HCH
- Resolución Directoral N° 578-2017-HCH-DG, se aprueba el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) Modificado Final 2017
- Resolución Directoral N° 076-2018-HCH-DG, que aprueba la Modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Cayetano Heredia.

A partir de la revisión de los documentos antes señalados se logró obtener una comprensión acerca de la realidad normativa de los procesos del Hospital.

Se verificó la articulación existente entre los Documentos de más largo plazo, como lo son la Ley General de Salud, el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 – 2021 del Sector Salud y el Plan Estratégico Institucional 2017 - 2019.

Al respecto, el PESEM 2016 – 2021, establece tres (03) Objetivos Estratégicos (OE) que guardan relación con el PEI 2017 – 2019 del Ministerio de Salud

Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 – 2021 del Sector Salud	POI 2018 Hospital Cayetano Heredia
<b>Objetivo Estratégico Sectorial</b>	
<b>1. Mejorar la Salud en la Población</b>	OEI3: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud de los pacientes y la calidad de atención de los servicios de salud
<b>2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en la salud de la Población.</b>	OEI8: Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.
<b>3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población.</b>	OEI5: Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos





**4.2.2. Recopilación de información interna asociada a los componentes del SCI**

Se identificaron las normas internas, que regulan los procedimientos, actividades, tareas y controles del Hospital Cayetano Heredia, y se estableció su correspondencia dentro de los componentes del SCI, como una práctica de gestión de acuerdo a lo indicado en la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, cuyo resultado se adjunta en el **Anexo N° 01**.

**4.3 Análisis de la Información**

Como consecuencia de lo anterior, es decir de la recopilación de información, así como de los resultados de las encuestas y entrevistas ejecutadas se analizaron los documentos identificados y seleccionados.

De la información acopiada, se tomó en cuenta, toda referencia o mención sobre las acciones de control interno que se vienen utilizando en el Hospital Cayetano Heredia, las mismas que deben de implementarse.

Asimismo, se evaluaron y analizaron sobre las Fortalezas y Debilidades existentes en la fecha, en los distintos Componentes del Sistema de Control Interno, es decir Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Supervisión.

Los resultados obtenidos, han sido evaluados y analizados, conforme a lo prescrito en la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado así como de las demás normas que conforman el marco jurídico de este Sistema.

**V. TRABAJO REALIZADO**

Se llevó a cabo, una Encuesta aplicada a los Jefes de departamentos y oficinas con una población de 34, sobre la base del Cuestionario de Preguntas, que nos fuera remitido por la Contraloría General de la República, relacionado exclusivamente al Sistema de Control Interno. Instrumento que nos ha permitido visualizar el grado de conocimiento, que tienen los Directivos, Jefes de oficinas y Jefes de Departamentos respecto a la visión, misión y responsabilidad que les compete en el desempeño de sus funciones en los distintos cargos que ejercen en la Institución.



La encuesta fue efectuada luego del curso de capacitación en el Sistema de Control Interno en diciembre 2017 y las charlas de sensibilización hasta el mes de mayo la misma que presenta los siguientes resultados:

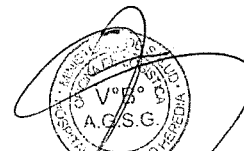
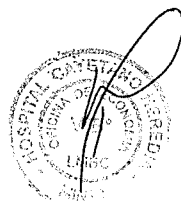
**A. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.**

El 70.5% indica que hay mecanismo de control, el 19.8% manifiesta lo contrario, el 9.5% indica desconocer y el 0.2% dejó en blanco.

Este componente se caracteriza por contar con 4 Sub Componentes, tales como: La Filosofía de la Dirección, Administración Estratégica, Asignación de Autoridad y Responsabilidad e Integridad y Valores Éticos.



Comité de Control Interno





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

El primer Sub Componente denominado la Filosofía de la Dirección, se observa que el 83 % manifiesta que existe una filosofía de la Dirección en control interno, el 10.7% indica lo contrario, el 5.4% indica desconocer y el 0.9% deajo en blanco. Mayor detalle se muestra como sigue:

a. En su entidad, ¿está en funcionamiento el Comité de Control Interno?.

Se refleja que el 92.9% de los encuestados percibe que "en la entidad está funcionando el Comité de Control Interno" y el resto (7.1%) señala que desconoce.

b. Los acuerdos adoptados en las sesiones del Comité de Control Interno, ¿son ejecutados por las unidades orgánicas responsables?.

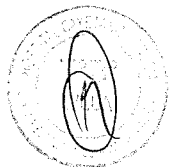
El 67.8% de los encuestados perciben que "los acuerdos adoptados en las sesiones del CCI, son ejecutados por las unidades orgánicas", el 14.3% manifiesta lo contrario y el 14.3% desconoce el tema y el 3.6% dejó en blanco.

c. En los últimos doce meses, ¿se han realizado eventos de sensibilización en control interno al personal de la entidad?.

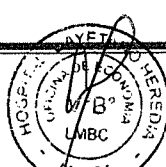
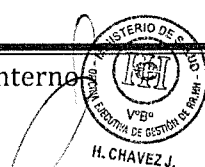
El 82.1% de los encuestados manifiesta que, en los últimos 12 meses, se han realizado eventos de sensibilización en control interno al personal de la institución, el 14.3% manifiesta que no y el 3.6% manifiesta que desconoce.

d. La Dirección demuestra una actitud positiva para la implementación de recomendaciones del OCI?.

El 89.3% de los encuestados manifiesta que la Dirección del Hospital demuestra una actitud positiva para la implementación de las recomendaciones del Órgano de Control Interno, el 7.1% manifiestan que no, el 3.6% indican que desconocen.



Comité de Control Interno

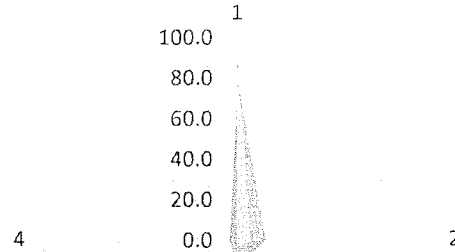




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

FILOSOFIA DE LA DIRECCION HCH EN SCI

- # 1. En su entidad, ¿está en funcionamiento el Comité de Control Interno?
- # 2. Los acuerdos adoptados en las sesiones del Comité de Control Interno, ¿son ejecutados por las unidades orgánicas responsables?
- # 3. En los últimos doce meses, ¿se han realizado eventos de sensibilización en control interno al personal de la entidad?
- # 4. La Dirección demuestra una actitud positiva para la implementación de recomendaciones del CCI



3

El Sub Componente **Administración Estratégica**, encontramos que el 69.7% indica que existe la administración Estratégica, el 20.5% lo contrario, el 9.8% manifiesta desconocer. Mayor detalle es como sigue:

**a. ¿Existe información periódica, oportuna y confiable sobre el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos?**

El 71.4% de los encuestados perciben que la información es periódica, oportuna y confiable para el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos por unidad orgánica, el 25.0% manifiesta lo contrario. El 3.6% manifiesta desconocer.

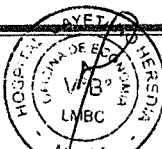
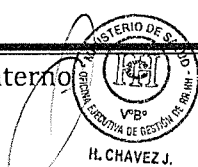
**b. ¿Existen responsables designados en las unidades orgánicas para el seguimiento de metas y objetivos estratégicos?**

El 89.3% manifiestan que, si existen responsables, 3.6% indican que no, 7.1% señalan desconocer y 1.2% deajo en blanco.

**c. ¿Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los dos últimos semestres están dentro de los niveles esperados?**

El 60.7% señala que la medición de los planes operativos si se encuentran en los niveles esperados, 25.0% indica que no, el 14.3% señala desconocer.

**d. ¿Cuentan con planes estrategicos, operativo y/o de contingencia todas la Unidades Orgánicas?**



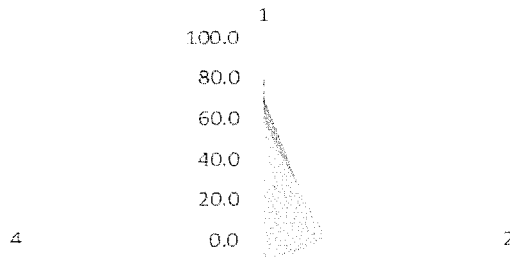


"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

El 57.1% señala que si cuentan con planes, el 28.6% indican que no, 14.3% manifiestan desconocer.

ADMINISTRACION ESTRATEGICA DEL HCH EN SCI

- 15. ¿Existe información periódica, oportuna y confiable sobre el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos por unidad orgánica?
- 16. ¿Existen responsables designados en las unidades orgánicas para el seguimiento de las metas y objetivos estratégicos?
- 17. ¿Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres estan dentro de los niveles esperados?
- 18. ¿Cuentan con planes estratégicos, operativo y/o de contingencia todas la Unidades Orgánicas?



3

En el subcomponente Asignación de Autoridad y Responsabilidad, se observa que el 58% manifiesta que hay asignación de autoridad y responsabilidad, el 30.4% indica lo contrario, el 11.6% indica desconocer. Mayor detalle se puede observar como sigue:

a. ¿La entidad cuenta con un Manual de Perfiles de Puestos (MPP), actualizado y aprobado, según el perfil de competencias?.

El 60.7% señala que el hospital cuenta con MPP actualizado y aprobado, el 28.6% indica que no, 10.7% desconoce.

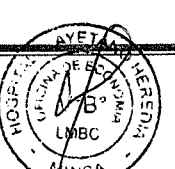
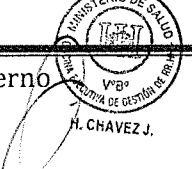
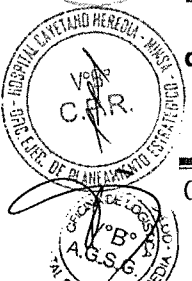
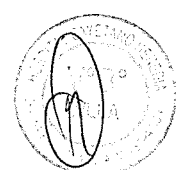
b. ¿La entidad tiene definidos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo en un Mapa de Procesos aprobado?

El 64.2% indica que la entidad cuenta con proceso estratégicos, misionales y de apoyo definidos y aprobados, el 17.9% indica lo contrario, el 17.9% manifiesta que desconoce.

c. ¿La entidad tiene desarrollados los flujogramas de los procesos que considera prioritarios?.

El 60.7% manifiesta que la entidad cuenta con flujogramas de los procesos, el 28.6% indica que no, 10.7% manifiesta que desconoce.

d. ¿La entidad cuenta con el personal adecuado en cantidad y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos?.



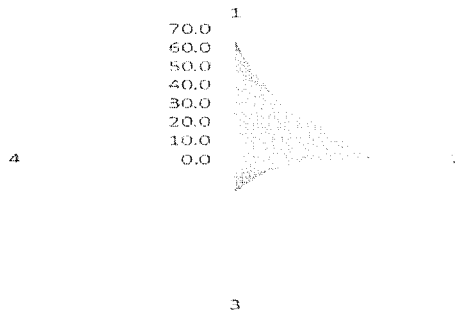


"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

El 46.4 de los encuestados manifiestan que la entidad cuenta con el personal adecuado en cantidad y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos, el 46.4% indica lo contrario, 7.2% señala desconocer el tema.

ASIGNACION DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD

- 9. ¿La entidad cuenta con un Manual de Perfiles de Puestos (MPP) actualizado y aprobado según el perfil de competencias?
- 10. ¿La entidad tiene definidos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo en un Mapa de Procesos aprobado?
- 11. ¿La entidad tiene desarrollados los flujogramas de los procesos que considere prioritarios?
- 12. ¿La entidad cuenta con el personal adecuado en cantidad y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos?



En el Sub Componente Integridad y Valores Éticos, se observa que el 71.4% indica que hay integridad y valores éticos, el 16.7% manifiesta lo contrario, el 11.9% indica desconocer.

a. ¿Existe un Código de Ética y Conducta aprobado y difundido entre el personal?.

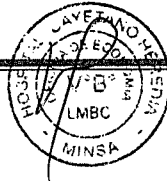
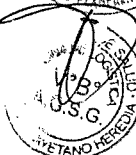
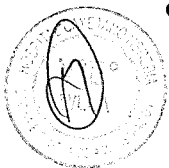
El 53.6% señala que existe un código de ética y conducta aprobado y difundido entre el personal y el otro 28.6% indica lo contrario, 17.8 señala desconocer el tema.

b. ¿En el último año, la Alta Dirección y los demás niveles de mando han realizado acciones, para sensibilizar al personal sobre el marco de principios, valores y ética que deben regir la conducta de los funcionarios de su entidad?.

El 85.7%, manifiesta que la Alta Dirección y los demás niveles de mando han realizado acciones, para sensibilizar al personal sobre el marco de principios, valores y ética que deben regir la conducta de los funcionarios de su entidad, el 14.3% indica lo contrario.

c. ¿Toma la Dirección acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos aprobados o violaciones del Código de Ética de la Entidad?

El 75.0% manifiesta que la Dirección toma acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos aprobados o violaciones del Código de Ética de la Entidad, el 7.1% indica lo contrario, el 17.9% señala desconocer.

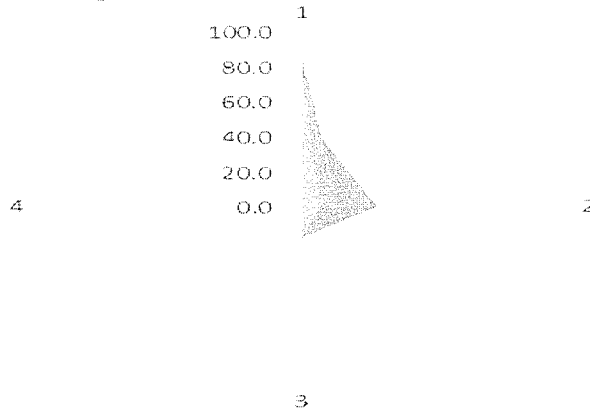




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

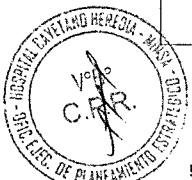
INTEGRIDAD Y VALORES ETICOS

- 14. ¿Existe un Código de Ética y Conducta aprobado y difundido entre el personal?
- 15. ¿En el último año, la Alta Dirección y los demás niveles de mando han realizado acciones, para sensibilizar al personal sobre el marco de principios, valores y ética que deben regir la conducta de los funcionarios de su entidad?
- 16. ¿Toma la Dirección acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de los procedimientos aprobados o violaciones del Código de Ética de la entidad?



En este componente se evidencian las fortalezas y debilidades siguientes:

COMPONENTES DEL SCI	SUBCOMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Ambiente de Control	Filosofía de la Dirección	<p>Apoyo de la Dirección General para la implementación del Sistema de Control Interno</p> <p>La sensibilización de todos los Jefes de la Unidades Orgánicas y Coordinadores mediante un curso taller denominado "Curso de Control Interno en las Entidades Públicas".</p> <p>Comité de Control Interno operativo y funcional.</p>	Déficit Presupuestal que afecta la sensibilización a nivel operativo al personal, a través de las charlas.
	Administración Estratégica	Existencia de Información relacionada al cumplimiento de objetivos estratégicos.	Débil difusión del cumplimiento de metas y objetivos estratégicos son a nivel operativo.
	Asignación de Autoridad y Responsabilidad		<p>Manual de Perfil de Puestos y competencias en proceso de elaboración.</p> <p>Los Procesos Estratégicos, misionales y de apoyo se encuentran en proceso de construcción.</p> <p>Los flujogramas de procesos se encuentran desarrollando de manera parcial y por prioridades.</p>
	Integridad y valores Éticos		<p>Poca difusión del código de ética y conducta de la función pública.</p> <p>Débil difusión del decálogo de valores institucionales.</p>





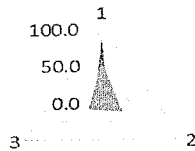


**B. COMPONENTE DE EVALUACION DE RIESGO**

El 40.8% señala que existe evaluación de riesgo, el 28.8% indica lo contrario, el 28.6% manifiesta desconocer y el 1.8% en blanco.

**CONTEXTO ESTRATEGICO**

- 1. ¿La entidad tiene definidos los objetivos que desarrollen la misión institucional?
- 2. ¿Las unidades orgánicas de la entidad tienen definidos objetivos y metas específicas en correspondencia con los objetivos institucionales?
- 3. ¿La entidad cuenta con una política de gestión de riesgos aprobada?



El sub componente Contexto Estratégico de la Evaluación de Riesgo, el 78.6% de los encuestados manifiestan la existencia de la evaluación de riesgo, solo el 10.7% manifiesta la ausencia de evaluación de riesgo y el 10.7% desconoce totalmente.

**a. ¿La entidad tiene definidos los objetivos que desarrollen la misión institucional?,**

Los encuestados respondieron el 89.3% con un sí que los objetivos están definidos, el 10.7% manifestó que Desconoce los objetivos.

**b. ¿Las unidades orgánicas de la entidad tienen definidos objetivos y metas específicas en correspondencia con los objetivos institucionales?,**

El 89.3% manifestó que si, el 7.1% manifestó que no y el 3.6% deajo en blanco.

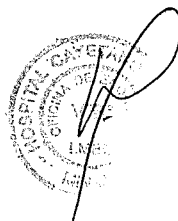
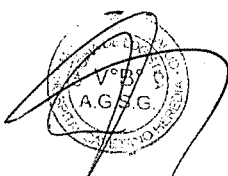
**c. ¿La entidad cuenta con una política de gestión de riesgos aprobada?,**

El 57.1% que si, el 25.0% manifestó que no, el 17.9% indicó desconocer.

Respecto a sub componente de identificación de riesgos de control interno, los encuestados manifestaron el 29% con un sí, el 34.8% indicó lo contrario, el 33.9% manifestó que desconoce y el 2.3% dejó en blanco.



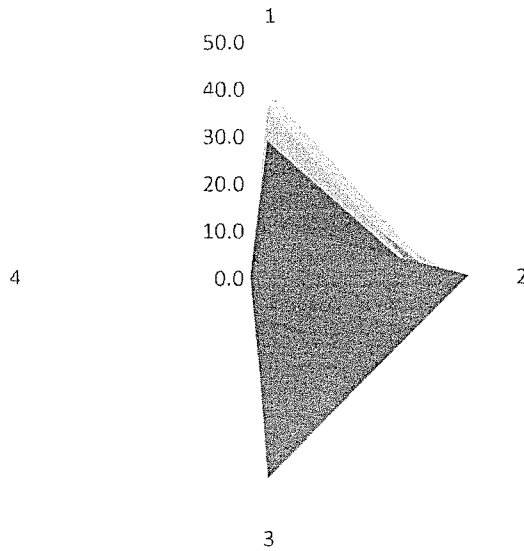
Comité de Control Interno





### IDENTIFICACION DE RIESGOS

- ☒ 4. ¿ha identificado riesgos de corrupción en sus procesos prioritarios?.
- ☒ 5. ¿Se identifico los riesgos de gestión del planeamiento estratégico?.
- ☒ 6. ¿Se identificaron los riesgos de gestión de RRHH?
- ☒ 7. ¿Se identificaron los riesgos de la inversión pública?.
- ☒ 8. ¿Se identificaron los riesgos de contrataciones?.
- ☒ 9. ¿Se identificaron los riesgos del proceso de presupuesto público?.
- ☒ 10. ¿Se identificaron los riesgos de los procesos misionales?.
- ☒ 11. ¿Se efectúa rotación periódica del Personal Asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude?



**a. ¿La entidad ha identificado riesgos de corrupción en sus procesos prioritarios?,**

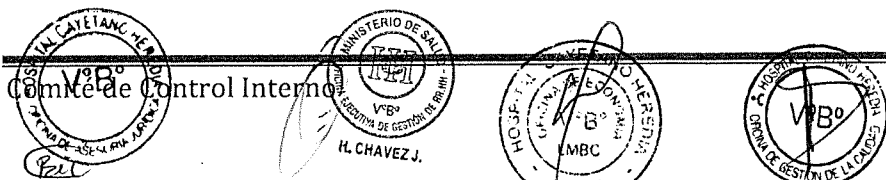
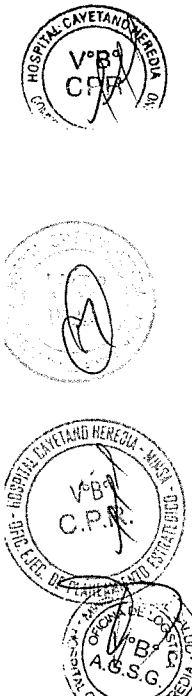
El 25% manifestó que si, el 39.3% dijo que no, el 35.7% indico que desconoce.

**b. ¿Se identifico los riesgos de gestión del planeamiento estratégico?**

El 39.3% de los encuestados indicó que si, el 32.1% indicó que no, el 28.6% manifestó desconocer.

**c. ¿Se identificaron los riesgos de gestión de RRHH?**

El 39.3% de los encuestados indicó que si, el 35.7% indicó que no, el 25% manifestó desconoce.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

**d. ¿Se identificaron los riesgos de la inversión pública?**

El 25% manifestó que si, el 28.6% indicó que no, el 42.8% manifestó que desconoce y el 3.6% dejó en blanco.

**e. ¿Se identificaron los riesgos de contrataciones?**

El 28.6% indicó que si, el 35.7% indicó lo contrario, el 32.1% manifestó desconocer, el 3.6% dejó en blanco.

**f. ¿Se identificaron los riesgos del proceso de presupuesto público?**

El 35.7% manifestó que si, el 32.1% indicó que no, el 28.6% indicó que desconoce y el 3.6% dejó en blanco.

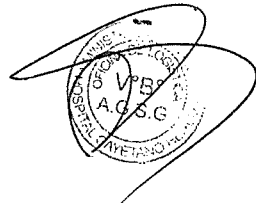
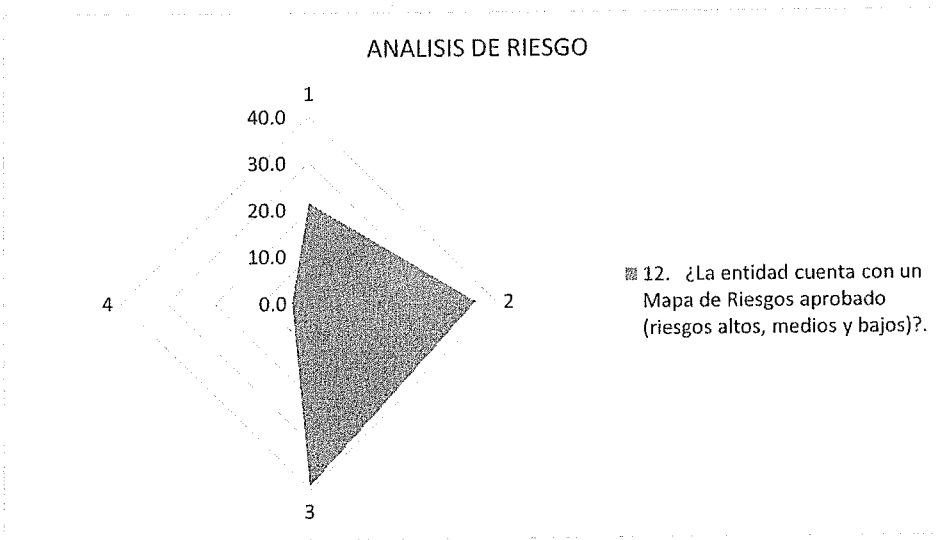
**g. ¿Se identificaron los riesgos de los procesos misionales?**

El 28.6% manifestó que si, el 32.1% lo contrario, el 35.7% indicó que desconoce y el 3.6% está en blanco.

**h. ¿Se efectúa rotación periódica del Personal Asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude?.**

El 10.7% manifestó que si, el 42.9% manifestó que no, el 42.9% indicó que desconoce y el 3.5 no marcó.

Respeto al análisis de riesgos se planteó que si ¿La entidad cuenta con un Mapa de Riesgos aprobado (riesgos altos, medios y bajos)?, el 21.4% indicó que si existe, significando bajo, el 35.7% que no existe, el 39.3% indicó que desconoce y el 3.6% dejó en blanco.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

En el componente de Evaluación de Riesgos, se identifican las siguientes fortalezas y debilidades:

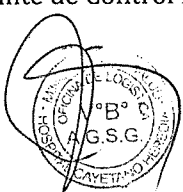
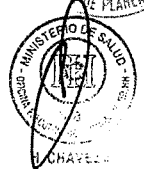
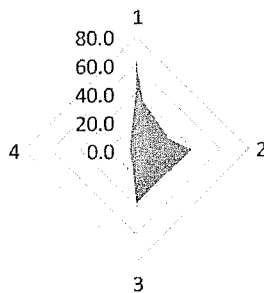
COMPONENTES DEL SCI	SUB COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Evaluación de Riesgos	Contexto Estratégico	Se cuenta con planes de contingencias por gestión de riesgos, desastres y por emergencia y salud ocupacional.	No se cuenta con una política de Gestión de Riesgos en el marco del sistema de Control Interno.
	Identificación de Riesgos	La entidad cuenta con una misión institucional definida.  Las unidades orgánicas tiene definidos sus objetivos y metas, concordantes con los objetivos institucionales y del MINSA.  Se tiene identificado los riesgos de vulnerabilidad y desastres, emergencia y salud ocupacional.	No se ha identificado los riesgos con enfoque de control interno.  No se ha identificado los riesgos de corrupción en los procesos prioritarios (Sistemas Administrativos y misionales).  No existe una política de rotación de personal asignado a puestos susceptibles a riesgo o fraude.
	Análisis de Riesgos	Se cuenta con mapas de riesgo de vulnerabilidad y desastres, emergencia y salud ocupacional.	No existe un mapa de identificación de riesgos con enfoque de control interno.

C. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Las actividades de control son la evaluación de costo – beneficio, el tratamiento de los riesgos, y los controles para las tecnologías de la información y comunicación, que en su conjunto presentan, que el 38.1% de los encuestados manifiestan que hay actividades de control, el 29.2% indican que no hay actividades de control, el 29.2% indican que desconocen sobre las actividades de control y el 3.5% dejaron en blanco las respuestas.

ACTIVIDADES DE CONTROL

- 3.1. Evaluación Costo-Beneficio
- 3.2. Tratamiento de los riesgos
- 3.3. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicación





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

Con relación a la Evaluación Costo-Beneficio, el promedio del estudio es que el 19.6% manifiestan en esta categoría que si hay evaluación costo beneficio, el 39.3% indican que no hay evaluación costo beneficio, el 37.5% indican desconocer en todas las categorías y el 3.6% dejaron en blanco.

a. ¿La entidad realiza evaluación costo-beneficio de las medidas de control de riesgos, previamente a su implementación?

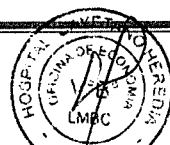
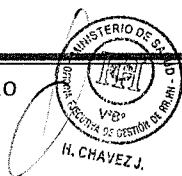
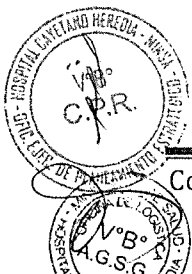
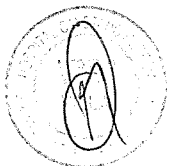
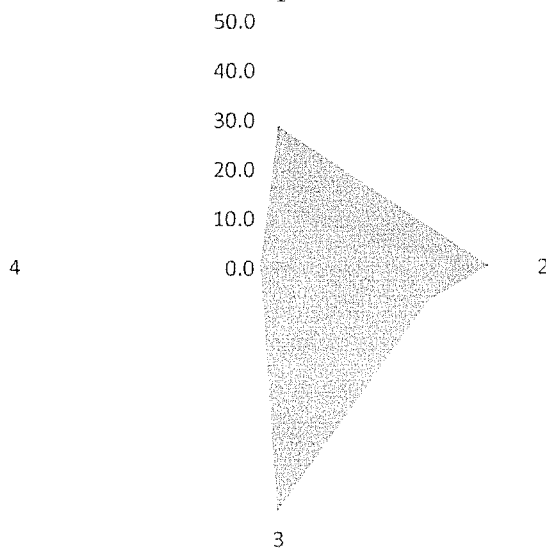
Ante esta pregunta el 28.6% manifiesta que si se realiza la evaluación exante del Costo Beneficio, el 42.8% indica que no, el 25% manifiesta que desconoce que exista evaluación exante de costo beneficio y el 3.6% de encuestados no marcó.

b. ¿Existen insumos o productos almacenados que por su naturaleza implican compras innecesarias de acuerdo a los objetivos que ha definido la entidad?

El 10.7% de encuestados manifiestan que hay insumos o productos almacenados innecesarios de acuerdo a los objetivos, y este debe ser cero que es lo ideal, es una alerta que se buscara el mejoramiento desde la dirección de administración y todos los involucrados, el 35.7% manifesto que no existen insumos o productos innecesarios, el 50% indican que desconocen y el 3.6% no respondió a la pregunta.

EVALUACIÓN COSTO BENEFICIO

- 1. ¿La entidad realiza evaluación costo-beneficio de las medidas de control de riesgos, previamente a su implementación?
- 2. ¿Existen insumos o productos almacenados que por su naturaleza implican compras innecesarias de acuerdo a los objetivos que ha definido la entidad?





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

El Tratamiento de los riesgos promedian en un 41.7% manifestando con un si su existencia, el 28.6% indican que no hay tratamiento de riesgo, el 25% indica que desconocen y el 4.7% no contestaron la pregunta.

c. ¿La Entidad ha implementado mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos?

Del total de encuestados el 32.1% manifiesta que si existe mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos desde el punto de vista de control interno, el 32.1% indica que no existe mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos, el 28.6% indica que desconocen y el 7.2% no marco o respondio.

d. ¿Se programan y asignan responsables y recursos para la implementación de los controles?

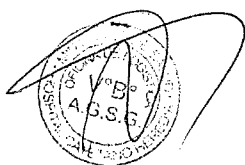
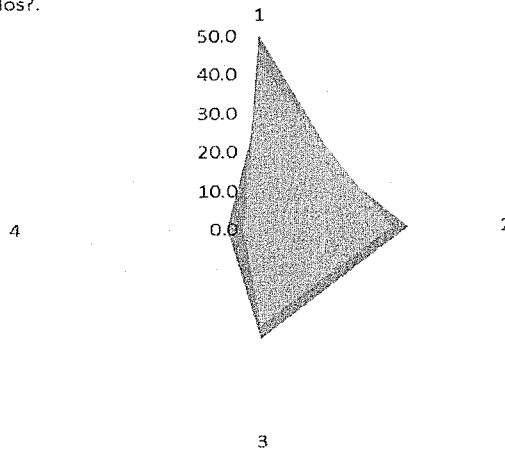
A esta pregunta el 50% de los encuestados respondieron que se programan y asignan responsables y recursos para la implementación de los controles, el 25% indicaron que no existen responsables y recursos, el otro 21.4% indica que desconoce y el 3.6% no contestaron.

e. ¿Se producen informes o reportes para evaluar la efectividad de los controles implementados?

Ante esta encuesta el 42.8% indica que se producen informes o reportes para evaluar la efectividad de los controles implementados, el 28.6% manifiesta lo contrario, el 25% desconoce y el 3.6% dejo en blanco.

TRATAMIENTO DE RIESGOS

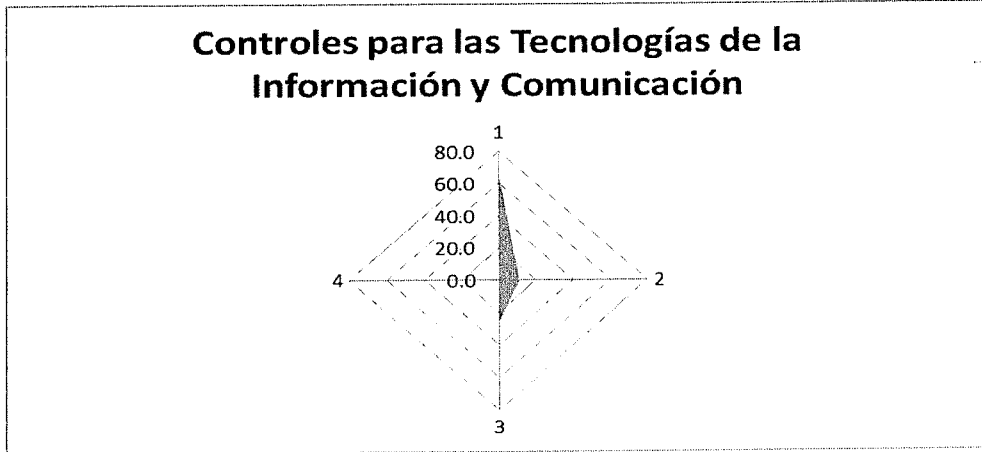
- 3. ¿La entidad ha implementado mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos?
- 4. ¿Se programan y asignan responsables y recursos para la implementación de los controles?.
- 5. ¿Se producen informes o reportes para evaluar la efectividad de los controles implementados?.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

En los **Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicación**, los encuestados indican que el 64.3% manifiestan que existe controles para las tecnologías de información y comunicación, mientras que el 10.7% indica que no existe controles para las tecnologías de información y comunicación, el 25% indica que desconoce.

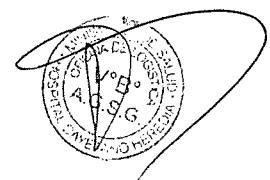
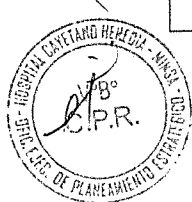


**a. ¿La entidad cuenta con políticas y procedimientos documentados para la administración de los sistemas de información?.**

El 64.3% manifiesta que se cuenta con políticas y procedimientos documentados para la administración de los sistemas de información, el 10.7% indica que no existe políticas y procedimientos documentados para la administración de los sistemas de información, el 25% indica que desconoce.

COMPONENTES DEL SCI	SUB COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Actividades de Control	Evaluación Costo Beneficio	Existe Responsable para el seguimiento de las actividades de control	No se evidencia la evaluación costo beneficio de las medidas de control de riesgo.  Existe una percepción de desconocimiento sobre la existencia de productos e insumos almacenados de compras innecesarias.
	Tratamiento de Riesgos	Los controles para reducir o mitigar el impacto de los riesgos lo efectúan los jefes de las Unidades Orgánicas y los Jefes de Unidad que manejan los principales sistemas administrativos.	No existe procedimiento documentado que establezca los mecanismos de control para el tratamiento de los riesgos
	Controles para las tecnologías de la Información y Comunicación	Contamos con personal competente en las tecnologías de la información.	No se evidencia políticas y procedimientos documentados para la administración de sistemas de información y comunicación.

Comité de Control Interno

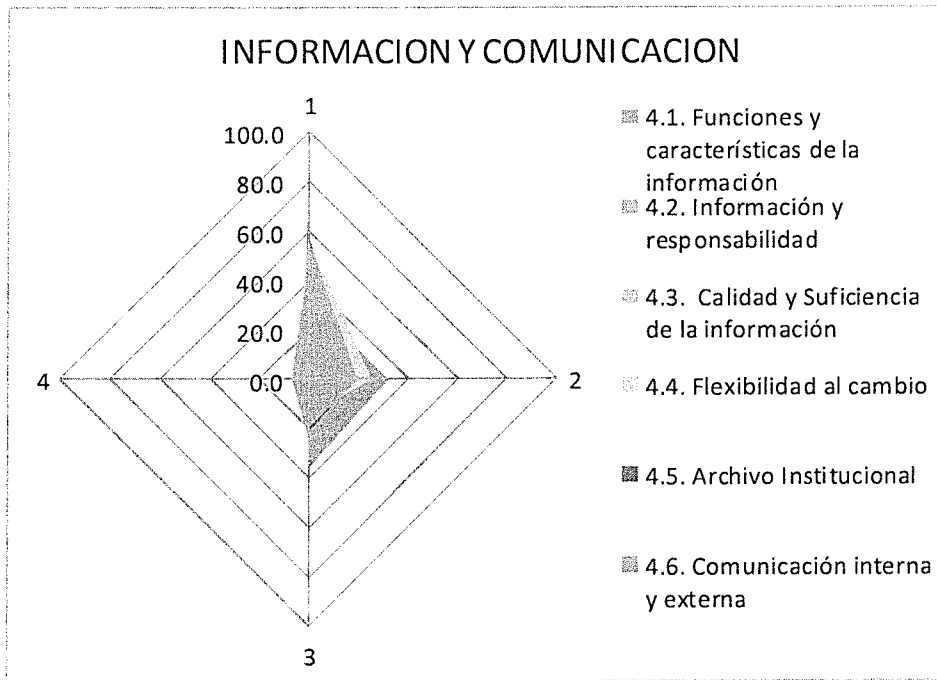




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

**D. COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

En el componente de información y comunicación el 56.4% manifiesta que si existe, el 19% indica lo contrario, el 20.6% desconoce y el 4% deajo en blanco.



a. **¿Se cuenta con algún reporte o informe en donde se analicen los riesgos de los procesos prioritarios?.**

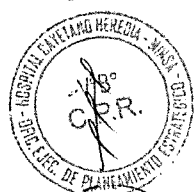
Con relación a las funciones y características de la información, el 32.1% indica que existe reporte o informe en donde se analicen los riesgos de los procesos prioritarios, el 32.1% indica lo contrario, el 35.8% desconoce.

b. **¿Se cuenta con directivas internas que definan claramente la responsabilidad para la administración de los sistemas de información y su operación?.**

Al respecto el 50% de los encuestados manifiesta que se cuenta con directivas internas que definen claramente la responsabilidad para la administración de los sistemas de información y su operación?, mientras que el 17.9% indica lo contrario, el 25% desconoce y el 7.1% dejó en blanco.

c. **¿La entidad cuenta con medios disponibles para recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de las diversas partes interesadas y se analizan para la mejora de la prestación de los servicios?.**

Los encuestados respondieron con relación a la calidad y suficiencia de la información, en un 85.7% manifestó que la entidad cuenta con medios disponibles para recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de las diversas partes interesadas y se analizan para la mejora de la prestación de los servicios, mientras que el 10.7% desconoce y el 3.6% deajo en blanco.







"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

d. ¿La entidad produce informes periódicos de satisfacción del cliente externo?.

La flexibilidad al cambio en el aspecto de la comunicación e información, el 57.1% de los encuestados manifiesta que la entidad produce informes periódicos de satisfacción del cliente externo, el 25% manifestó lo contrario, el 14.3% desconoce y el 3.6% dejó en blanco.

e. ¿La entidad cuenta con procedimientos documentados de administración del archivo institucional (correspondencia, documentación técnica y administrativa)?

Respecto al Archivo Institucional, según los encuestados manifiestan que el 57.1% indica que la entidad cuenta con procedimientos documentados de administración del archivo institucional (correspondencia, documentación técnica y administrativa), el 17.9% indica lo contrario, el 21.4% desconoce y el 3.6% dejó en blanco.

En el subcomponente de Comunicación interna y externa el 56.3% de los encuestados manifiestan que existe comunicación interna y externa, el 19.6% indica lo contrario, el 19.6% desconoce y el 4.5% dejó en blanco.

Respecto a la comunicación interna los encuestados manifiestan en un 41.1% indica que existe, 26.8% indica lo contrario, el 26.8% desconoce y el 5.3% dejó en blanco.

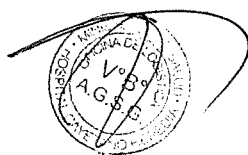
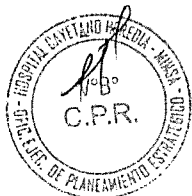
a. ¿La entidad ha implementado procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal?

Los encuestados señalan en un 42.9% entidad ha implementado procedimientos para la denuncia de actos indebidos de los encuestados, lo contrario indica el 21.4%, desconoce el 28.6% y dejó en blanco el 7.1%.

b. ¿Existen procedimientos documentados y/o directivas aprobados sobre uso de internet y correo electrónico?

Respecto a la existencia de los procedimientos documentados y/o directivas aprobadas sobre uso de internet y correo electrónico el 39.3% de los encuestados indican que si existe, el 32.1% manifiesta lo contrario, el 25% desconoce y el 3.6% dejó en blanco.

Respecto a la comunicación Externa el 71.4% de los encuestados manifiestan que existe la Comunicación Externa, el 12.5% indican lo contrario, el 12.5% manifiesta desconocer y el 3.6% dejó en blanco.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

a. ¿Se cuenta con procedimientos aprobados para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)?.

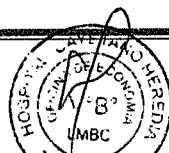
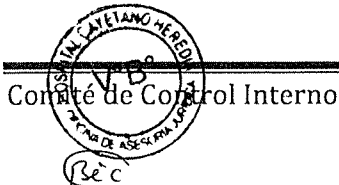
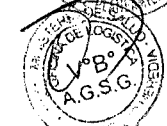
El 64.3% de los encuestados manifiestan que se cuenta con procedimientos aprobados para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública), el 17.8% indica lo contrario, el 14.3% desconoce y el 3.6% deajo en blanco.

b. ¿La entidad ha definido indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de los servicios en su cliente externo?.

El 78.6% de los encuestados manifiestan que la entidad ha definido indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de los servicios en su cliente externo, el 7.1% indica lo contrario, el 10.7% manifiesta desconocer y el 3.6% deajo en blanco.

El componente de Información y Comunicación tiene las fortalezas y debilidades siguientes:

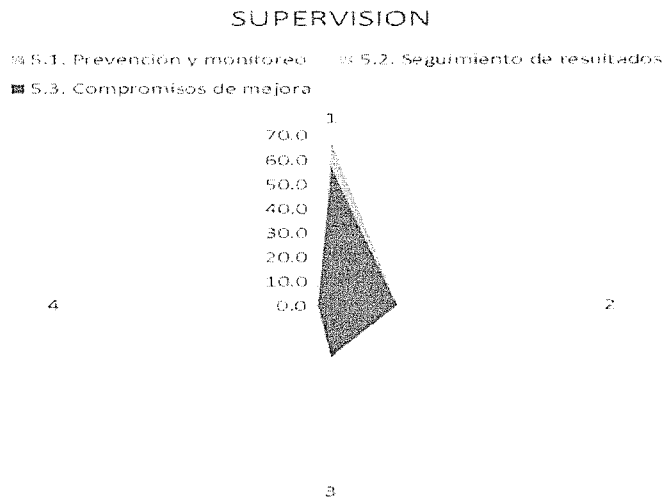
COMPONENTES DEL SCI	SUB COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Información y Comunicación	Funciones y características de la Información	Los procesos prioritarios cuentan con mapa de procesos.	Limitada información y comunicación relacionada al análisis de riesgo de los procesos prioritarios.
	Información y su responsabilidad		Débil difusión de los procedimientos internos que determinen la responsabilidad de la administración de los Sistemas de Información.
	Flexibilidad al cambio	Personal sensibilizado en el buen trato del usuario.	Limitada difusión de los resultados de la evaluación de la satisfacción al usuario externo
	Archivo Institucional	Contamos con un Archivo para la Gestión de las Historias Clínicas y Legajos.	Archivo Institucional desarticulado.
	Comunicación Interna y Externa		Poca difusión de los procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.  Directivas desactualizadas y poco difundidas para el uso de Internet y correo electrónico.  Limitada difusión relacionada a los procedimientos de Acceso a la Información Pública.  Limitada difusión de los indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de servicios al usuario externo.





**E. COMPONENTE SUPERVISION**

Según los encuestados el 58.9% manifiesta que existe la supervisión, el 17.9% indica lo contrario, 19% indica desconocer y el 4.2 dejó en blanco.

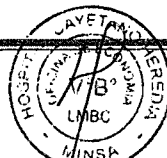


**a. ¿Se monitorean los procesos y operaciones para conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada?**

Respecto a sub componente prevención y monitoreo el 67.9% de los encuestados manifiesta que existe prevención y monitoreo, mediante el monitoreo de los procesos y operaciones para conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada, el 17.9% manifiesta lo contrario, el 10.7% indica que desconoce y el 3.5% dejó en blanco la encuesta.

**b. ¿Se elaboran informes de revisión periódica de procesos y se documenta la mejora de los procesos?.**

El 60.7% de los encuestados manifiesta que se elabora el informes de revisión periódica de procesos y se documenta la mejora de los procesos, el 21.4% indica lo contrario, el 14.3% manifiesta desconocer y el 3.6% dejó en blanco.



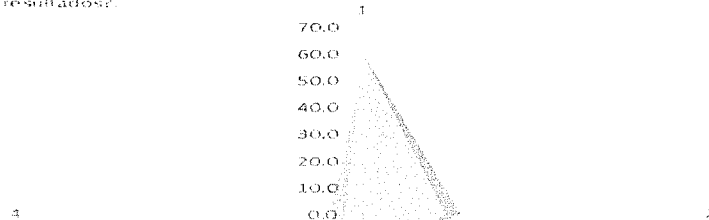
H. CHAVEZ J.



"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

- 2. ¿Se elaboran informes de revisión periódica de procesos y se documenta la mejora de los procesos?
- 3. ¿La entidad cuenta con un Plan de Acción aprobado para la implementación de recomendaciones producto de los informes de auditoría y su seguimiento?
- 4. ¿Las deficiencias y problemas detectados en la gestión se canalizan a los responsables para que se adopten las medidas correctivas?
- 5. ¿La Alta Dirección supervisa regularmente la adopción de las medidas correctivas y sus resultados?



**c. ¿La entidad cuenta con un Plan de Acción aprobado para la implementación de recomendaciones producto de los informes de auditoría y su seguimiento?.**

El 53.6 de los encuestados indican que la entidad cuenta con un Plan de Acción aprobado para la implementación de recomendaciones producto de los informes de auditoría y su seguimiento, mientras que el 17.8% indica lo contrario, el 25% manifiesta desconocer y el 3.6% dejo en blanco.

**d. ¿Las deficiencias y problemas detectados en la gestión se canalizan a los responsables para que se adopten las medidas correctivas?.**

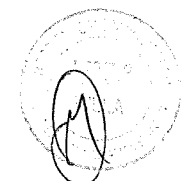
El 53.6% de los encuestados indican que las deficiencias y problemas detectados en la gestión se canalizan a los responsables para que se adopten las medidas correctivas, mientras que el 14.3% manifiesta lo contrario, el 25% desconoce, 7.1% dejo en blanco.

**e. ¿La Alta Dirección supervisa regularmente la adopción de las medidas correctivas y sus resultados?.**

El 60.7% de los encuestados manifiesta que la Alta Dirección supervisa regularmente la adopción de las medidas correctivas y sus resultados, el 17.9% manifiesta lo contrario, el 17.9 desconoce y el 3.5% dejo en blanco.

**f. ¿Las instancias de supervisión competentes, verifican que los compromisos de mejora de los procesos se ejecuten oportunamente?.**

Al respecto, el 57.1% manifiesta que existe compromisos de mejora, a través de que las instancias de supervisión competentes, verifican que los compromisos de mejora de los procesos se ejecuten oportunamente, el 17.9% indica lo contrario, el 21.4% desconoce y el 3.6% dejo en blanco.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

El Componente de Supervisión evidencia las siguientes fortalezas y Debilidades:

COMPONENTES DEL SCI	SUB COMPONENTES	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Supervisión	Prevención y Monitoreo	El equipo de gestión realiza las supervisiones rutinarias.	Limitada información y comunicación relacionada a la supervisión de medidas correctivas.
	Seguimiento de Resultados	Se canaliza a los responsables las deficiencias detectadas en la gestión en su oportunidad.	La implementación de las recomendaciones es parcial.
	Compromiso de Mejora		Limitada información y comunicación relacionada a la supervisión de medidas correctivas

VI. PROCESOS CRÍTICOS DE LAS UNIDADES ORGÁNICAS

6.1 Componente Ambiente de Control

- Déficit Presupuestal que afecta la sensibilización a nivel operativo al personal, a través de las charlas.
- Débil difusión del cumplimiento de metas y objetivos estratégicos son a nivel operativo.
- Manual de Perfil de Puestos y competencias en proceso de elaboración.
- Los Procesos Estratégicos, misionales y de apoyo se encuentran en proceso de construcción.
- Los flujogramas de procesos se encuentran desarrollando de manera parcial y por prioridades.
- Poca difusión del código de ética y conducta de la función pública.
- Débil difusión del decálogo de valores institucionales.

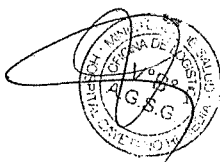
6.2 Componente Evaluación de Riesgos

- No se cuenta con una política de Gestión de Riesgos en el marco del sistema de Control Interno.
- No se ha identificado los riesgos con enfoque de control interno.
- No existe la identificación de riesgos de corrupción en los procesos de los sistemas administrativos (abastecimiento, recursos humanos, tesorería, presupuesto, inversiones y misionales).
- No existe una política de rotación periódica del personal asignado a puestos susceptibles de riesgos de fraude.
- No existe un mapa de riesgos de identificación de fraude y corrupción como parte de sistema de control.

6.3 Componente Actividades de Control

- No se evidencia la evaluación costo beneficio de las medidas de control de riesgo.

Comité de Control Interno





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

- Existe una percepción de desconocimiento sobre la existencia de productos e insumos almacenados de compras innecesarias.
- No existe procedimiento documentado que establezca los mecanismos de control para el tratamiento de los riesgos
- No se evidencia políticas y procedimientos documentados para la administración de sistemas de información y comunicación.

6.4 Componente Información y Comunicación

- Limitada información y comunicación relacionada al análisis de riesgo de los procesos prioritarios.
- Débil difusión de los procedimientos internos que determinen la responsabilidad de la administración de los Sistemas de Información.
- Limitada difusión de los resultados de la evaluación de la satisfacción al usuario externo
- Archivo Institucional desarticulado.
- Poca difusión de los procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.
- Directivas desactualizadas y poco difundidas para el uso de Internet y correo electrónico.
- Limitada difusión relacionada a los procedimientos de Acceso a la Información Pública.
- Limitada difusión de los indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de servicios al usuario externo.

6.5 Componente Supervisión

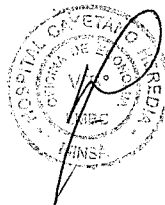
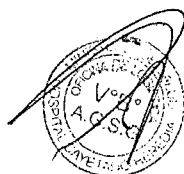
- El monitoreo de los procesos, operaciones y procedimientos no se encuentran documentado.
- La implementación de las recomendaciones es parcial.
- Limitada información y comunicación relacionada a la supervisión de medidas correctivas.

VII. ACCIONES A IMPLEMENTAR

- Establecer mecanismos de gestión presupuestal con evidencia para las actividades y cumplimiento de metas a nivel institucional.
- Desarrollar un programa anual de sensibilización de la importancia de control interno para el personal faltante.
- Difundir los logros alcanzados, indicadores a nivel institucional, vía pagina web, documentos escritos, correos electrónicos y periódico mural.
- Elaborar e implementar el Manual de Perfil de Puestos y Competencias según la normatividad vigente.
- Establecer mecanismos de trabajo integrado con los jefes de las unidades orgánicas para identificar los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, así como sus flujogramas de los procesos y procedimientos identificados.
- Establecer un programa de difusión masiva a todo el personal sobre el Código de Ética y Conducta de la Función Pública.
- Establecer un Programa de Capacitación a todo el Personal sobre el Decálogo de Valores.



Comité de Control Interno





“AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

- h. Documentar a nivel institucional la política de gestión de riesgo.
- i. Establecer reuniones de trabajo para la identificación de Riesgos (corrupción y fraude en sistemas administrativos y misionales).
- j. Elaborar el mapa de identificación de riesgos y su mitigación con enfoque de control interno, para incorporar en los planes de los sistemas administrativos y asistenciales.
- k. Elaborar la política de rotación de personal asignados a puestos susceptibles a riesgo de fraude.
- l. Realizar la Evaluación de Costo beneficio de las medida de control de riesgo.
- m. Realizar inventarios de productos almacenados para determinar que existen compras innecesarias (productos de menor rotación).
- n. Elaborar documentos que definan los mecanismos de control para el tratamiento de riesgos.
- o. Elaborar la política de administración de los sistemas de información y comunicación.
- p. Disponer de un archivo institucional centralizado en base a la norma vigente.
- q. Elaborar un programa de difusión en relación a procedimientos de denuncia y corrupción de actos indebidos, uso de internet, correo electrónico y acceso a la información pública.
- r. Implementar el procedimiento para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.
- s. Establecer un plan de supervisión institucional enfocado a sistema de control interno.

**VIII. CONCLUSIONES**

- a. Se concluye que el Componente Actividades de Control es el más crítico, seguido por el componente de Evaluación de Riesgo en el hospital.
- b. Los componentes de información y comunicación, y supervisión se encuentran en el tercer y cuarto lugar respectivamente.

**IX. RECOMENDACIONES**

Se recomienda a la Dirección General lo siguiente:

- a. facilitar la capacitación al Comité de Control Interno, a los Jefes de las Unidades Orgánicas asistenciales y administrativas y equipo operativo en temas de gestión de Riesgo y Gestión de Procesos, desde el enfoque del Sistema de Control Interno.
- b. Socializar los resultados del Diagnostico de Sistema de Control Interno del HCH mediante la pagina Web institucional sobre SCI del HCH.

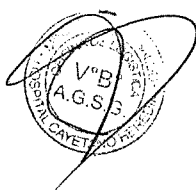
**ANEXOS**

Anexo N° 01: Normas del hospital Cayetano Heredia

Anexo N°02: Resultados de la encuesta, para diagnostico del SCI

Anexo N° 03: Listado de unidades orgánicas - aplicación de encuestas

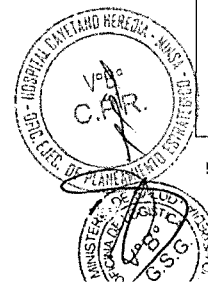
Comité de Control Interno





Anexo N° 01: Normas del Hospital Cayetano Heredia

Componentes del SCI	Normas Internas Asociadas
Principios	Normas Internas
<b>Ambiente de Control</b>	
1. ¿En su entidad esta funcionamiento el Comité de Control Interno?	Mediante Resolución Directoral N° 383-2017-HCH-DG de 13 de Setiembre del 2017, se reconfirma el Comité de Control Interno del Hospital Cayetano Heredia  Se cuenta con las actas de compromiso individual suscritas por os Funcionarios y miembros del Comité publicadas en la web <a href="http://www.hospitalcayetano.gob.pe">http://www.hospitalcayetano.gob.pe</a>
2. ¿Los acuerdos adoptados en las sesiones de Comité de Control Interno ¿son ejecutadas por las unidades orgánicas responsables?	Si, se ejecutan los acuerdos aprobados en las sesiones del Comité contenidas en las Actas suscritas y publicadas en la página web del Hospital.
3. En los últimos doce meses, ¿se han realizado eventos de sensibilización en Control Interno al personal de la entidad?.	Si, ha realizado eventos de sensibilización del Sistema de Control Interno y se acredita con:  Resolución Directoral N° 083-2018-HCH/DG, se aprueba el Plan de Capacitación In HOUSE- Implementación del Sistema de Control Interno del Hospital. Informe N° 008-2017-CCI-HCH, de fecha 18 de octubre del 2017 Informe N° 009-2018-CCI-HCH Informe N° 11-2018-CCI-HCH, informando a la Dirección General sobre el avance de las charlas de Sensibilización en Control Interno. Se tiene registro de participantes a las charlas de Sensibilización sobre el SCI. Se llevó a cabo cursos de sensibilización en Control Interno Dirigido a los Miembros del Comité y los Jefes y Coordinadores diferentes Unidades Orgánicas asistenciales y Administrativas del Hospital
4. La Dirección demuestra una actitud positiva para la implementación de recomendaciones del OCI	Si, conforme a la Resolución Directoral N° 454-2017-HCH/DG, se designó al responsable del seguimiento e Implementación de recomendaciones del Órgano de Control Institucional.

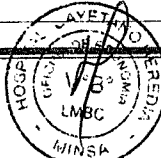


Comité de Control Interno

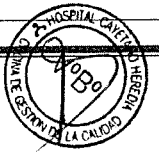
Pic



H/CHAVEZ J.



LMBC

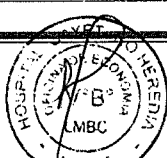
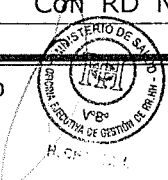
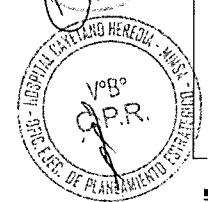
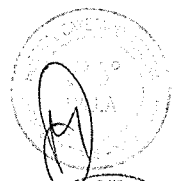






"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

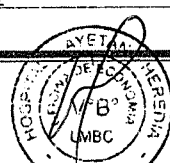
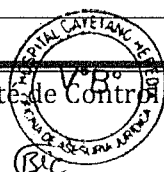
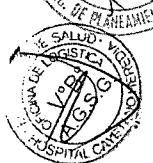
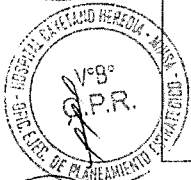
<p>5. ¿Existe información periódica, oportuna y confiable sobre el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos por unidad orgánica?.</p>	<p>Por Resolución Directoral N° 601-2017-HCH/DG, se aprueba el Plan Operativo Institucional, el mismo que se encuentra inmerso dentro del PEI 2017-2019 del Ministerio de Salud.</p> <p>En la evaluación del POI trimestral y semestral se evidencia el porcentaje que se ha cumplido.</p>
<p>6. ¿Existen responsables designados en las unidades orgánicas para el seguimiento de las metas y objetivos estratégicos?.</p>	<p>Los jefes de cada unidad orgánica son los responsables de supervisar el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos trazados por la Entidad.</p>
<p>7. ¿Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos trimestres están dentro de los niveles esperados?</p>	<p>Informe de evaluación del POI del Hospital</p> <p>Se realizan Informes de Seguimiento y Evaluación del POI, publicados en el Portal de Transparencia.</p>
<p>8. ¿Cuentan con planes estratégicos, operativo y/o de contingencia todas la Unidades Orgánicas?</p>	<p>El Hospital cuenta con los siguientes Planes aprobados:</p> <p>Con RD N° 008-2018-DG-HCH, se aprueba el Plan Anual de Contrataciones de Apertura del Hospital Nacional Cayetano Heredia correspondiente al año fiscal 2018.</p> <p>Plan Operativo Institucional - Resolución Directoral N° 601-2017-HCH/DG</p> <p>Con RD N° 133-2018-HCH-DG, se aprueba el Plan de Operativo de Informática 2018 de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Cayetano Heredia</p> <p>Con RD N° 076-2018-HCH-DG, se aprueba la Modificación</p>





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

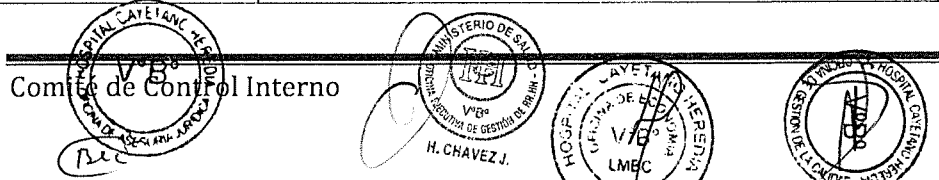
	<p>del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Cayetano Heredia.</p> <p>Con RD N°036-2018-DG/HCH, Plan de Gestión Clínica del Hospital Cayetano Heredia Aprobado.</p>
<p>9. ¿La entidad cuenta con un Manual de Perfiles de Puestos (MPP), actualizado y aprobado, según el perfil de competencias?</p>	<p>No, No, sin embargo, contamos con Manuales de Organización y Funciones de cada unidad orgánica del hospital donde se encuentra determinado las funciones que realiza el personal según el puesto que ocupa.</p> <p>El Reglamento de Organización y Funciones (ROF), se aprobó con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, que contiene la Estructura Orgánica del Hospital y las funciones generales.</p>
<p>10. ¿La entidad tiene definidos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo en un Mapa de Procesos aprobado?</p>	<p>Si, en el Plan Operativo Institucional y los planes de trabajo de la Unidades Orgánicas del Hospital, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resolución Directoral <u>N° 535-2017-HCH/DG, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 528-2017-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Dispensación del Departamento de Farmacia</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 277-SA/DS-HCH/DG-2010, que aprueba <u>Manual de Procesos y Procedimiento de Programación de Intervenciones Quirúrgica en Sala de Operaciones</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 797-2016-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Emergencia</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 243-2014-CH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Atención de Paciente Asegurado SIS</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 184-2014-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Logística</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 239 -2014-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de proceso y Procedimientos de Diagnóstico por Imágenes</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 332-014-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Hospitalización</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 250-2017-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatal</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 922-2013-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Servicio de Cuidados Intensivos Generales</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 001-2014-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 801-2013-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Servicio de Central de Esterilización</u></li> </ul>





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resolución Directoral N° 780-2013-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Rehabilitación</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 778-2013- HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Centro de Almacenamiento Final de Residuos Sólidos</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 962-2016-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Nutrición y Dietética</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 532-2013-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos del Almacén Especializado de Medicamentos</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 447-2012-HCH/DG, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Centro Obstétrico</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 196-SA-SD-HCH/DG-2010, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Consulta Externa</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 278-SA-SD-HCH/DG-2010, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Facturación, Gestión de Cobranza y Pago de Bienes y Servicios</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 408-SA-SD-HCH/DG-2009, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Programación Horario de Consulta Externa</u></li> <li>➤ Resolución Directoral N° 019-2017-HCH, que aprueba el <u>Manual de Proceso y Procedimientos de Referencia y Contrareferencia</u></li> </ul>
<p>11. ¿La entidad tiene desarrollados los flujogramas de los procesos que considera prioritarios?.</p>	<p>Si, contamos con el flujograma de atención del paciente en consulta Externa, Emergencia y Hospitalización, las mismas que se encuentran contenidas en el manual de procesos y procedimientos detallados en el punto anterior.</p>
<p>13. ¿La entidad cuenta con el personal adecuado en cantidad y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos?</p>	<p>El Hospital no cuenta con la cantidad suficiente de servidores asistenciales para atender la alta demanda de usuarios; asimismo los profesionales son altamente calificados de acuerdo a la actividad que realizan.</p> <p>Respecto a los servidores administrativos, contamos con servidores en cantidad adecuada; sin embargo, es necesario realizar una mejor distribución y sea calificado en competencias.</p> <p>De la revisión del Legajo del personal se puede evidenciar capacitaciones costeadas por los propios servidores profesionales administrativos.</p>
<p>14. ¿Existe un Código de Ética y Conducta</p>	<p>La entidad con la Resolución Directoral N° 261-2015-HCH/DG, aprueba el "Decálogo Institucional de Buen Trato a los Usuarios Externo del Hospital Cayetano Heredia"</p> <p>Asimismo, se publica el portal del HCH el Código de Ética:</p>



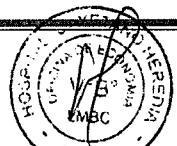
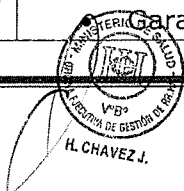


"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

<p>aprobado y difundido entre el personal?</p>	<p><a href="http://www.hospitalcayetano.gob.pe">http://www.hospitalcayetano.gob.pe</a></p> <p>En los legajos de personal se adjuntan las Declaraciones Juradas sobre el Código de Ética.</p>
<p>15. ¿En el último año, la Alta Dirección y los demás niveles de mando han realizado acciones, para sensibilizar al personal sobre el marco de principios, valores y ética que deben regir la conducta de los funcionarios de su entidad?.</p>	<p>Si, la Oficina de Comunicaciones en año 2017 se realizó el curso de "Gobierno Abierto: Articulado e Impulsor de la Integridad y Gobernanza, dirigido a todos los trabajadores del Hospital.</p>
<p>16. ¿Toma la Dirección acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos aprobados o violaciones del Código de Ética de la entidad?</p>	<p>El Hospital cuenta con la Secretaría Técnica, cuya encargada se encuentra designada por Resolución Directoral N°065-2018-HCH-DG.</p>



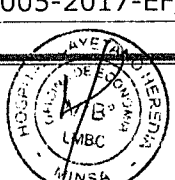
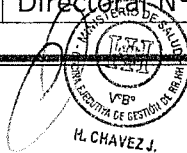
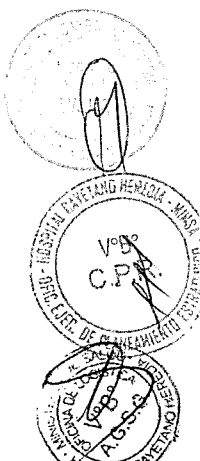
<b>Componentes del SCI</b>	<b>Normas Internas Asociadas</b>
<b>Principios</b>	<b>Normas Internas</b>
<b>Evaluación de Riesgos</b>	
<p>1. ¿La entidad tiene definidos los objetivos que desarrollen la misión</p>	<p><b>Si, se encuentra plasmados en el Plan Operativo Institucional y son tres:</b></p> <p>Garantizar y mejorar de forma continua el</p>





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

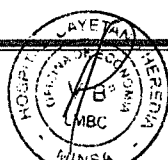
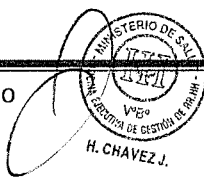
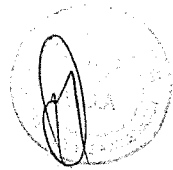
institucional?.	<p>cuidado de la salud de los pacientes y la calidad de atención de los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta del Sistema de Salud.</li> <li>Asegurar la disponibilidad, competencias y distribución de los recursos humanos.</li> </ul>
2. ¿Las unidades orgánicas de la entidad tienen definidos objetivos y metas específicas en correspondencia con los objetivos institucionales?.	<p>Se cuenta con el Plan Operativo Institucional - Resolución Directoral N° 601-2017-HCH/DG.</p> <p>Con RD N° 008-2018-DG-HCH , se aprueba el Plan Anual de Contrataciones de Apertura del Hospital Nacional Cayetano Heredia correspondiente al año fiscal 2018.</p> <p>RD N° 133-2018-HCH-DG Aprobar el Plan de Operativo de Informática 2018 de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Cayetano Heredia.</p> <p>Con la RD N°036-2018-DG-HCH, se aprueba el Plan de Gestión Clínica del HCH.</p>
3. ¿La entidad cuenta con una política de gestión de riesgos aprobada?.	<p>No, se cuenta con lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos, Plan de Gestión de Riesgos, Política de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos y procedimientos para la gestión de riesgos, desde el punto de vista de control interno.</p>
4. ¿La entidad ha identificado riesgos de corrupción en sus procesos prioritarios?.	<p>No, se cuenta con lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes, registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes y normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.</p>
5. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de gestión del planeamiento estratégico?.	<p>Si encuentran definidos en el Plan Operativo Institucional y en las actividades del Plan de prevención y Reducción de Riesgos de Desastre Hospital Cayetano Heredia 2017-2018, aprobado por Resolución Directoral N° 560-2017-HCH/DG</p>
6. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de gestión de recursos humanos?.	<p>Si, se implementó el reloj biométrico para controlar la asistencia del personal.</p> <p>Se hace seguimiento a la asistencia y permanencia del Personal.</p>
7. ¿Se encuentran identificados los riesgos	<p>Si, se cumple con lo dispuesto por la Resolución Directoral N° 005-2017-EF/63.01 que, aprueba la</p>





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

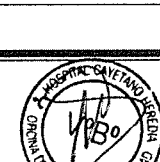
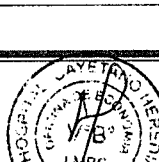
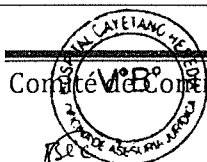
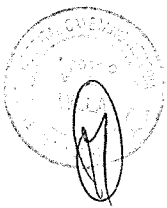
del proceso de gestión de la inversión pública?.	"Directiva Para la Ejecución de Inversiones Públicas en el Marco del Sistema Nacional de Programación Multianual.
8. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de contrataciones?.	Si, por que con la Resolución Directoral N° 180-2018-HCH/DG, se aprobó la Directiva para la Contrataciones de Bienes, Servicios y Obras del Hospital Cayetano Heredia.  En la fecha nos encontramos elaborando un mapeo y conciliando los procesos entre la Oficina de Logística, la Oficina de seguros y la Oficina de Economía para la programación con el uso del SIGA.
9. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de presupuesto público?.	Sí, porque trabajamos con el Sistema Integrado de Administración Financiera y la pagina amigable del MEF.  Se cumple lo dispuesto por la Resolución Directoral N° 020-2018-EF/50.01, que aprueba la Directiva N° 005-2018-EF/50.01 - Directiva para la evaluación semestral y anual de los presupuestos institucionales de las entidades del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales para el año fiscal 2018.
10. ¿Se encuentran identificados los riesgos de los procesos misionales (órganos de línea)	No, contamos con el Manual de Operaciones; sin embargo, tenemos el Manual de Organización y Funciones; así como directivas, manuales de procedimientos y Guías de Practicas Clínicas en las Unidades asistenciales.
11. ¿Se efectúa rotación periódica del Personal Asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude?	<b>No se evidencia.</b>
12. ¿La entidad cuenta con un Mapa de Riesgos aprobado (riesgos altos, medios y bajos)?.	No, sin embargo, tenemos el Plan de prevención de riesgos y desastres del Hospital Cayetano Heredia 2017-2018, aprobado por la resolución Directoral N° 560-207-HCH/DG.  Plan de respuesta ante emergencias y desastres 2018 del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Directoral N° 061-2018-HCH/DG.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

Componentes del SCI	Normas Internas Asociadas
Principios	Normas Internas
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL</b>	
1. ¿La entidad realiza evaluación costo-beneficio de las medidas de control de riesgos, previamente a su implementación?.	Lo realizan en los momentos de la toma de decisiones, y en los sistemas administrativos y asistenciales en los diferentes procesos de acuerdo a la naturaleza de la actividad que desarrollan.
2. ¿Existen insumos o productos almacenados que por su naturaleza implican compras innecesarias de acuerdo a los objetivos que ha definido la entidad?	No existen insumos almacenados
3. ¿La entidad ha implementado mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos?.	Si, se ha capacitado a los Directores de Oficinas, Departamentos y Responsables de las Unidades y Jefes de Servicios por la ESAN y mediante el Programa de Sensibilización In House.
4. ¿Se programan y asignan responsables y recursos para la implementación de los controles?.	Si, son los Jefes de cada una de las Unidades Orgánicas.
5. ¿Se producen informes o reportes para evaluar la efectividad de los controles implementados?.	No, se cuenta con reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas del programa de implementación se encuentra.
6. ¿La entidad cuenta con políticas y procedimientos documentados para la administración de los sistemas de	El responsable de la gestión de la Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs) es la Unidad de Informática.  Con la Directiva Administrativa N° 001-2015-OEI-UI-HCH-V.01- "Directiva Administrativa Mejores Prácticas para la Gestión de Recursos y Servicios de las

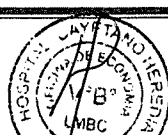
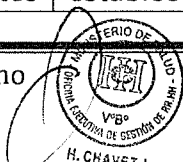
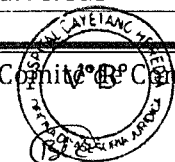




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

información?.	Tecnología de la Información y Comunicaciones", aprobado por Resolución Directoral N° 006-2015-HCH/DG.
---------------	--

Componentes del SCI	Normas Internas Asociadas
Principios	Normas Internas
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	
1. ¿Se cuenta con algún reporte o informe en donde se analicen los riesgos de los procesos prioritarios?.	Informe situacional anual del POI y ASISHO.
2. ¿Se cuenta con directivas internas que definan claramente la responsabilidad para la administración de los sistemas de información y su operación?.	<p>En el Reglamento de Organización y Funciones se establece que la Oficina de Estadística e Informática del Hospital es el responsable de la gestión de la Tecnologías de la Información y Comunicaciones.</p> <p>Según el Manual de organización y Funciones de la Oficina de Estadística e Informática es la Unidad de Informática la responsable de administrar la TICS.</p> <p>Contamos con la Directiva Administrativa N° 001-2015-OEI-UI-HCH-V.01- " Directiva Administrativa Mejores Prácticas para la Gestión de Recursos y Servicios de las Tecnología de la Información y Comunicaciones", aprobado por Resolución Directoral N° 006-2015-HCH/DG</p> <p>Igualmente se conformó el Comité de gestión de la Seguridad de la Información, aprobado por Resolución N° 483-2016-HCH/DG.</p> <p>Por Resolución N° 464-2016-HCH/DG, se designó al Oficial de Seguridad de la Información.</p> <p>Si contamos con el Certificado de Registro de Programas de Ordenador (Software) N° 00802-2016, otorgado por INDECOPI</p>
3. ¿La entidad cuenta con medios disponibles para recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de las diversas partes	Se cuenta con una Directiva Administrativa N° 001-OGC-2016/HCH V.04-"Disposiciones para el Uso y Manejo del Libro de Reclamaciones y Sugerencias del Hospital Cayetano Heredia", aprobado por la Resolución Directoral N° 853-206-HCH/DG, que tiene por finalidad establecer los mecanismos de participación ciudadana

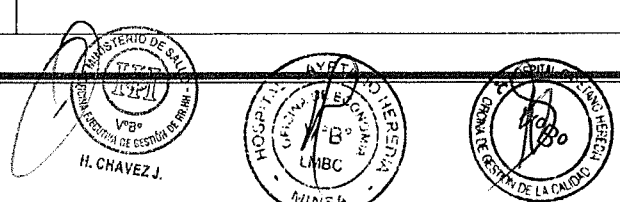
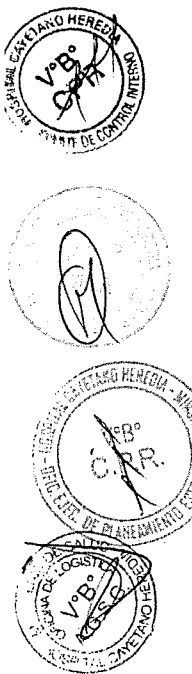






"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

<p>interesadas y se analizan para la mejora de la prestación de los servicios?.</p>	<p>para lograr la eficacia y salvaguardar los derechos de los usuarios frente a la atención en los trámites y servicios que brinda el Hospital.</p>
<p>4. ¿La entidad produce informes periódicos de satisfacción del cliente externo?.</p>	<p>Se cuenta con el Informe de la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en la Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia del mes de febrero del 2018, Contenido en el Oficio N° 050-OGC-2018-HCH.</p> <p>Contamos también con el Informe de los Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Usuario externo atendido en los servicios de Hospitalización según SERQUAL, modificado del HCH –mayo –Junio 2018, contenida en el Oficio N° 125-OGC-2018-HCH.</p> <p>Contamos también con el Informe de los Resultados de la Medición de la Encuesta de Satisfacción del Usuario externo atendido en Emergencia HCH- SERQUAL, modificado de mayo –Junio 2018, contenida en el Oficio N° 124 -OGC-2018-HCH</p>
<p>5. ¿La entidad cuenta con procedimientos documentados de administración del archivo institucional (correspondencia, documentación técnica y administrativa)?.</p>	<p>No, contamos con un archivo institucional, pero se evidencia una aglomeración de documentos en las diferentes áreas (archivos de gestión) de la entidad lo que puede afectar la su preservación.</p> <p>En el Hospital se cuenta con la Unidad de Archivo Clínico, donde se encuentran archivadas las Historias Clínicas de acuerdo a lo dispuesto por la Norma Técnica de Historias Clínicas.</p>
<p>6. La entidad ha implementado procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.</p>	<p>No, se ha implementado un sistema de denuncias; sin embargo las denuncias son recibidas en función a lo señalado por la Directiva 001-2015-GPGSC/SERVIR, donde se establece el procedimiento a efectuar.</p>
<p>7. Existen procedimientos documentados y/o directivas aprobados sobre uso de internet y correo electrónico</p>	<p>Contamos con la Directiva Administrativa N° 001-2015-OEI-UI-HCH-V.01- " Directiva Administrativa Mejores Prácticas para la Gestión de Recursos y Servicios de las Tecnología de la Información y Comunicaciones", aprobado por Resolución Directoral N° 006-2015-HCH/DG</p>
<p>8. ¿Se cuenta con procedimientos</p>	<p>Mediante Resolución Directoral 832-206-HCH/DG se</p>

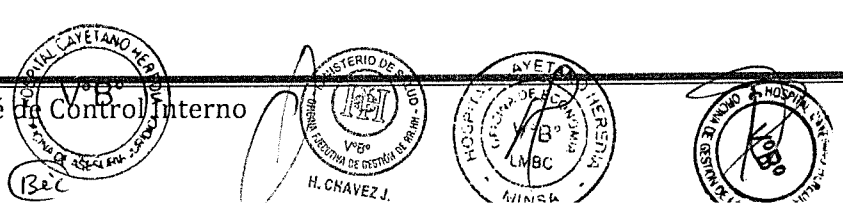
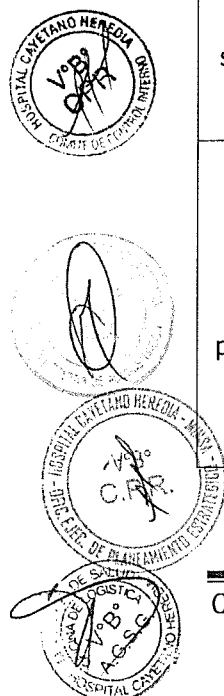




"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

<p>aprobados para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)?.</p>	<p>designó a:</p> <p>Jefe de la oficina de Comunicaciones como responsable de entregar la información de acceso público.</p> <p>Jefe de la Oficina de estadística e Informática como responsable de la elaboración y actualización del Portal de Transparencia</p> <p>Los jefes de oficinas y departamentos remitirán la información a requerida a la Oficina de Comunicaciones.</p>
<p>9. ¿La entidad ha definido indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de los servicios en su cliente externo?.</p>	<p>Los indicadores son Satisfacción del usuario en el Servicio de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa medidas a través del SERQUAL contenidas en los Informes de resultados de medición de la encuesta satisfacción del Usuario.</p>

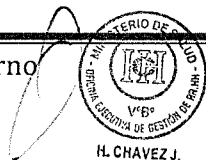
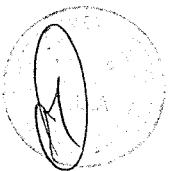
Componentes del SCI	Normas Internas Asociadas
Principios	Normas Internas
<b>SUPERVISIÓN</b>	
<p>1. ¿Se monitorean los procesos y operaciones para conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada?.</p>	<p>Se ha conformado el Equipo de Autoevaluación y se aprobó el Plan de Autoevaluación del Hospital Cayetano 2018 con Resolución Directoral N° 110-201-HCH/DG.</p> <p>Monitoreo y seguimiento del Plan de Gestión Clínica,</p>
<p>2. ¿Se elaboran informes de revisión periódica de procesos y se documenta la mejora de los procesos?.</p>	<p>La Oficina de Gestión de la Calidad presenta informes periódicos.</p>
<p>3. ¿La entidad cuenta con un Plan de Acción aprobado para la implementación de recomendaciones producto de los informes de auditoría y su seguimiento?.</p>	<p>Si, ha designado al responsable del Monitoreo del Proceso de Implementación y seguimiento a las recomendaciones de informes de auditorías del HCH con Resolución Directoral N° 454-2017-HCH/DG.</p> <p>También contamos con un Plan de Acción para a Implementación de recomendaciones que surgieran de los Informes de Auditoría.</p>





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

4. ¿Las deficiencias y problemas detectados en la gestión se canalizan a los responsables para que se adopten las medidas correctivas?.	Si, a través de documentos dirigidos a los Jefes de cada unidad orgánica para que tome las medidas preventivas y correctivas.
5. ¿La Alta Dirección supervisa regularmente la adopción de las medidas correctivas y sus resultados?.	Si, permanentemente emitiendo directivas a través de documentos circulares.
6. ¿Las instancias de supervisión competentes, verifican que los compromisos de mejora de los procesos se ejecuten oportunamente?.	Si, mediante el seguimiento de las observaciones vertidas..





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

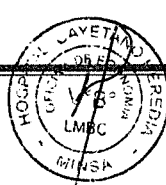
**ANEXO N° 02: RESULTADOS DE LA ENCUESTA, PARA DIAGNOSTICO DEL  
SCI**

Componentes / Categorías / Preguntas	si	no	Desc.	Blanco	Total
<b>I. AMBIENTE DE CONTROL</b>	<b>70.5</b>	<b>19.8</b>	<b>9.5</b>	<b>0.2</b>	<b>100.0</b>
<b>1.1. Filosofía de la Dirección</b>	<b>83.0</b>	<b>10.7</b>	<b>5.4</b>	<b>0.9</b>	<b>100.0</b>
1. En su entidad, ¿está en funcionamiento el Comité de Control Interno?.	92.9	7.1			100.0
2. Los acuerdos adoptados en las sesiones del Comité de Control Interno, ¿son ejecutados por las unidades orgánicas responsables?.	67.8	14.3	14.3	3.6	100.0
3. En los últimos doce meses, ¿se han realizado eventos de sensibilización en control interno al personal de la entidad?.	82.1	14.3	3.6		100.0
4. La Dirección demuestra una actitud positiva para la implementación de recomendaciones del OCI	89.3	7.1	3.6		100.0
<b>1.2. Administración Estratégica</b>	<b>69.7</b>	<b>20.5</b>	<b>9.8</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>
5. ¿Existe información periódica, oportuna y confiable sobre el cumplimiento de metas y objetivos estratégicos por unidad orgánica?.	71.4	25.0	3.6		100.0
6. ¿Existen responsables designados en las unidades orgánicas para el seguimiento de las metas y objetivos estratégicos?.	89.3	3.6	7.1		100.0
7. ¿Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados?.	60.7	25.0	14.3		100.0
8. ¿Cuentan con planes estratégicos, operativo y/o de contingencia todas la Unidades Organicas?.	57.1	28.6	14.3		100.0
<b>1.3. Asignación de autoridad y responsabilidad</b>	<b>58.0</b>	<b>30.4</b>	<b>11.6</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>
9. ¿La entidad cuenta con un Manual de Perfiles de Puestos (MPP), actualizado y aprobado, según el perfil de competencias?.	60.7	28.6	10.7		100.0
10. ¿La entidad tiene definidos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo en un Mapa de Procesos aprobado?.	64.2	17.9	17.9		100.0
11. ¿La entidad tiene desarrollados los flujogramas de los procesos que considera prioritarios?.	60.7	28.6	10.7		100.0
13. ¿La entidad cuenta con el personal adecuado en cantidad y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos?.	46.4	46.4	7.2		100.0
<b>1.4. Integridad y valores éticos</b>	<b>71.4</b>	<b>16.7</b>	<b>11.9</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>
14. ¿Existe un Código de Ética y Conducta aprobado y difundido entre el personal?.	53.6	28.6	17.8		100.0
15. ¿En el último año, la Alta Dirección y los demás niveles de mando han realizado acciones, para sensibilizar al personal sobre el marco de principios, valores y ética que deben regir la conducta de los funcionarios de su entidad?.	85.7	14.3			100.0
16. ¿Toma la Dirección acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos aprobados o violaciones del Código de Ética de la entidad?.	75.0	7.1	17.9		100.0



## "AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

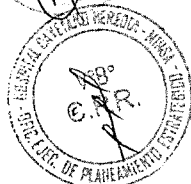
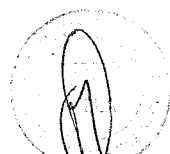
Componentes / Categorías / Preguntas	si	no	Desc.	Blanco	Total
<b>II. EVALUACION DE RIESGOS</b>	<b>40.8</b>	<b>28.8</b>	<b>28.6</b>	<b>1.8</b>	<b>100.0</b>
<b>2.1. Contexto Estratégico</b>	<b>78.6</b>	<b>10.7</b>	<b>10.7</b>		<b>100.0</b>
1. ¿La entidad tiene definidos los objetivos que desarrollen la misión institucional?.	89.3		10.7		100.0
2. ¿Las unidades orgánicas de la entidad tienen definidos objetivos y metas específicas en correspondencia con los objetivos institucionales?.	89.3	7.1	3.6		100.0
3. ¿La entidad cuenta con una política de gestión de riesgos aprobada?.	57.1	25.0	17.9		100.0
<b>2.2. Identificación de los Riesgos</b>	<b>29.0</b>	<b>34.8</b>	<b>33.9</b>	<b>2.3</b>	<b>100.0</b>
4. ¿La entidad ha identificado riesgos de corrupción en sus procesos prioritarios?.	25.0	39.3	35.7		100.0
5. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de gestión del planeamiento estratégico?.	39.3	32.1	28.6		100.0
6. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de gestión de recursos humanos?.	39.3	35.7	25.0		100.0
7. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de gestión de la inversión pública?.	25.0	28.6	42.8	3.6	100.0
8. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de contrataciones?.	28.6	35.7	32.1	3.6	100.0
9. ¿Se encuentran identificados los riesgos del proceso de presupuesto público?.	35.7	32.1	28.6	3.6	100.0
10. ¿Se encuentran identificados los riesgos de los procesos misionales (órganos de línea)?.	28.6	32.1	35.7	3.6	100.0
11. ¿Se efectúa rotación periódica del Personal Asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude?.	10.7	42.9	42.9	3.5	100.0
<b>2.3. Análisis de riesgos</b>	<b>21.4</b>	<b>35.7</b>	<b>39.3</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
12. ¿La entidad cuenta con un Mapa de Riesgos aprobado (riesgos altos, medios y bajos)?.	21.4	35.7	39.3	3.6	100.0





## "AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

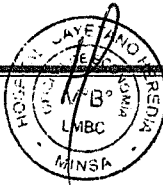
Componentes / Categorías / Preguntas	si	no	Desc.	Blanco	Total
<b>III. ACTIVIDADES DE CONTROL</b>	<b>38.1</b>	<b>29.2</b>	<b>29.2</b>	<b>3.5</b>	<b>100.0</b>
<b>3.1. Evaluación Costo-Beneficio</b>	<b>19.6</b>	<b>39.3</b>	<b>37.5</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
1. ¿La entidad realiza evaluación costo-beneficio de las medidas de control de riesgos, previamente a su implementación?.	28.6	42.8	25.0	3.6	100.0
2. ¿Existen isumos o productos almacenados que por su naturaleza implican compras innecesarias de acuerdo a los objetivos que ha definido la entidad?	10.7	35.7	50.0	3.6	100.0
<b>3.2. Tratamiento de los riesgos</b>	<b>41.7</b>	<b>28.6</b>	<b>25.0</b>	<b>4.7</b>	<b>100.0</b>
3. ¿La entidad ha implementado mecanismos de control para reducir la probabilidad y/o atenuar el impacto de los riesgos?.	32.1	32.1	28.6	7.2	100.0
4. ¿Se programan y asignan responsables y recursos para la implementación de los controles?.	50.0	25.0	21.4	3.6	100.0
5. ¿Se producen informes o reportes para evaluar la efectividad de los controles implementados?.	42.8	28.6	25.0	3.6	100.0
<b>3.3. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicación</b>	<b>64.3</b>	<b>10.7</b>	<b>25.0</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>
6. ¿La entidad cuenta con políticas y procedimientos documentados para la administración de los sistemas de información?.	64.3	10.7	25.0		100.0



Comité de Control Interno



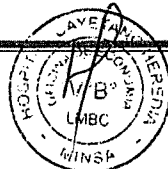
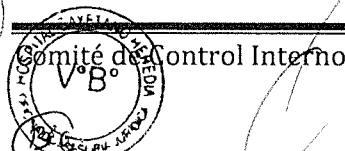
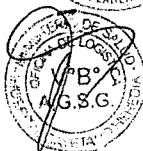
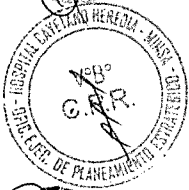
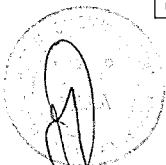
H. CHAVEZ J.





"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

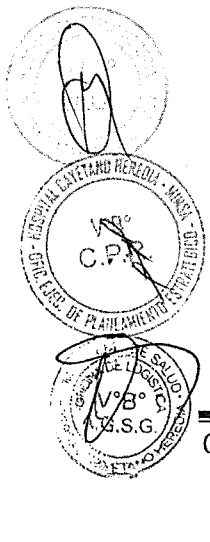
Componentes / Categorías / Preguntas	si	no	Desc.	Blanco	Total
<b>IV. INFORMACIÓN Y COMUNICACION</b>	<b>56.4</b>	<b>19.0</b>	<b>20.6</b>	<b>4.0</b>	<b>100.0</b>
<b>4.1. Funciones y características de la información</b>	<b>32.1</b>	<b>32.1</b>	<b>35.8</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>
1. ¿Se cuenta con algún reporte o informe en donde se analicen los riesgos de los procesos prioritarios?.	32.1	32.1	35.8		100.0
<b>4.2. Información y responsabilidad</b>	<b>50.0</b>	<b>17.9</b>	<b>25.0</b>	<b>7.1</b>	<b>100.0</b>
2. ¿Se cuenta con directivas internas que definan claramente la responsabilidad para la administración de los sistemas de información y su operación?.	50.0	17.9	25.0	7.1	100.0
<b>4.3. Calidad y Suficiencia de la información</b>	<b>85.7</b>	<b>0.0</b>	<b>10.7</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
3. ¿La entidad cuenta con medios disponibles para recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de las diversas partes interesadas y se analizan para la mejora de la prestación de los servicios?.	85.7		10.7	3.6	100.0
<b>4.4. Flexibilidad al cambio</b>	<b>57.1</b>	<b>25.0</b>	<b>14.3</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
4. ¿La entidad produce informes periódicos de satisfacción del cliente externo?.	57.1	25.0	14.3	3.6	100.0
<b>4.5. Archivo Institucional</b>	<b>57.1</b>	<b>17.9</b>	<b>21.4</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
5. ¿La entidad cuenta con procedimientos documentados de administración del archivo institucional (correspondencia, documentación técnica y administrativa)?.	57.1	17.9	21.4	3.6	100.0
<b>4.6. Comunicación interna y externa</b>	<b>56.3</b>	<b>19.6</b>	<b>19.6</b>	<b>4.5</b>	<b>100.0</b>
<b>Comunicación Interna</b>	<b>41.1</b>	<b>26.8</b>	<b>26.8</b>	<b>5.3</b>	<b>100.0</b>
6. La entidad ha implementado procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal.	42.9	21.4	28.6	7.1	100.0
7. Existen procedimientos documentados y/o directivas aprobados sobre uso de internet y correo electrónico	39.3	32.1	25.0	3.6	100.0
<b>Comunicación Externa</b>	<b>71.4</b>	<b>12.5</b>	<b>12.5</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
8. ¿Se cuenta con procedimientos aprobados para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)?.	64.3	17.8	14.3	3.6	100.0
9. ¿La entidad ha definido indicadores para medir el resultado e impacto de la prestación de los servicios en su cliente externo?.	78.6	7.1	10.7	3.6	100.0





## "AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL

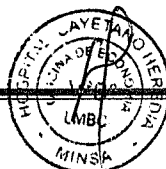
Componentes / Categorías / Preguntas	si	no	Desc.	Blanco	Total
<b>V. SUPERVISION</b>	<b>58.9</b>	<b>17.9</b>	<b>19.0</b>	<b>4.2</b>	<b>100.0</b>
<b>5.1. Prevención y monitoreo</b>	<b>67.9</b>	<b>17.9</b>	<b>10.7</b>	<b>3.5</b>	<b>100.0</b>
1. ¿Se monitorean los procesos y operaciones para conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada?.	67.9	17.9	10.7	3.5	100.0
<b>5.2. Seguimiento de resultados</b>	<b>57.1</b>	<b>17.9</b>	<b>20.5</b>	<b>4.5</b>	<b>100.0</b>
2. ¿Se elaboran informes de revisión periódica de procesos y se documenta la mejora de los procesos?.	60.7	21.4	14.3	3.6	100.0
3. ¿La entidad cuenta con un Plan de Acción aprobado para la implementación de recomendaciones producto de los informes de auditoría y su seguimiento?.	53.6	17.8	25.0	3.6	100.0
4. ¿Las deficiencias y problemas detectados en la gestión se canalizan a los responsables para que se adopten las medidas correctivas?.	53.6	14.3	25.0	7.1	100.0
5. ¿La Alta Dirección supervisa regularmente la adopción de las medidas correctivas y sus resultados?.	60.7	17.9	17.9	3.5	100.0
<b>5.3. Compromisos de mejora</b>	<b>57.1</b>	<b>17.9</b>	<b>21.4</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0</b>
6. ¿Las instancias de supervisión competentes, verifican que los compromisos de mejora de los procesos se ejecuten oportunamente?.	57.1	17.9	21.4	3.6	100.0



Comité de Control Interno



H. CHAVEZ J.





**ANEXO N° 03: APLICACIÓN DE ENCUESTAS**

Con fecha 27 de marzo del presente año, se llevó la toma la encuesta del Sistema de Control Interno en el Hospital a los Jefes de Departamentos y Oficinas y la misma se prolongado hasta el 30 de abril del presente año debido a la programación de las guardias de los colaboradores y a continuación, se muestran la relación de las 25 dependencias que participaron:

**DIRECCIONES, OFICINAS, DEPARTAMENTOS, SERVICIOS Y UNIDADES**

1.	Dirección General
2.	Dirección Adjunta
3.	Asesor
4.	<b>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</b>
5.	<b>Oficina de Asesoría Jurídica.</b>
6.	<b>Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.</b>
7.	<b>Oficina de Gestión de la Calidad.</b>
8.	<b>Oficina Ejecutiva de Administración.</b>
9.	<b>Oficina de Economía.</b>
10.	<b>Oficina de Logística.</b>
11.	<b>Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.</b>
12.	<b>Oficina Ejecutiva de Gestión de Recursos Humanos.</b>
13.	<b>Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.</b>
14.	<b>Oficina de Administración de Recursos Humanos.</b>
15.	<b>Oficina de Comunicaciones.</b>
16.	<b>Oficina de Estadística e Informática.</b>
17.	<b>Oficina de Seguros.</b>
18.	<b>Departamento de Consulta Externa</b>
19.	<b>Departamento de Medicina.</b>
20.	<b>Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas</b>
21.	<b>Departamento de Cirugía.</b>
22.	<b>Departamento de Pediatría.</b>
23.	<b>Departamento de Gineco-Obstetricia.</b>
24.	<b>Departamento de Odonto-estomatología.</b>
25.	<b>Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.</b>
26.	<b>Departamento de Enfermería.</b>
27.	<b>Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.</b>
28.	<b>Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.</b>
29.	<b>Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica</b>
30.	<b>Departamento de Diagnóstico por Imágenes.</b>
31.	<b>Departamento de Nutrición y Dietética.</b>
32.	<b>Departamento de Servicio Social.</b>
33.	<b>Departamento de Psicología</b>
34.	<b>Departamento de Farmacia</b>

