

“Todos somos responsables del Sistema de Control Interno”

**DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRABAJO
SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL
INTERNO EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA
AMAZONIA PERUANA**

Elaborado por

Orlando Oswaldo Armas Gutiérrez

Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Racionalización

Iquitos – Perú

Junio de 2014

PRESENTACIÓN

El proceso de implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en el IIAP, tiene tres fases marcadas: I. Planificación, II. Ejecución y III. Evaluación.

En este proceso, que data desde marzo de 2009, y en cumplimiento de un encargo del Comité Especial de Control Interno, se ha realizado las acciones necesarias entre diciembre 2013 y mayo 2014 para formular el diagnóstico y plan de trabajo de la primera fase.

El diagnóstico se ha realizado aplicando la técnica de Encuesta mediante un cuestionario de 141 preguntas, aplicado a 27 directivos de los tres niveles organizacionales, habiéndose intervenido los 5 componentes del SCI: i) Ambiente de control, ii) Evaluación de Riesgos, iii) Actividades de acción gerencial, iv) Información y comunicación, y v) Supervisión. Complementariamente, se ha realizado por medio de la técnica de la Observación, un análisis de los *procesos clave* y *procesos de soporte*; así como de las estrategias organizacionales existentes, con la finalidad de proponer mejoras y promover la implementación de un SCI con enfoque en procesos, como establece la normatividad.

El Plan de Trabajo (PdT) presentado, se ha elaborado en base a los resultados del diagnóstico, fundamentalmente para superar las debilidades mayores, presentadas en cada componente del SCI antes citados; así como, mejorar aquellas fortalezas que aún, presentan inconsistencias e incoherencias. Asimismo se presenta la propuesta de presupuesto para su ejecución.

Este documento, conforme lo establece la Ley, tiene como principal objetivo fortalecer los sistemas operativos que realizan los diferentes órganos y unidades estructurales, con acciones de control previo (ex ante), simultáneo y posterior (ex post), donde juega un rol importantísimo el cambio de actitudes y aptitudes del personal instituido en el IIAP.

En este contexto, se presenta el Informe del Diagnóstico y Plan de Trabajo para la implementación del sistema de control interno en el IIAP, solicitando su gestión al más alto nivel de la Alta Dirección, para su aprobación y ejecución.

Iquitos, 11 de junio de 2014



ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	2
ÍNDICE DE CONTENIDO	3
I. ANTECEDENTES	5
II. BASE LEGAL	9
III. COMPROMISOS, CONSTITUCIÓN DE COMITÉ DE CONTROL INTERNO	9
3.1 Compromiso de la Alta Dirección	9
3.2 Constitución del Comité	9
3.3 Actividades previas desarrolladas por el comité de Control Interno	9
IV FASE I: PLANIFICACIÓN	10
4.1 Sensibilización en el sistema de control interno	10
4.2 Alcance	10
4.3 Metodología	10
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
4.5 Diagnóstico del SCI en sus 5 componentes	12
4.5.1 Del componente I: Ambiente de control	13
4.5.2 Del componente II. Evaluación de riesgos	13
4.5.3 Del componente III. Actividades de control gerencial	14
4.5.4 Del componente IV. Información y comunicación	15
4.5.5 Del componente V. Supervisión	16
4.6 Diagnóstico de la Gestión por Procesos y simplificación administrativa	16
V. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL INTERNO EN EL IIAP	18
5.1 En el componente I: Ambiente de control	18
5.2 En el componente II: Evaluación de riesgos	22
5.3 En el componente III. Actividad de control	22
5.4 En el componente IV. Información y comunicación	24
5.5 En el componente V. Supervisión	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29

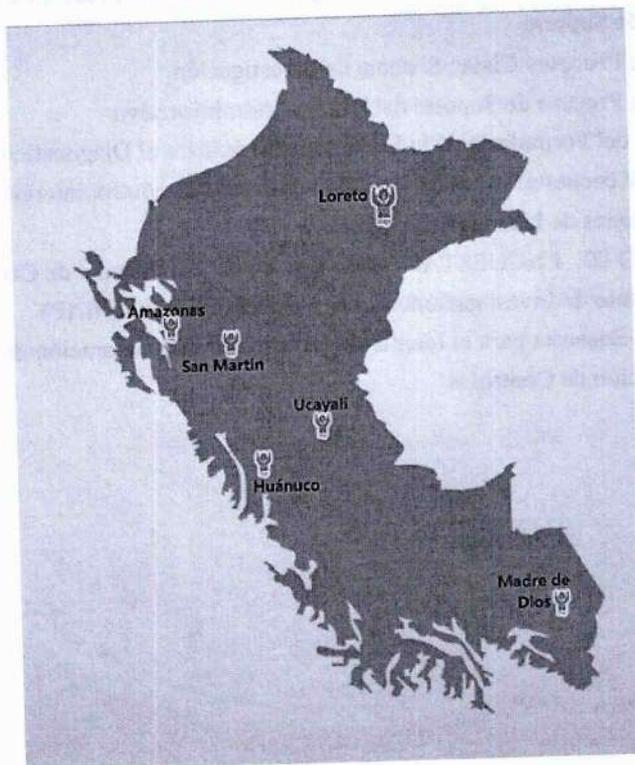


PLAN DE TRABAJO		
1	Objetivo	30
2.	Descripción de las actividades y cronograma	30
3.	Desarrollo del Plan de Trabajo	30
ANEXOS		
1	Identificación y análisis de los principales servicios de investigación, información, asistencia técnica y capacitación que presta la institución: 2014 – 2018	39
2	Inventario de los principales procesos clave del sistema de investigación, y procesos de soporte del sistema administrativo	41
3	Modelo de Diagrama de Bloques y diagrama de Flujo de Procesos Clave y Procesos de Soporte	42
4	Modelo de Procesos Clave: Sistema de Investigación	44
5	Modelo de Proceso de Soporte del Sistema Administrativo	46
6	Estructura del Formulario de la Encuesta para realizar el Diagnostico del SCI	48
6.1	Formato de encuesta: Información sobre el comité de control interno Instituto de investigaciones de la amazonia peruana	49
6.2	FORMATO DE ENCUESTA: Estado situacional del Sistema de Control Interno (SCI) Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP)	52
7	Modelo de Encuesta para la Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles	66

I. ANTECEDENTES

El Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP), creado por Ley N° 23374 del 30 de diciembre de 1981, tiene personería jurídica de derecho público interno y autonomía económica y administrativa¹. Es un organismo público adscrito al Ministerio del Ambiente² y está calificado como un Organismo Público Técnico Especializado, mediante los Decretos Supremos N° 048-2010-PCM del 20 de abril de 2010 y N° 058-2011-PCM del 4 de julio de 2011.

Tiene como Jurisdicción³ el ámbito que corresponde geográficamente a la Cuenca Amazónica, departamentos de Loreto, Ucayali, Madre de Dios, San Martín y zonas de cejas de selva, selva alta y llano amazónico de los demás departamentos; con una extensión más del 62% del territorio nacional. En este contexto promueve la descentralización técnica – administrativa mediante la creación y funcionamiento de los órganos desconcentrados, como se muestra en la siguiente figura:



Visión 2014-2018

Las sociedades amazónicas conocen, gestionan, conservan y aprovechan sostenible y competitivamente su territorio, su diversidad biológica y sus culturas.

Misión 2014 - 2018

Generar e incorporar conocimientos, tecnologías innovadoras y el saber ancestral, al servicio de las sociedades y de los ecosistemas amazónicos.

¹ Ley N° 23374 Ley del Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana, publicado en el diario oficial "El Peruano" el 30 de diciembre de 1981.

² Decreto Legislativo N° 1013, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de creación del Ministerio del Ambiente, publicado en el diario oficial "El Peruano" el 14 de mayo de 2008

³ Ley N° 23374 Ley del Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana, Artículo 4°

Ejes Temáticos y Objetivos Estratégicos 20014-2018**EJE 1: PRODUCTIVIDAD DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN CON ESPECIES NATIVAS AMAZÓNICAS**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROGRAMA RESPONSABLE
1. Incrementar el rendimiento de la producción acuícola de especies amazónicas	AQUAREC
2. Incrementar el rendimiento en sistemas tradicionales de producción agrícola	PIBA
3. Incrementar el rendimiento en sistemas de producción agrícola comercial, forestal y agroforestal	PROBOSQUES
4. Incrementar la articulación del mercado con los productos amazónicos	PROBOSQUES

EJE 2: AUTOSOSTENIBILIDAD DE LAS SOCIEDADES AMAZÓNICAS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROGRAMA RESPONSABLE
5. Incrementar el nivel de uso sostenible del bosque por parte de los pueblos indígenas	SOCIODIVERSIDAD
6. Fortalecer las culturas de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana	SOCIODIVERSIDAD
7. Incrementar la calidad de la participación de los pueblos indígenas en las decisiones de desarrollo	SOCIODIVERSIDAD

EJE 3: APROVECHAMIENTO SOSTENIBLE DE LOS ECOSISTEMAS EN LA CUENCA AMAZÓNICA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROGRAMA RESPONSABLE
8. Mejorar el uso sostenible y la conservación de la diversidad hidrobiológica	AQUAREC
9. Mejorar la gestión de cuencas hidrográficas priorizadas en la Amazonía	AQUAREC
10. Mejorar el uso y conservación de la flora y fauna amazónica	PIBA
11. Incrementar la aplicación de prácticas adaptativas al cambio climático por parte de pobladores amazónicos asentados en zonas inundables	PROTERRA
12. Incrementar la mitigación del cambio climático en actividades vinculadas al uso del suelo y del bosque	PROBOSQUES
13. Incrementar la sostenibilidad de los bosques naturales	PROBOSQUES

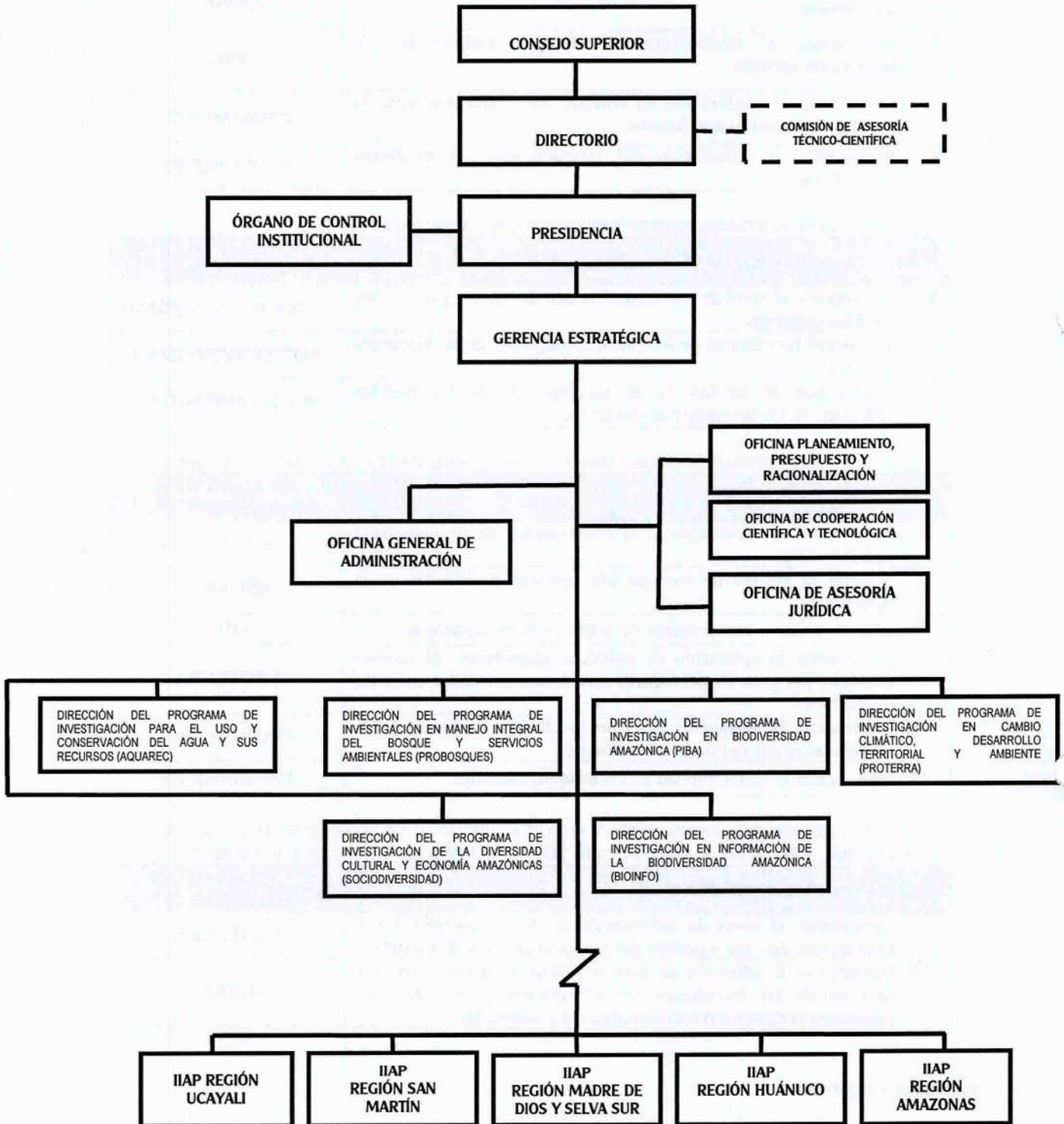
EJE 4: ACCESO A LA INFORMACIÓN Y AL CONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA, SOCIAL, CULTURAL Y ECONÓMICA AMAZÓNICA DE LOS EMPRENDEDORES SOCIALES Y ACADÉMICOS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	PROGRAMA RESPONSABLE
14. Incrementar el nivel de información de las potencialidades y limitaciones del uso y gestión del territorio en zonas priorizadas	PROTERRA
15. Incrementar la adopción de buenas prácticas en uso, acceso e impacto de las tecnologías de información y comunicación orientadas al desarrollo socio-productiva y ambiental	BIOINFO

Estructura Orgánica

La estructura orgánica del IIAP tiene las características de ser matricial y horizontal, adecuada para cumplir con la finalidad y funciones establecidas en la Ley N° 23374, los objetivos y metas programadas en su Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018 y en el Plan Operativo Institucional (POI), así como realizar la rendición de cuentas a la Sociedad Civil y a los órganos competentes.

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA AMAZONÍA PERUANA



Origen

En el 2006 la Contraloría General de la República, promulgó la Ley N° 28716⁴ - Ley de Control Interno de las entidades del Estado, mediante la cual se estableció 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 operativos con acciones y actividades de **control interno previo, simultáneo y posterior**, contra los actos, las prácticas indebidas o de corrupción, proponiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales (Artículo 1°). El Sistema de Control Interno (SCI) es de carácter obligatorio implementarse en todas las entidades del Estado en procesos, actividades, procedimientos o actos administrativos y técnicos.

En concordancia con lo establecido en el artículo 10° de la citada Ley, la Contraloría General de la República promulgó la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG⁵ que aprueba las Normas de Control Interno que son de aplicación obligatoria a las entidades del Estado, en los componentes: I. Ambiente de Control; II. Evaluación de Riesgos, III. Actividades de Control Gerencial, IV. Información y Comunicación, V. Prevención y Monitoreo, VI. Seguimiento de Resultados, y, VII. Compromiso de Mejoramiento. Para implementar estas normas, en octubre del 2008 promulgó la Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprobó la “Guía para la implementación del Sistema de Control de las entidades del Estado, como documento orientador para la gestión pública y el control gubernamental.

En el 2009, mediante una Consultoría Externa, realizó un diagnóstico *cuantitativo* y preliminar del sistema de control interno en las áreas administrativas y de investigación⁶, el mismo que concluye recomendando formular el Plan de Trabajo para la implementación del sistema de control interno, siguiendo la “Guía de implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado⁷, sin embargo, ésta actividad no se ha realizado con rigor estadístico.

El Comité Especial de Control Interno del IIAP, en su VIII sesión ordinaria realizada el 8 de noviembre del 2012, encargó a la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Racionalización, el fortalecimiento de capacidades y elaboración de una propuesta de Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP, en forma progresiva.

El objetivo del presente informe es presentar el estado situacional del Sistema de Control Interno en el IIAP, en los cinco componentes que establecen las Normas de Control Interno, tendiente a elaborar el Plan de Trabajo para implementar el control interno con un enfoque en procesos, aplicando estrategias de mejora continua.

En este contexto, en el mes de diciembre de 2013, se inició el proceso de actualización del Diagnóstico del Sistema de Control Interno, aplicando la técnica de la **Encuesta -pre test -** a 27 directivos de todas las dependencias del Instituto, mediante el instrumento del **cuestionario** sobre los componentes:

- i) Ambiente de control,
- ii) Evaluación de riesgos,
- iii) Actividades de control gerencial,
- iv) Información y comunicación; y
- v) Supervisión.

Alcance

El sistema de control interno en todas sus fases, alcanza a todos los niveles organizacionales de la estructura orgánica del IIAP, en el ámbito de su jurisdicción.

⁴ Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 18 de abril de 2006

⁵ Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 03 de noviembre de 2006

⁶ Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del IIAP, elaborado por J&E Consultores S.A (Carta N° 018-2009-J&E de fecha 18 de mayo de 2009.

⁷ Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG 30 de octubre del 2008.

II. BASE LEGAL

- Ley N° 27816 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, publicado en el diario oficial “El Peruano” el 18 de abril del 2006°
- Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG⁸ que aprueba las Normas de Control Interno que son de aplicación obligatoria a las entidades del Estado
- Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG 30 de octubre del 2008 Aprueba la guía para la implementación del sistema de control interno de las entidades del Estado.
- Decreto de Urgencia N° 067-2009 del 26 de junio 2009
- D.S. N° 004-2013-PCM-Apruban la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
- Ley N° 29743 que modifico el cuarto párrafo del artículo 10 de la Ley N° 28716, indicando que la competencia normativa de la Contraloría General de la República, toma en cuenta la naturaleza de las funciones de las entidades, proyectos de inversión, actividad y programas sociales que estas administran. Asimismo, se derogó los artículos 2° relacionado con la adecuación normativa, y 3° relacionada con las normas complementarias del Decreto de Urgencia 067-2009⁹.

III. COMPROMISOS, CONSTITUCIÓN DE COMITÉ DE CONTROL INTERNO

3.1 Compromiso de la Alta Dirección

Acta de Compromiso para la implementación del control interno N° 001-2009-IIAP de fecha 17 de marzo de 2009, suscrita por el Titular y 15 funcionarios del 1er, 2do y 3er nivel organizacional.

3.2 Constitución del Comité

Designación del Comité Especial de Control Interno del IIAP, en fecha 12 de enero de 2010

3.3 Actividades previas desarrolladas por el Comité Especial de Control Interno

- Acta I: 25-02-2010: Encargan al programa BIOINFO implementar un Link en el Portal del IIAP bajo el nombre “Sistema de Control SCI-IIAP” y amplían los miembros del SCI a las Gerencias Regionales.
- Acta II. 12-08-2010: Designan al CPC. ANGEL ROMELIO VÁSQUEZ CLAVO, coordinador Técnico – Administrativo del Comité Especial de SCI (...) y encargan identificar a un profesional especialista en procesos para que realice el diagnóstico del SCI en el IIAP.
- Acta III. 21-12-2010 EL Comité toma conocimiento del Informe del diagnóstico del SCI presentado por la empresa J&E CONSULTORES S.A y hace algunas observaciones y recomendaciones, para mejorar el documento.
- Acta IV. 25-01-2011 Aprueban en 2do Informe del diagnóstico de control interno del IIAP, hacen recomendaciones al 2do informe
- Acta V. 14-02-2011 Dan conformidad al 2do Informe del Diagnostico presentado por la Empresa J&E CONSULTORES S.A, y encargan a la OPPyR presente una propuesta para la realización del Seminario - Taller “Tablero de Comando o BSC”.
- Acta VI. 23-11-2011.- Informar respuesta al Órgano de Control Institucional – OCI-. Sobre los avances realizados en el SCI-IIAP.- Solicitan al CPC Angel Vásquez presentar los TdeR para implementar el SCI en el IIAP
- Acta VII. 23-04-2012.- Reitera al CPC. Angel Vásquez, presente los TdeR para

⁸ Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 03 de noviembre de 2006

⁹ <http://portal.osce.gob.pe/osce/content/implementacion-del-sistema-de-control-interno>

Implementar el SCI en el IIAP.

- Acta VIII. 08-11-2012.- Encargan a la OPPyR incluir en el plan operativo institucional para el 2013 una actividad o un hito relacionado con el fortalecimiento de capacidades y elaboración de una propuesta del Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP.
- Acta IX. 06-05-2013.- Solicitan a la Oficina General de Administración informe sobre el estado situacional del proceso de convocatoria para la contratación de un especialista en inversión pública y racionalización.
- Acta X. 04-12-2013.- Exposición sobre el inicio del diagnóstico orientado a formular el plan de trabajo del SCI en el IIAP, realización de la Encuesta de 141 preguntas a los Directivos del IIAP.
- Acta XI. 04-06-2014.- Informe del Secretario Técnico sobre los avances en el informe general de diagnóstico y propuesta de Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP con enfoque en procesos.

IV. FASE I: PLANIFICACIÓN

4.1 Sensibilización en el Sistema de Control Interno

- “Charla de Sensibilización en Control Interno” a todos los miembros del SCI – IIAP, a cargo del Consultor Ing. Jesús Ramos Valdivia, diciembre 2010.
- Charla sobre sistema de control interno, a directivos del IIAP, a cargo del Jefe de la Oficina de control institucional, año 2011.
- Taller: “Implementación del Sistema de control Interno”: Diagnóstico, a cargo del Jefe de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Racionalización, a directivos y miembros del SCI, diciembre 2013.

En estos talleres se hizo énfasis en el concepto de Sistema de Control Interno establecido en el Ley N° 27816 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, teniendo en cuenta lo establecido en su Art.3°.- “Se denomina sistema de control interno al conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos, métodos, **incluyendo la actitud de las autoridades y el personal**, organizada e instituida en cada entidad del Estado, para consecución de objetivos indicados en el artículo 4° de la Ley de Control Interno de las entidades del Estado, siendo estos los siguientes:

- a) Promover y optimizar la eficiencia, eficacia, transparencia y económica 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, en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudieran 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;
- 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 objetivo encargado y aceptado”.

4.2 Fortalezas y Debilidades

En el diagnóstico se hace un análisis de las **Fortalezas** y **Debilidades** que presenta la estructura del control interno en el instituto, para proponer mejoras a ejecutarse en el plan de trabajo.

4.3 Metodología:

La metodología aplicada para la formulación del diagnostico tiene el enfoque que establece la Guía, como *top down* es decir, descendente, **inductivo de lo general a lo particular**, que se puede identificar por etapas:

- **Primera etapa.- Comprende:**
 - Identificación y análisis de los principales servicios que presta la institución (Anexo 1)
 - Levantamiento de un inventario de los principales procesos clave del sistema de investigación, y procesos de soporte del sistema administrativo (Anexo 2)
- **Segunda etapa.- El Diagnóstico, comprende:**
 - Formulación de la Encuesta: Formulario con 141 preguntas de los 5 componentes del SCI.
 - Revisión de la Encuesta **Anexo 6, Anexo 6.1 y Anexo 6.2.**
 - Convocatoria oficial a todos los directivos de la Sede Central del IIAP.
 - Taller de sensibilización sobre el SCI – Etapa Diagnóstico.
 - Aplicación de la Encuesta en un Taller de Trabajo, con la participación del Órgano de Control Institucional, en su condición de veedor.
 - Remisión del Formato de encuesta a los Gerentes Regionales, recepción de las respuestas.
 - Tabulación de los resultado de la Encuesta en el software Estadístico SPSS versión 19
 - Informe del análisis y evaluación de los resultados
 - Elaboración del informe del diagnóstico y propuesta de plan de trabajo.

4.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos

Se ha utilizado la técnica de la Encuesta y Observación, y como instrumento el cuestionario. La Encuesta se aplicó al personal directivo, como se muestra en el siguiente cuadro:

1er Nivel Organizacional	Gerente General	:	1
2do Nivel Organizacional	Director del Programa BIOINFO, SOCIODIVERSIDAD, PROTERRA, OCCyT, Gerente Regionales IIAP Amazonas, San Martín, Huánuco, Ucayali, Madre de Dios.	:	9
3er Nivel Organizacional	Jefe Unidad Formuladora, Jefe Unidad de Presupuesto, Jefe Unidad de Racionalización, jefe Unidad de Patrimonio, Jefe Unidad de Tesorería, Jefe Unidad de Personal, Jefe Unidad de Contabilidad, investigadores y profesionales	:	14
Total		:	27

Tabulación.- La tabulación de los datos se ha realizado en software estadístico SPSS Versión 19

Cronograma:

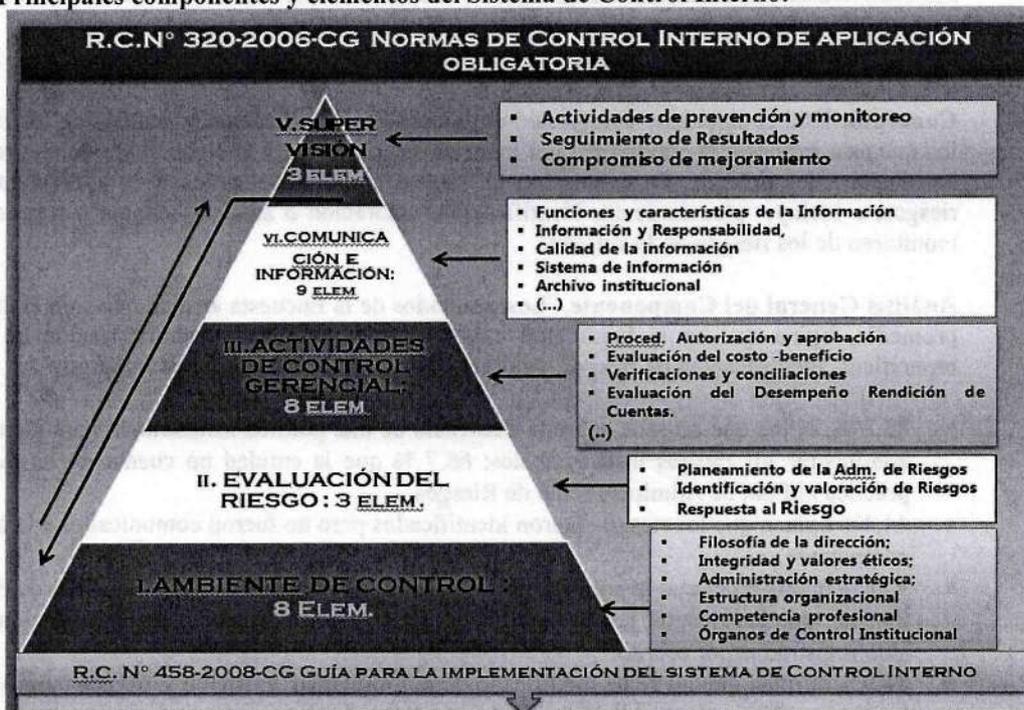
TIEMPO ETAPAS	2013		2014							
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Recopilación de información secundaria	X									
Diseño del formato de encuesta	X									
Taller de sensibilización SCI		X								
Realización de encuestas		X								
Análisis de resultados			X	X						
Mapeo de procesos (*)					X					
Informe del diagnóstico					X	X	X			
Aprobación de diagnóstico y plan de trabajo								X		
Aprobación por el Directorio								X		
Puesta en marcha del PdeT									X	→

(*) **NOTA:** El avance de esta mapeo de procesos ha sido expuesto ante el Comité de Operaciones del IIAP el 9 abril 2014, y remitido a SERVIR para su revisión y análisis.

4.5 Diagnóstico de la estructura de control interno en el IIAP



Principales componentes y elementos del Sistema de Control Interno:



4.5.1 Del Componente I: Ambiente de Control

Este componente define el establecimiento de un entorno organizacional favorable al ejercicio de buenas prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas, para sensibilizar a los miembros de la entidad y generar una cultura de control interno.

Resumen General del Componente: Los resultados de la Encuesta arrojan que el 59.2% opina que en la Institución se da un entorno favorable en la generación de una cultura de control, conductas y reglas apropiadas. Sin embargo 24.1 % en promedio, opina que:

- la Alta Dirección no reconoce ni promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales;
- que los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres no saben si están o no dentro de los niveles esperados;
- que todas las personas que laboran en la entidad no ocupan una plaza prevista en el PAP un cargo incluido en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP);
- que la escala remunerativa no está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.
- que los documentos normativos no saben o no son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados.
- que los órganos de control no evalúan los controles de los procesos vigentes ni identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo.

Nº	Promedio Elementos	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
1.1	Filosofía de la Dirección	17.3	64.2	6.7	24.7	3.0	11.1
1.2	Integridad y valores éticos	14.7	54.4	6.3	23.4	6.0	22.2
1.3	Administración de estrategia	17.3	64.2	6.7	24.7	3.0	11.1
1.4	Estructura Organizacional	14.7	54.4	6.3	23.4	6.0	22.2
1.5	Administración de los recursos Humanos	17.3	64.2	6.7	24.7	3.0	11.1
1.6	Competencia Profesional	14.7	54.4	6.3	23.4	6.0	22.2
1.7	Asignación de autoridad y Responsabilidad	17.3	64.2	6.7	24.7	3.0	11.1
1.8	Órgano de Control Institucional	14.7	54.4	6.3	23.4	6.0	22.2
	Promedio	16.0	59.2	6.5	24.1	4.5	16.7

4.5.2 Del Componente II: Evaluación de Riesgos

Concepto.- Este componente comprende el proceso de identificación y análisis de los riesgos a los que está expuesta la entidad para el logro de sus objetivos y la elaboración de una respuesta apropiada a los mismos. La evaluación de riesgos es parte del proceso de administración de riesgos, e incluye: planeamiento, identificación, valoración o análisis, manejo o respuesta y el monitoreo de los riesgos de la entidad.

Análisis General del Componente.- Los resultados de la Encuesta arrojan que solo el 25.8% en promedio, opina que en la Institución existe planeamiento de la administración de riesgos específicos, identificación de riesgos, valoración y respuesta al riesgo. Sin embargo:

- 85,2 %, opina que no sabe sobre la existencia de una política institucional para identificar y administrar los riesgos institucionales; 66,7 % que la entidad no cuenta no ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos.
- 44,4% opinan que los riesgos fueron identificados pero no fueron comunicados a la instancia competente.
- 92,6% manifiestan que la entidad no cuenta con una metodología de valoración de riesgos y 81.5%, que los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación no han sido registrados por escrito.
- 51,9% afirman que no se ha modificado la normatividad existente y 29,6% manifiesta que los riesgos de importancia alta han sido atendidos de manera muy baja.

NºP	Promedio Elementos	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
2.1	Planeamiento de la Administración de riesgos	7.8	28.7	13.6	50.4	5.6	20.9

2.2	Identificación de Riesgos	5.2	19.4	18.6	68.6	3.2	12.0
2.3	Valoración de Riesgos	7.1	26.5	13.0	48.1	6.9	25.4
2.4	Respuesta de Riesgo	7.8	28.7	13.6	50.4	5.6	20.9
	Promedio	7.0	25.8	14.7	54.4	5.3	19.8

Fuente: Encuesta

4.5.3 Del Componente III: Actividades de Control Gerencial

Concepto.- Este componente comprende políticas y procedimientos establecidos para asegurar que se están llevando a cabo las acciones necesarias en la administración de los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad, contribuyendo a asegurar el cumplimiento de estos.

Análisis General del Componente.- En lo referente a las actividades de control gerencial, 79.7% opinan favorablemente por que la Institución se realiza acciones de autorización y control, análisis de costo beneficio, verificaciones y conciliaciones, rendición de cuentas, revisión de procesos actividades y tareas, entre otros elementos propios de las funciones gerenciales. Sin embargo, en menor porcentaje opinan lo contrario, como:

- 22,2% afirma que los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas no están claramente definidos en manuales o directivas y no son realizados para todos los procesos y actividades.
- 44,4% precisa que en las áreas de personal no existe una segregación definida de funciones en su personal. Así mismo 63,0 % dice que no se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude
- 59,3% no comparte la idea de la tercerización de alquiler de locales en vez de adquirir un local. 33.3% de que no se toma en cuenta que el costo de establecer un control que no supere el beneficio que se puede obtener, ni se evalúa en forma general que los servicios recibidos, para contrastar que su beneficio es mayor que el costo invertido.
- 33,3 % dice que no se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y no se han establecido medidas de seguridad para los mismos. 25,9 % que no se han establecido políticas ni procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos.
- 25,9 % dice las unidades orgánicas periódicamente no llevan a cabo verificaciones sobre ejecución de los procesos, actividades y tarea.
- 40,7% dice que con muy poca frecuencia los resultados de las evaluaciones de desempeño institucional se emplean para implementar medidas correctivas para la mejora continua.
- 40,7% dice que con alta frecuencia el personal informa de sus acciones por vía escrita a su jefe inmediato.
- 18.5% dice que los procesos, actividades y tareas de la entidad no sabe o no se encuentran definidos, establecidos y documentados al igual que sus modificaciones.
- 18,5% dice que no se implementan las propuestas de mejora y en caso de detectarse deficiencias no se efectúan las correcciones necesarias.
- 29,6 % dice que la entidad no cuenta con un Plan Operativo Informático. 33,3 % que no es restringido el acceso a la sala de cómputo o informática, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup), 22,2% que no se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente.
- 19,1% tiene opinión desfavorable en la segregación de Funciones, 16,7% También tiene opinión desfavorable en los controles sobre el acceso a los recursos o archivos y 16,7% en la referente a la evaluación de costo beneficio.

N°	Promedio Elementos	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
3.1	Procedimiento de Autorización y Control	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7
3.2	Segregación de Funciones	14.3	52.8	5.2	19.1	7.6	28.1
3.3	Evaluación de Costo Beneficio	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7
3.4	Controles sobre el acceso a los recursos o Archivos	14.3	52.8	5.2	19.1	7.6	28.1
3.5	Verificaciones y Conciliaciones	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7
3.6	Evaluación de desempeño	14.3	52.8	5.2	19.1	7.6	28.1
3.7	Rendición de Cuentas	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7
3.8	Documentos de procesos, actividades y tareas	14.3	52.8	5.2	19.1	7.6	28.1
3.9	Revisión de procesos, actividades y tareas	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7
3.10	Controles para las Tecnologías de Información y Comunicaciones	14.3	52.8	5.2	19.1	7.6	28.1
	Promedio	21.5	79.7	4.5	16.7	1.0	3.7

Fuente: Encuestas

4.5.4 Componente IV: Información y comunicación:

Concepto.- Este componente comprende los métodos, procesos, canales, medios y acciones que, con enfoque sistémico y regular, aseguren el flujo de información en todas las direcciones con calidad y oportunidad. Esto permite cumplir con las responsabilidades individuales y grupales.

Análisis General del Componente.- En el análisis de los resultados se concluye que en promedio el 57.0% opina porque en la institución tiene algunas fortalezas, como el seguimiento a los resultados, compromiso de mejoramiento, entre otros elementos. Sin embargo, a nivel de cada elemento, se observa algunas debilidades, como:

- 59,3% afirma que el sistema de información no sabe o que no se produce documentos que contienen información confiable, oportuna y relevante, 55,5 % manifiesta también que la información operacional, financiera y relacionada al cumplimiento no sabe o que no es oportuna y confiable y 29,6% que no sabe o que el sistema de información muchas veces no produce documentos que contienen información confiable, oportuna y relevante.
- 33,3% afirma que los titulares y funcionarios no identifican las necesidades de información de todos los procesos y no han implementado las áreas respectivas, 24,1 % en promedio manifiesta que no sabe sobre lo mencionado anteriormente.
- 29,6 % afirma que no sabe o que no se ha diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y 13,0% que en promedio que no sabe de los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información.
- 66,7 % afirma a su vez que periódicamente no se ha solicitado a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos a inquietudes para priorizar las mejoras.
- 51,9 % afirma que poca frecuencia se les solicita a los usuarios su opinión sobre el sistema de información a través del registro de sus reclamos e inquietudes.
- 44,4 % afirma que los ambientes utilizados por el archivo institucional no cuentan con una ubicación y acondicionamiento apropiado y 33,3% que la administración de los documentos e información no se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónicos, magnéticos y físicos).
- 37,0 % afirma que la entidad no ha elaborado ni difundido documentos que orienten la comunicación interna.
- 25,9 % afirma que el portal de transparencia de la entidad no se encuentra adecuadamente actualizado, y 18,5% afirma que estos canales de comunicación no permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna.

N°	Promedio Elementos	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
4.1	Funciones y Características de la Información	13.8	51.2	7.4	27.4	5.8	21.5
4.2	Información y responsabilidad	11.5	42.7	9.0	33.3	6.5	24.1
4.3	Calidad y suficiencia de la Información	21.5	79.7	2.0	7.4	3.5	13.0
4.4	Sistema de Información	13.0	48.2	12.0	44.5	2.0	7.4
4.5	Flexibilidad al cambio	10.5	38.9	10.0	37.1	6.5	24.1
4.6	Archivo Institucional	15.8	58.4	8.5	31.5	2.8	10.2
4.7	Comunicación Interna	14.7	54.4	9.0	33.3	3.3	12.3
4.8	Comunicación Externa	20.7	76.6	3.3	12.3	3.0	11.1
4.9	Canales de Comunicación	17.0	63.0	4.7	17.3	5.3	19.7
	Promedio	15.4	57.0	7.3	27.1	4.3	15.9

Fuente: Tablas 4.1 a la Tabla 4.9

4.5.5 Componente V: Supervisión

Concepto.- El sistema de control interno debe ser objeto de supervisión para valorar la eficacia y calidad de su funcionamiento en el tiempo y permitir su retroalimentación. Para ello la supervisión, identificada también como seguimiento, comprende un conjunto de actividades de autocontrol incorporadas a los procesos y operaciones de la entidad, con fines de mejora y evaluación. Dichas actividades se llevan a cabo mediante la prevención y monitoreo, el seguimiento de resultados y los compromisos de mejoramiento.

Análisis General del Componente.-En lo referente a la Supervisión, tiene escasa fortalezas, es así que el 45.0% manifiesta que en la institución se hace seguimiento a los resultados, 46.6% existe el compromiso de mejoramiento. Sin embargo, el 55.0% contestan NO están de acuerdo o simplemente no saben. Entre ellas, tenemos:

- 40,7 %, opinan que nunca se realiza el seguimiento a la implementación de mejoras propuestas por la instancia pertinente. 22,2 % opina que las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo no se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección; 48,1 % que no sabe que las deficiencias detectadas fueron comunicadas por escrito a los responsables. Así mismo 55,6 % que el seguimiento a la implementación de mejoras propuestas por la instancia pertinente se realiza con cierta regularidad y 22,2 % que las deficiencias detectadas fueron comunicadas por escrito con cierta regularidad a los responsables
- 48,1 % opina que las autoevaluaciones no se hacen de conocimiento del Jefe de Planeamiento Institucional, 56,5 % que no sabe o no se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas; 37% que no se promueve la optimización en la utilización de los recursos.

N°	Promedio Elementos	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
5.1	Actividades de prevención y monitoreo	9.7	35.8	15.0	55.6	2.3	8.6
5.2	Seguimiento de resultados	14.2	52.5	5.8	21.6	7.0	25.9
5.3	Compromiso de mejoramiento	12.6	46.6	8.6	31.7	5.9	21.7
	Promedio	12.2	45.0	9.7	36.3	5.1	18.7

Fuente: Tablas 51 a la Tabla 5,3

4.6 Diagnóstico de la Gestión por Procesos

Con la promulgación del D.S.N° 004-2013-PCM que aprueban la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública¹⁰ se establece como uno de los componentes que contribuyen a lograr una gestión pública orientada a resultados es la Gestión por Procesos. Una

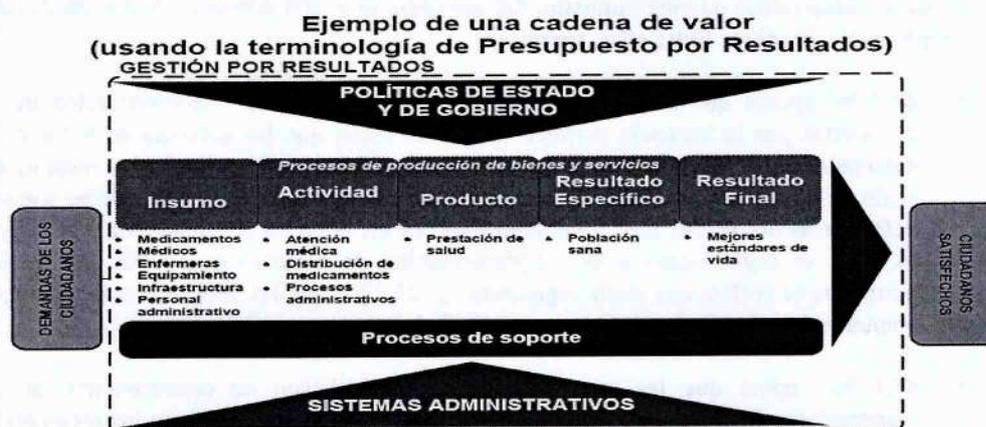
¹⁰ DS N° 004-2013-PCM publicado en el diario oficial "El Peruano" el 9 enero 2013

gestión al servicio del ciudadano necesariamente deberá cambiar el tradicional modelo de organización funcional y migrar hacia una organización por procesos contenidos en las “cadenas de valor” de cada entidad, que aseguren que los bienes y servicios públicos de su responsabilidad generen resultados e impactos positivos para el ciudadano, dados los recursos disponibles.

También establece que uno de los pilares fundamentales para la gestión del cambio a la gestión por procesos, es la **simplificación administrativa** y la **organización institucional por procesos**, para que brinden a los ciudadanos servicios de manera más eficiente y eficaz, y se logren resultados que los beneficien. Para ello deberán priorizar aquellos procesos que sean más relevantes, de acuerdo su demanda ciudadana.

En este dispositivo se establecen dos tipos de procesos: 1) **Proceso “clave”** de la cadena de valor o procesos de producción de bienes o servicios; y, 2) **Proceso “de soporte”**, son los que sirven de manera transversal a todas las actividades, tales como la administración central, la gestión financiera, del personal, la infraestructura, el equipamiento y la logística, que en el sector público están regulados por los sistemas administrativos nacionales. En ambos casos, los procesos deben ser optimizados.

Los procesos son definidos como una secuencia de actividades que transforman una entrada o insumo (una solicitud de bien o un servicio) en una salida (la entrega del bien o el servicio) añadiéndole un valor en cada etapa de la cadena (mejores condiciones de calidad, precio, rapidez, facilidad, comodidad, entre otros), como se gráfica en la siguiente figura:



Por otro lado, también Ley N° 28716 – Ley del sistema de control interno de las entidades del Estado (18-04-2006) establece en su Artículo 4° que las entidades del Estado implantan obligatoriamente sistemas de control interno en sus **procesos**, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientados su ejecución al cumplimiento de los objetivos.

Concordante con esta normatividad y lo relacionado con la Ley N° 30057 – Ley del Servicio Civil, PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA Disposición complementaria Transitoria, sobre identificación y mapeo de procesos, se ha establecido bajo la técnica de Observación, que la institución, aún se encuentra identificado sus procesos clave y de soporte.

Entre los procesos clave que tendrá que identificar son los relacionados a los principales servicios que presta la institución en la producción de bienes y servicios que son transferidos a los beneficiarios.

Con la finalidad de complementar el análisis de este componente, se ha realizado el levantamiento de información sobre los principales servicios de investigación, información y asistencia técnica y capacitación, que presta la institución al ciudadano, y poder establecer los

principales **procesos clave**, que nos indica la política de nacional de modernización del Estado, conforme se detalla en al **Anexo 1**.

Con relación a los **Procesos de soporte**, también aún se encuentra en etapa de identificación, diseño y formulación de los procesos, principalmente sobre por los sistemas administrativos nacionales, como:

1. Proceso de planeamiento estratégico
2. Proceso de planeamiento operativo
3. Proceso presupuestario
4. Proceso de inversión pública
5. Proceso de recursos humanos
6. Proceso de abastecimiento y logística
7. Proceso de tesorería
8. Proceso de contabilidad pública
9. Proceso de bienes patrimoniales
10. Proceso de cooperación técnica
11. Proceso de tecnología, información y comunicación.

En el trabajo de campo de los procesos se utilizará el técnica de la simbología para diagrama de procesos: **Diagrama de Bloques¹¹**, y **Diagrama de Flujo**, entendido como una forma de representación gráfica de un procedimiento que permite la visualización y/o análisis, principalmente de los elementos siguientes: Documento, acciones, recorrido y puestos de trabajo, como se detalla en el **Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5**.

V. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL IIAP.

El objetivo de este punto es verificar en qué medida el IIAP, dentro de su accionar, viene implementando o cumpliendo de las normas de control interno en el IIAP, en los cinco componentes, que se detalla en el siguiente cuadro:

5.1 En el Componente I: Ambiente de Control

5.1.1 Elemento 1.1 Filosofía de dirección

La Alta Dirección muestra constantemente interés por apoyar la implementación del SCI del IIAP, mediante reuniones de sensibilización, socialización, charlas, talleres, contratación de consultorías, entre otros.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Manual de Políticas de Gestión Institucional (MAPOGI)	Acuerdo de Directorio N° 6690/558-2011-IIAP-D, y, actualizado mediante Acuerdo de Directorio N° 9009/585-2013-IIAP-D del 17-12-2013	Actualizado y vigente, acorde con al PEI 2014-2018 y el ROF.
Sesiones de Comité de Planificación, Comité de Operaciones	ROF, Art. 79 y 80;	Comité de Planificación (2 veces al año); Comité de Operaciones (en forma permanente)
Sesiones de Directorio	ROF, Art. 21° y 22°	Sesiones mensuales, continuas
Reuniones con Presidencia	ROF, Art. 28	Semanalmente, previa convocatoria.

¹¹ MARIO. VERA, abril 2012, Documentos de Gestión, Pacifico Editores, pág. 526.

5.1.2 Elemento 1.2: Integridad y valores éticos

El IIAP cuenta con un Código de Ética debidamente aprobado por el Directorio, difundido a los trabajadores y publicado en el portal del IIAP, así como la Ley del Código de Ética, también el Órgano de Control Institucional (OCI) aplica sanciones que se haya cometido contra el codicio de ética; y se promueve charlas, folletos, difusión por la Intranet a todos los trabajadores del IIAP; sin embargo, existe algunas debilidades que superar.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Directiva N° 007-2013-IIAP-GE Código de ética y principios de conducta en el IIAP	Sesión de Directorio N° 583 del 24.10-2013	Actualizado y vigente
Directiva N° 002-2012-IIAP-GG Normas para la preparación y presentación de la información para la transparencia del gestión del Directorio entrante - saliente	Resolución Gerencial N° 001-2012-IIAP-GE del 02 de abril de 2012	Actualizada y vigente

5.1.3 Elemento 1.3: Administración estratégica:

Este elemento es más completo que los demás. Se cuenta con un plan estratégico institucional 2014-2018 aprobado y difundido, con una visión, misión institucional y sus ejes temáticos y objetivos estratégicos; indicadores y metas estratégicas. Así como, cuenta con planes operativos anuales debidamente aprobados por el Consejo Superior, y actualizados por el Directorio. De igual manera, todas las dependencias del IIAP realizan la evaluación del POA en forma periódica que es aprobado por el Directorio, enmienda desviaciones o errores encontrados.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018	Acuerdo de Consejo Superior N° 269/042-2013-IIAP-CS del 21-05-2013	Actualizado, y vigente, acorde con el PESEM del Sector Ambiental
Plan Operativo Institucional (POI)	Acuerdo de Consejo Superior N° 271/043.2013-IIAP-CS del 23-12-2013	Actualizado, y vigente, acorde con el PEI 2014-2018 del IIAP
Evaluación del Plan Operativo Institucional	Acuerdos de Directorio del año 2013 y 1er trimestre de 2014	Los lineamientos son actualizados.
Presupuesto Institucional de Apertura (PIA); y. Presupuesto Institucional de Apertura (PIA)-Reestructurado	Resolución Presidencial N° 057-2013-IIAP-P del 23-12-2013; y Resolución Presidencial N° 002-2014-IIAP-P del 14.01.2014	PIA rebajado por disposición de la R.D. N° 002-2013-EF/63.01
Directiva N°003-2013-IIAP-GE- Lineamientos técnicos para la programación y formulación del proyecto de presupuesto para el año fiscal 2014, con una perspectiva de programación multianual	Resolución Gerencial N° 021-2013-IIAP-GG del 10.05.2013	Actualizada y en vigencia
Directiva N° 001-2014-IIAP-GE Lineamientos técnicos para la Programación y Formulación del proyecto de Presupuesto para el año fiscal 2015 con una	Resolución Gerencial N° 016-2014-IIAP-GE	Actualizada y Vigente

perspectiva de Programación Multianual,		
---	--	--

5.1.4 Elemento 1.4.- Estructura organizacional

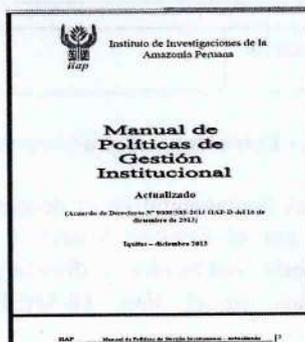
También este elemento es fundamental en el desarrollo del IIAP al contar con un ROF actualizado y aprobado por el Consejo Superior; y un MOF y CAP actualizados y aprobados por el Directorio, publicados y distribuidos a las dependencias respectivas, también están publicados en el link TRANSPARENCIA del portal del IIAP: www.iiap.org.pe,

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	Acuerdo de Consejo Superior N° 247/036-2010-IIAP-CS del 26-05-2010; y Actualizado mediante Acuerdo N° 272/043-2013-IIAP-CS del 17-12-2013	Actualizado, y vigente, acorde con el PEI 2014-2018 del IIAP
Manual de Organización y Funciones (MOF)	Acuerdo de Directorio N° 8114/586-2014-IIAP-D del 17-01-2014	Actualizado, y vigente, acorde con el ROF y el CAP
Cuadro para Asignación de Personal CAP – Reordenamiento de cargos	Resolución Presidencial N° 011-2012-IIAP-P del 15-02-2012, publicado en el diario oficial “El Peruano” el 06-07-2012	Por actualizar en forma anual, año 2013 y 2014.
Reglamento Interno de Trabajo (RIT)	Acuerdo de Directorio N° 8110/585-2013-IIAP-D del 16-12-2013	Actualizado y vigente
Texto Único de Procedimientos Administrados (TUPA)	Resolución Presidencial 044-2008-IIAP-P- de 28.09.2007	Vigente por actualizar
Manual de Procedimientos Administrativos (MAPROS)	Resolución Gerencial N° 010-2007-IIAP-GG del 28.09.2007	Vigente por actualizar

5.1.5 Elemento 1.5 Administración de los Recursos Humanos

La institución cuenta con directivas internas sobre procedimientos para la selección e inducción de personal, sea regido por el Dec. Leg. 728 o por el Dec. Leg 1057 de CAS, asimismo cuenta con un plan de desarrollo de personas al servicio del Estado, y directivas de evaluación de personal; sin embargo, es necesario actualizarlo y compatibilizarlo con el MOF y el Manuales de Clasificación de Cargos, y las directivas de simplificación administrativa.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Plan de Desarrollo de Personas al Servicio del Estado – PDP – Año 2014	Resolución Presidencial N° 007-2014-IIAP-P del 28.01.2014	Actualizado y vigente



5.1.6 Elemento 1.6 Competencia profesional

La institución tiene un Manual de Políticas de Gestión Institucional, sobre Gestión Humana, donde se induce que el personal del IIAP, asume la propuesta de valor institucional, está comprometido institucionalmente y desarrolla su capacidad, iniciativa e ingenio, para aplicarlo en la ejecución de sus tareas encomendadas y en solución de problemas. Asimismo, el IIAP promueve entre los trabajadores y los postulantes al ingresar a trabajar, los requisitos de idoneidad, experiencia y honestidad; competitivos e innovadores en su especialidad.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Directiva sobre contratación de personas naturales por locación de servicios para los proyectos de inversión pública.	Resolución Gerencial N° 042-2013-IIAP-GG	Vigente, por actualizar
Manual de Políticas de Gestión Institucional, actualizado	Acuerdo de Directorio N° 9009/585-2013-IIAP-D del 16-12-2013	Vigente y actualizado

5.1.7 Elemento 1.7 Asignación de autoridad y responsabilidad

- Las funciones de cada trabajador sujetos al régimen laboral de la actividad privada, están claramente establecidas en el Manual de Organización y Funciones (ROF), difundidos a cada unidad orgánica, y publicado en el portal del IIAP: www.iiap.org.pe.
- Asimismo sus deberes y derechos están contemplados en el Reglamento Interno de Trabajo (RIT) aprobado por el Directorio, y comunicado al Ministerio de Trabajo.
- Los deberes y derechos de los trabajadores sujetos al régimen laboral de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) están contenidos en sus contratos respectivos donde se indica el nivel de autoridad y responsabilidad,

5.1.8 Elemento 1.8 Órgano de Control Institucional

- El OCI cuenta en su Staff con profesionales competentes, los contratos de consultorías para trabajos de auditorías o exámenes especiales se realiza por concurso público, evaluándose y seleccionándose a los profesionales más idóneas, mediante el Comité de Selección.
- El OCI evalúa constantemente el sistema de control interno del IIAP, dando observaciones y recomendaciones para mejorarlos. Los informes son vistos por el Directorio y Alta Dirección, quienes exigen la implementación de las recomendaciones.
- Las sociedades de auditoría externa, son evaluadas y seleccionadas por la Contraloría General de la República, en forma anual.

5.2 En el Componente II: Evaluación de Riesgos

En forma general, este componente es la mayor debilidad del IIAP según los resultados de la Encuesta, no obstante de haber identificado, bajo la técnica de la observación, algunos riesgos como: riesgos políticos (inestabilidad institucional), riesgos financieros (descuentos del canon petrolero de Loreto, robo por asalto de dineros asignados a proyectos, etc.), riesgos tecnológicos (pérdida de información de los proyectos de investigación, pérdida de información de la deferentes PC de los trabajadores), riesgos laborales (juicios de los trabajadores despedidos, de trabajadores de proyectos de cooperación técnica, etc.), riesgos patrimoniales (pérdida o hurto de bienes patrimoniales, animales reproductores, etc.), habiéndose tomado algunas medidas paliativas. Para superar esta debilidad se realizara talleres para identificar, diseñar y evaluar peligros y riesgos; para ello se realizará una encuesta a todos los trabajadores del IIAP (Anexo 7)

5.3 En el Componente III: Actividad de Control

5.3.1 Elemento 3.1: Procedimiento de autorización y aprobación

Las autorizaciones y aprobaciones para las actividades y tareas están programadas en el plan operativo institucional, aprobado por el Consejo Superior, o en todo caso por el Directorio, y los responsables tienen que ejecutarlos; sin embargo, la adquisiciones de bienes, servicios o bienes de capital, es necesario realizar largos trámites administrativos, y no son adecuadamente comunicados.

5.3.2 Elemento 3.4: Controles sobre el acceso a los recursos o archivos

Con relación a los archivos, la institución cuenta con un Manual de Procedimientos Administrativos (MAPROS) que incluye un manual sobre archivos y otro sobre información de la biblioteca central:

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Manual de Procedimientos Administrativos (MAPROS): SA.70.02 Organización, servicios y transferencia de los archivos corrientes (gestión) al Archivo Centra. SA. 70.03 Servicio de información bibliográfica e Internet de la biblioteca y su proyección social	Resolución Gerencial N° 010-2007-IIAP-GG del 28.09.2007	Vigente, por actualizar

5.3.3. Elemento 3.6: Evaluación del Desempeño

La institución cuenta con una directiva sobre lineamientos para la evaluación del plan operativo institucional (POI) por medio de indicadores de desempeño Eficiencia, Eficacia, Economía y Efectividad, que se realiza en forma trimestral y son aprobados por el Directorio.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Directiva sobre lineamientos para la formulación, aprobación, monitoreo y evaluación del plan operativo (POI) año 2014,	Resolución Gerencial N° 006-2013-IIAP-GE que aprueba la Directiva N° 006-2013-IIAP-GE	Directiva vigente

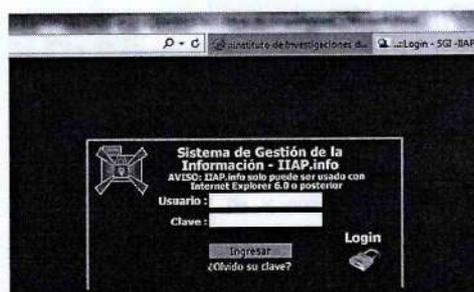
5.3.4 Elemento 3.7: Rendición de Cuentas

Asimismo la institución cuenta con normas interna sobre rendición de cuentas del Titular de la entidad, rendición de cuentas de encargos internos y de viáticos, declaraciones juradas de ingresos y bienes y rentas.

Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Directiva N° 003-2011-IIAP-GG, Normas para el otorgamiento y control de viáticos por comisión de servicio del personal del instituto de Investigaciones de la Amazonia peruana	Resolución Gerencial N° 026-2011-IIAP-GG del 06 de octubre de 2011	Actualizada y Vigente
Directiva N° 01-2014-IIAP-GE Normas para la administración y control de la Caja Chica	Resolución Administrativa N° 014-2014-IIAP-OGA del 20.01.2014	Actualizada y vigente
Instrucciones de la Unidad de Personal/OGA, sobre la presentación de Declaraciones Juradas de Ingresos y de Bienes y Rentas, en forma anual.	Ley n° 27482 y su Reglamento D.S. n° 080-2001-PCM y Resolución de Contraloría N° 386-2013-CG que aprueba la Directiva N° 012-2013-CG/CPC Disposiciones sobre el procedimiento y evaluación de las Declaraciones juradas de Ingresos y de Bienes y Rentas de autoridades, funcionarios y servidores públicos.	Normatividad vigente, las DD.JJ son presentadas por los directivos, y publicadas en el diario oficial "El Peruano".

5.3.5 Elemento 3.10: Controles para la tecnología de información y comunicación

La institución cuenta con un plan estratégico de gobierno electrónico, políticas de seguridad de información, y políticas para el uso adecuado de los recursos tecnológicos de información; así como se ha creado accesos propios (contraseñas) para cada usuario y para cada módulo de software. Asimismo se ha creado un software de seguridad de la información: IIAP.info para transferir la información actualizada e importante de cada área.



Instrumento	Norma legal de Aprobación	Estado
Plan Estratégico de Gobierno Electrónico 2011-2016	Aprobada por Resolución Presidencial N° 054-2011-IIAP-P de 10.11.2011	Vigente
Políticas de Seguridad de información en el IIAP	Aprobado por el Directorio en su sesión ordinaria N° 584 del 26.11.2013	Actualizado vigente
Políticas para la Administración del software en el IIAP	Memorando Múltiple N°054-2011-IIAP-GE	Vigente por actualizar
Políticas para el uso adecuado de los recursos tecnológicos de información	Aprobada en la sesión ordinaria del Directorio N° 535 del 21-10-2009	Vigente

Asimismo, los programas informáticos (software) cuentan con licencias y autorizaciones de uso como se muestra en el siguiente cuadro:

Nombre del software	Cantidad
ArcGIS ArcEditor concurrente 10	1
ArcGIS Server Standard Workgroup 10	1
ArcView single use 10	4
Google Earth Pro	4
IBM SPSS Statistics version 20	2
Mikrotik RouterOS 5.7	2
Windows Server Enterprise 2008 R2	7
SQL Server Standard 2008 R2 CAL	15
SQL Server Standard 2008 R2	6
Visual Studio Professional 2010	10
Windows Server Enterprise 2008 CAL	30
Windows Professional 7 Sngl Upgrade	50
Windows Starter 7 Sngl	50
Office Professional Plus 2010	44
Office Standard 2010	86
GData Antivirus Business	268

También cuenta con un soporte técnico especializado, como se indica en el siguiente cuadro:

Informática y Redes

1	Especialista en diseño y desarrollo de sistemas de informática y redes	1
2	Asistente técnico de informática, redes y seguridad de la información	1
3	Asistente técnico de soporte al despliegue del Gobierno Electrónico en el IIAP	1

Transparencia y Gobierno Abierto

1	Asistente técnico en investigación y difusión de la información institucional para toma decisiones	1
---	--	---

5.4 En el Componente IV: Información y comunicación

5.4.1 Elemento 4.4 Sistemas de información

La institución cuenta con sistemas de información en la parte presupuestaria, financiera, contable y personal mediante el Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP), interconectados con el MEF, Banco de la Nación, y otras dependencias del MEF.

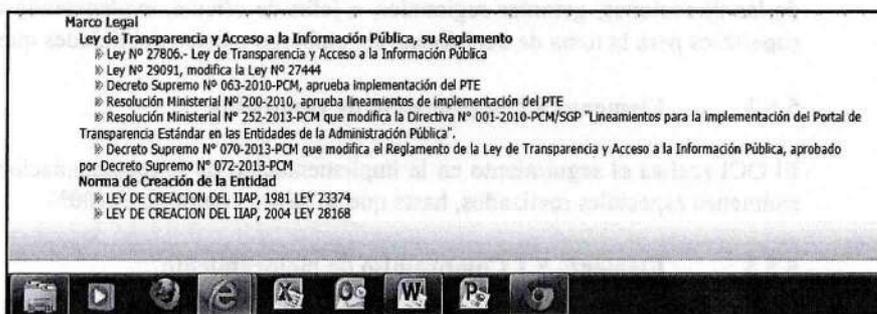
5.4.2 Elemento 4.4 Archivo Institucional

En el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) vigente, está comprendida en la estructura orgánica de la Oficina General de Administración (OGA), la Unidad de Documentación y Comunicación (UDC) que en su artículo 58° y 59° establece sus funciones en el literal a) del Artículo 59° “Planificar, organizar, dirigir, controlar, custodiar y supervisar la documentación bibliográfica, archivística y audiovisuales generadas por el Instituto en concordancia con la política de gestión institucional”.

5.4.3 Elemento 4.8 Comunicación externa

Asimismo, en forma adicional al Portal del IIAP: www.iiap.org.pe, cuenta con otros sistemas de información como SIAMAZONIA, SITURISMO, SIFORESTAL, que se viene actualizando periódicamente.

Por otro lado, también la entidad cuenta con mecanismos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de transparencia y acceso a la información pública) publicados en el portal del IIAP. Como responsable de proporcionar esta información es el Jefe de la Oficina General de Administración, designando por la Alta Dirección del IIAP.



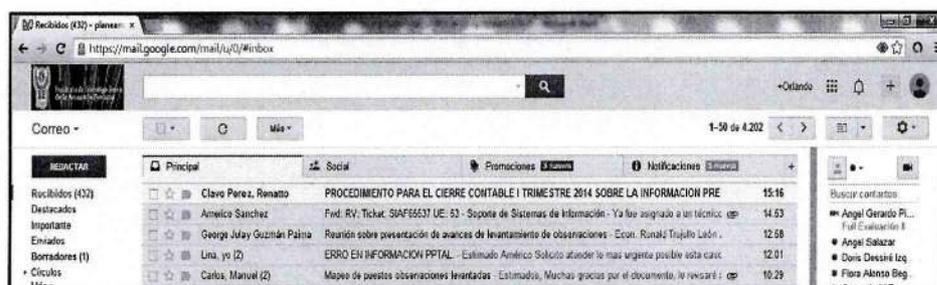
5.4.4 Elemento 4.9 Canales de comunicación

En la institución existen varios canales de comunicación que fluyen en forma ordenada, clara, y oportuna:

- Intranet, donde se publican algunas actualidades, novedades institucionales, procesos de convocatorias, noticias, eventos institucionales, entre otros notas importantes



- Sistema de comunicación telefónica, RPM asignado al 98% aprox. de personal directivo y servidores en general.
- Sistema de correos electrónicos asignados a cada trabajador del IIAP que tiene una PC, con su respectiva contraseña, y controlados por medio de una consola proporcionada por la compañía Google que brinda disco virtual y herramientas de colaboración.



5.5 En el Componente V: Supervisión

5.5.1 Elemento 5.1 Actividades de prevención y monitoreo

En la institución se realiza acciones de seguimiento y monitoreo a los proyectos de inversión pública, proyectos de investigaciones y actividades, a cargo de los responsables

de las direcciones, gerentes regionales, o jefes de oficina, evidenciando en informes a los superiores para la toma de decisiones; sin embargo existen debilidades que superar.

5.5.2 Elemento 5.2 Seguimiento de resultados

El OCI realiza el seguimiento en la implementación de la recomendaciones de auditoría o exámenes especiales realizados, hasta que se hayan cumplido el 100%.

5.5.3 Elemento 5.1 Compromiso de mejoramiento

Las observaciones de las valuaciones del plan operativo institucional (POI), son aprobadas por el Directorio, y comunicadas por la Gerencia Estratégica a los responsables para implementar las recomendaciones y mejora de la gestión, respectivas.

Las recomendaciones efectuadas por el Órgano de Control Institucional (OCI), son implementadas por las áreas correspondientes, en los plazos otorgados. Asimismo el OCI realiza el seguimiento hasta evaluar que se hayan implementado en un 100%.

CONCLUSIONES

1. El IIAP por ser una institución del Sector Público, está regido por la normatividad legal del Sector Público, en lo que es aplicable; en este contexto, ha venido, viene y seguirá regido por las normatividad legal, técnica y administrativa, etc., que a sus autoridades le han inducido a implementarlos sea mediante reglamentos, manuales, directivas, metodologías, políticas, planes, programas, entre otros; que ha permitido tener un sistema de control interno previo, simultaneo y posterior, claro con muchas debilidades, que es necesario fortalecerlo mediante la aplicación del plan de trabajo.
2. Se ha establecido que una de las grandes debilidades está en la aplicación de los procedimientos administrativos, actitud y aptitud de las personas de los sistemas administrativos y de investigación, que deben ser mejoradas con un proceso de simplificación técnica - administrativa y aplicación de políticas y estrategias claras, bajo el principio de autoridad.
3. En la evaluación del sistema de control interno (SCI), se ha establecido que la institución tiene muchas fortalezas y debilidades. Entre las **fortalezas** tenemos que el 53.3% de los profesionales directivos encuestados opinan por la existencia de un sistema de control interno favorable, con mayor énfasis en actividades de control gerencial (79.6%), información y comunicación buena (57%), y un ambiente de control favorable (59.2%); sin embargo, también tiene mucha **debilidades** en algunos componentes, como el tema de evaluación de riesgos es muy desfavorable (54.4% y un 19.8% no saben si existe o no existe un sistema de evaluación de riesgos). También es muy notorio, que personal directivo que toma decisiones tanto en el 2do como 3er nivel organizacional, no saben o no conocen sobre la existencia o no saben de muchos aspectos relacionados con el ambiente de control, evaluación de riesgos, información y comunicación, y supervisión, como se muestra en la siguiente tabla:

N°C	COMPONENTE	Si		No		No sabe	
		f _i	%	f _i	%	f _i	%
01	Ambiente de Control	16	59.2	6.5	24.1	4.5	16.7
02	Evaluación de Riesgos	7	25.8	14.7	54.4	5.3	19.8
03	Actividades de Control Gerencial	21.5	79.6	4.5	16.7	1	3.7
04	Información y Comunicación	15.4	57.0	7.3	27.1	4.3	15.9
05	Supervisión	12.2	45.0	9.7	36.3	5.1	18.7
	Promedio	14.4	53.3	8.5	31.7	4.0	15.0

Fuente: Encuesta Nov. – Dic. 2013

4. En la implementación a nivel de la entidad, se establece que el IIAP cuenta con mucha normatividad interna, reglamentos, manuales, directivas, políticas, metodologías, comunicados, acuerdos de Directorio, entre otros; sin embargo, muchos de ellos (53.3%) están desfasados legal y administrativamente, que es necesario actualizarlos.
5. La implementación del SCI a nivel de procesos, aún es insipiente por cuanto falta identificar los principales procesos clave de productos sea en bienes o servicios que presta la institución; sin embargo, el plan de trabajo debe conllevar a ello; así como, aun no se aplica ninguna gestión para implementar el Plan de Modernización de la Gestión Pública, así como el Plan de Simplificación Administrativa.
6. Las estrategias aplicadas por el entidad aún se muestran débiles, en el sistema de control interno, por cuanto una gran porcentaje (31.7%) de los directivos muestran su desconocimiento por las medidas optadas en cada uno de los elementos de los componentes del SCI, y otro gran porcentajes no saben o no opinan 15.0%;y,
7. Las debilidades más críticas en el SCI es la ausencia de una administración de riesgos, en todos los aspectos políticos, económicos, financieros, tecnológicos, pérdida de información técnica, laborales, entre otros.

RECOMENDACIONES

1. Aprobación Diagnóstico por el Comité Especial de Control Interno del IIAP, y luego someter a consideración del Titular del Pliego, para disponer la implementación de las medidas establecidas en el Plan de Trabajo.
 2. Discutir y aprobar la Propuesta de Plan de Trabajo para implementar el SCI conforme a las normas establecidas en la Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG 30 de octubre del 2008.
 3. Poner a consideración del Directorio para la aprobación del presupuesto adicional para implementar el SCI en el IIAP y en todas sus dependencias.
-

PLAN DE TRABAJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL IIAP

1. Objetivo

El plan de trabajo (PdeT) tiene como objetivo definir el curso de acción a seguir para la implementación del Sistema de Control Interno en el IIAP, teniendo como base el diagnóstico del control interno.

2. Descripción de las actividades y cronograma

a) Responsable del diseño del PdeT.

CPC. Orlando O. Armas Gutiérrez

Jefe de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Racionalización

b) Discusión y aprobación

Comité Especial de Control Interno del IIAP y el Directorio

3. Desarrollo del Plan de Trabajo:

3.1 Estructura organizativa

Nivel Organizacional	Cargos	Responsabilidades	Acciones principales
Primer Nivel	Presidente y Gerente General	Ejecución del Plan de Trabajo para la implementación del SCI en el IIAP, así como su Evaluación, conforme a las normas emitidas por la Contraloría General de la República.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seminario Taller de fortalecimiento de capacidades al Equipo de Trabajo en el SCI ▪ Formular directrices generales, políticas, seguimiento y monitoreo de las actividades programadas y evaluación global del SCI ▪ Convocar a reuniones de Comité de Control Interno.
Segundo Nivel	Jefe de la OPPyR, y Especialista en Racionalización	Seguimiento y monitoreo de la implementación del plan de trabajo y su evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar informes a la Alta Dirección, sobre el grado de avance, problemas y recomendaciones para la ejecución de las actividades programadas en el plan de trabajo. ▪ Actuar como Secretario Técnico del Comité Especial de Control Interno ▪ Formular diseños organizacionales, manuales, directivas, procedimientos, normas internas, evaluación de las normas vigentes, en coordinación con las unidades usuarias, etc. ▪ Otras acciones en coordinación con los responsables de cada acción.
	Directores de Programas de Investigación, jefes de oficina y gerentes regionales	Implementar las tareas programadas en el plan de trabajo de implementación del SCI, según su competencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento y monitoreo de las acciones programadas en el plan de trabajo. ▪ Informe mensual de los avances del PdeT. ▪ Otras acciones en coordinación con los responsables de cada acción
Tercer Nivel	Jefe de Unidad de Personal, Unidad de Documentación e Información.	Organización de Seminarios-talleres de fortalecimiento de capacidades según la programación en el plan de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y convocar a expositores para los diferentes talleres. ▪ Organizar técnica y administrativamente el desarrollo de los cursos, seminarios y talleres. ▪ Preparar el informe memoria de cada taller. ▪ Otras acciones en coordinación con los responsables de cada acción.

3.2 Capacitación

El Comité Especial de Control Interno (CE-SCI) programará un Seminario – Taller de fortalecimiento de capacidades y promover la implementación del Sistema de Control Interno en el IIAP, convocando a especialistas de la Escuela de Capacitación de la Contraloría General de la República, previo a la implementación del Plan de Trabajo, para el mes de julio 2014.

3.3 Sensibilización y socialización del control interno¹²

Es necesario que el Equipo de Trabajo, con el apoyo de la Alta Dirección prevea y lleve cabo un proceso de sensibilización y socialización, con el objeto de persuadir e involucrar a todo el personal de la institución sobre el rol activo que deben desempeñar en la implementación de la estructura de control interno, precisándose que la responsabilidad de implementar u fortalecer el control interno institucional no es exclusiva del referido Equipo de Trabajo ni es competencia del órgano de control institucional, sino de toda la organización.

3.4 Presupuesto

Estos recursos financieros para la implementación del SCI serán estimados por cada responsable de las acciones según les corresponda, y consolidado por el Secretario Técnico del Comité Especial del Control Interno, para ser aprobado por el Directorio.

Se estima en S/. 45,000 que serán financiados con recursos adicionales de Saldos de Balance del Canon y Sobre canon petrolero, con cargo de la meta 003. Planificación y Presupuesto.

¹² Guía para la implementación del sistema de control interno de las entidades del Estado, aprobado por Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG publicada el 31 de octubre de 2008

3.6 Diseño de estrategias de mejora continua a aplicarse

En el desarrollo del diagnóstico, el análisis del resultado y formulación del plan de trabajo, se ha identificado que el IIAP debe desarrollar e implementar estrategias organizacionales de mejoramiento continuo, como las que se indica a continuación u otras propuestas por el Comité:

- Estrategia organizacional de mejora de procesos.
- Estrategia de diseños organizacionales.
- Estrategia de planificación y programación.
- Estrategia de evaluación de la gestión por medio de indicadores de desempeño
- Estrategia de seguimiento y monitoreo

Para la evaluación de su efectividad de estas estrategias u otras que el Comité de Control Interno proponga, se propone los siguientes indicadores y su evaluación mediante una Encuesta y opiniones de especialistas en SCI, con los siguientes índices para medir el grado de aceptabilidad.

Dimensión	Indicadores	Índice	
		Rango	Grado de aceptabilidad
Rol estratégico	Grado de aceptabilidad de la estrategia organizacional de mejora de procesos.	1.00 – 0.95	Muy buena
		0.94 – 0.90	Buena
		0.89 – 0.85	Regular
		0.84 -- 0.00	Deficiente
Rol Organizacional	Grado de aceptabilidad de la estrategias de diseños organizacionales	1.00 – 0.95	Muy buena
		0.94 – 0.90	Buena
		0.89 – 0.85	Regular
		0.84 -- 0.00	Deficiente
Rol Planificador	Grado de aceptabilidad de la estrategia de planificación y programación	1.00 – 0.95	Muy buena
		0.94 – 0.90	Buena
		0.89 – 0.85	Regular
		0.84 -- 0.00	Deficiente
Rol Evaluador	Grado de aceptabilidad de las estrategia de evaluación de la gestión por medio de indicadores de desempeño	1.00 – 0.95	Muy buena
		0.94 – 0.90	Buena
		0.89 – 0.85	Regular
		0.84 -- 0.00	Deficiente
Rol de seguimiento y monitoreo	Grado de aceptabilidad de la estrategia de seguimiento y monitoreo.	1.00 – 0.95	Muy buena
		0.94 – 0.90	Buena
		0.89 – 0.85	Regular
		0.84 -- 0.00	Deficiente

3.7 Programación de actividades por componentes para implementar el Sistema de Control Interno

I.	AMBIENTE DE CONTROL	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
1.1	Política de reconocimiento e incentivos a los trabajadores por sus aportes innovadores a la ciencia, tecnología, y gestión institucional	1	Política	Roger Beuzeville			1							
1.2	Publicación de evaluaciones de POI en el Portal del IIAP	6	Publicación	Angel Pinedo	1			1		1	1	1	1	1
1.3	Talleres para definir los valores institucionales	1	Talleres y Documento	Roger Beuzeville					1					
1.4	Presentación de Mapeo de Puestos a SERVIR	1	Informe Técnico	Teodorico Jimeno	1									
1.5	Presentación de Mapeo de Procesos y Análisis situacional, a ser presentado a SERVIR	1	Informe Técnico	Orlando Armas, y Angel Pinedo		1								
1.6	Revisión de normas internas para su actualización, directivas, manuales; y propuesta de normas de simplificación administrativa	8	Instrumento normativo	Carlos Tuesta Chuquipiondo		2	2	2	2					

II.	EVALUACIÓN DE RIESGOS	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
2.1	Seminario –Taller sobre Identificación y Evaluación de Peligros y Riesgos : Sede Central, IIAP San Martín, IIAP Ucayali: Formulación del Plan de Administración de Riesgos	3	Seminario-Taller	Orlando Armas; Isaac Ocampo			1	1	1	1				
2.2	Formación de un Equipo Técnico para la Administración del Plan de Riesgos	1	Equipo Técnico	Titular del Pliego	1									
2.3	Manual de funciones del Equipo Técnico de Administración del Plan de Riesgos.	1	Manual	Carlos Tuesta Ch.			0.5	0.5						
2.4	Adquisición del Software de IPR	1	Software	Américo Sánchez	1									
2.5	Diseño de Encuesta para Identificación de Peligros y Riesgos	1	Formato	Orlando Armas, Isaac Ocampo		1								
2.6	Aplicación de la Encuesta para la IPER a todos los trabajadores del IIAP	4	Encuesta por Sede	Orlando Armas, Isaac Ocampo			1	1	1	1				
2.7	Informe de los Resultados de la Encuesta de IEPR	1	Informe Técnico	Orlando Armas, Isaac Ocampo						1				

Diagnóstico y Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP

III	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
	3.1	Instructivo de delimitaciones de autorización de procesos, actividades y tareas, en concordancias con el ROF, directivas y el RIT, con flujos de diagramas	1	Instructivo de autorización,	Carlos Tuesto Chuquipindo					1				
	3.2	Difusión de las funciones a cada trabajador permanentes y CAS	260	Memorando	Teodorico Jimeno y Carlos Chuquipindo				1	1				
	3.3	Acciones de Rotación de Personal profesional, técnico y auxiliar, Sede Central y Órganos desconcentrados	20 estimado	Memorando de Rotación	Ronald Trujillo							2		
	3.4	Revisar contratos de CAS y establecer una clausula, que establezca que puede ser rotado por necesidad del servicio, que los contratos sean firmado antes de inicio del año, y antes de iniciar el trabajo	145	Contratos revisado y firmados	Ronald Trujillo, jefe de Logística y Jefe de Personal							1	4	5
	3.5	Propuesta de adquisición de un local institucional en Lima, para funcionamiento de la OCT	1	Propuesta	Titular del Pliego, Roger Beuzeville y Fausto Hinostroza			1						
	3.6	Formulación de directivas internas en la Unidad de Patrimonio, para una administración más eficiente de los bienes patrimoniales para evitar riesgos de robos, pérdidas o uso indebido de los bienes del Estado	2	Norma Patrimonial	Dionisio Aguilar Ramírez				1	1				
	3.7	Construcción de un ambiente adecuado para el funcionamiento del Archivo Central, dotándoles de equipamiento y personal, para proteger el acervo documentario	1	Obra o Ambiente físico	Ronald Trujillo León, y Luis Gutiérrez,							0	5	0
	3.8	Actualización del Manual del Sistema Archivístico	1	Manual	Carlos Tuesta Ch.							1		
	3.9	Verificación de actividades, tareas y obras, se realicen de acuerdo a lo programado en el POI, Expedientes Técnicos, Contratos de Trabajo.	40	Memorandos	Roger Beuzeville	4	0							
	3.10	Evaluación del Personal permanente y CAS, preparando el Informe	2	Informe Técnico	Ronald Trujillo y Teodorico	1						1		

Diagnóstico y Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP

III	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
	Técnico de los Resultados y propuesta de acciones conducentes a la superación del personal y satisfacción de necesidades comunes.			Jimeno										
	3.1 1	1	Plan Operativo	1		1								
	3.1 2	2	Directiva	2				1	1					
	3.1 3	1	Norma interna o directiva	Luis Campos Baca		1								
	3.1 4	1	Norma interna o directiva	Luis Campos Baca		1								
	3.1 5+	1	Comité designado y Reglamento aprobado	Teodorico Jimeno Ruiz					1					

IV.	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
	4.1	2	Seminarios talleres	Luis Gutiérrez Morales				1		1				
	4.2	2	Memorando Múltiple	Roger Beuzeville Zumaeta	1	1								
	4.3	1	Encuesta	Luis Campos				1	1					

V.	SUPERVISIÓN	Cant.	Unidad	Responsable	2014					2015				
					j	a	s	o	n	d	I	II	III	IV
5.1	Directiva de Seguimiento, monitoreo y evaluación de proyectos de inversión pública y proyectos de investigación.	1	Directiva	Carlos Tuesta Ch.		1								
5.2	Directiva para formular el Expediente Técnico de Evaluación, liquidación y cierre de proyectos de investigación.	1	Directiva	Carlos Tuesta Ch.										
5.3	Disposición que los resultados del seguimiento y monitoreo supervisión a los proyectos de investigación, se realice por escrito, y se haga el seguimiento de implementación de las recomendaciones.	2	Memorando Múltiple	Roger Beuzeville Zumaeta, Gerente General	1					1				
5.4	Informes de evaluación de los planes operativos a cargo de los investigadores, sean previamente revisados, analizados y aprobados por el Director de Programa, antes de ser presentados a la Alta Dirección, así como presenten información real y fidedigna.	2	Memorando Múltiple	Roger Beuzeville Zumaeta, Gerente General	1					1				
5.5	Política de optimización de los recursos financieros, materiales, y tecnológicos.	1	Política de gestión institucional	Ronald Trujillo, y Luis Campos Baca				1						

Iquitos, junio del 2014

Anexo N° 1

Identificación y análisis de los principales servicios de investigación, información, asistencia técnica y capacitación que presta la institución: 2014 – 2018

PROGRAMA	Programa de Investigación para el uso y conservación del agua y sus recursos (AQUAREC)	Programa de Investigación en Manejo Integral del Bosque y Secuestro de Carbono (PROBOSQUE)	Programa de Investigación en Biodiversidad Amazónica (PIBA).	Programa de Investigación en Cambio Climático, Desarrollo Territorial y Ambiental (PROTERRA).-	Programa de Investigación en Información de la Biodiversidad Amazónica (BIOINFO).-	Programa de Investigación en Diversidad Socio-cultural y Economía Amazónica (SOCIODIVERSIDAD)
SISTEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA	Genética y Biología molecular	Desarrollar tecnologías viables de forestación para la recuperación y manejo de áreas degradadas.	Caracterización genética molecular y Código de barras de ADN	Estudios para la adaptación al cambio climático en la Amazonía peruana	Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para el desarrollo y gestión del conocimiento en biodiversidad, sociodiversidad y economía amazónica	Estudios socio-económicos, antropológicos y lingüísticos
	Bionegocios y economía de la biodiversidad	Generar tecnologías agronómicas y de mejoramiento genético para la domesticación de plantas nativas	Caracterización y evaluación química de la diversidad biológica	Estudios de las potencialidades del territorio amazónico	Tecnologías de información para la gestión y monitoreo de la biodiversidad y el ambiente	Servicios de gestión de proyectos productivos, basados en modelos bosquesinos de desarrollo propio.
	Desarrollo tecnológico	Generar conocimiento sobre el stock y flujo de carbono de los bosques y la negociación de oportunidades de compensación por servicios ambientales en mercados de carbono.	Identificación, evaluación y manejo integrado de plagas de cultivos amazónicos.	Propuestas de opciones productivas para el desarrollo del territorio amazónico		Propuestas de articulación al mercado, de forma sostenible y basados en los saberes indígenas.
	Evaluación de impacto ambiental	Desarrollar tecnologías y estrategias adaptativas de los sistemas agroforestales, en el marco de nuevos escenarios esperados por efectos del	Inventario y de Diversidad biológica.	Estudios de Zonificación Ecológica Económica		Propuestas de políticas públicas con participación de los pueblos indígenas

Diagnóstico y Plan de Trabajo para implementar el SCI en el IIAP

		cambio climático.				
	Investigación para el desarrollo de la pesca y la acuicultura	Desarrollar tecnologías con valor agregado de productos priorizados y mejorar la cadena de valor para el posicionamiento de los productores y productos en los mercados.	Identificación y desarrollo de productos turísticos de la biodiversidad.	Estudio de evaluación de impacto ambiental y recuperación de áreas degradadas		Propuestas de desarrollo y fortalecimiento de la Educación Bilingüe Intercultural
	Investigación para la gestión de cuencas					
TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA	Asistencia Técnica y capacitación a productores acuícolas, estudiantes, comunidades indígenas, entre otros.	Asistencia a instituciones públicas y privadas que realizan trabajos de extensión y capacitación en temas relacionados al mejoramiento genético de aguaje, camu camu, sacha inchi, castaña y shiringa.	Asistencia técnica y capacitación en educación ambiental.	Asistencia Técnica y capacitación	Asistencia Técnica, capacitación y Transf. Tecnológica en TIC.	Asistencia Técnica y capacitación
	Transferencia tecnológica de acuicultura.	Promover la formación, capacitación y perfeccionamiento de estudiantes universitarios mediante prácticas pre profesionales y desarrollo de tesis en temas afines.	Transferencia tecnológica	Transferencia tecnológica	Difusión de la información institucional y gobierno abierto	Transferencia tecnológica

Anexo N° 2**Inventario de los principales procesos clave del sistema de investigación, y procesos de soporte del sistema administrativo****2.1 Mapeo de procesos clave de la cadena de valor: Sistemas de investigación**

- Procesos clave, serán aquellos que resultan directamente de la producción de un bien o servicio relacionado con las investigaciones que realiza el Instituto por medio de sus programas de investigación en ciencia, tecnología e innovación tecnológica, que entregarán a la población beneficiaria o usuaria.
- En este caso, en los seis programas de investigación, se ha identificado dos tipos de procesos clave, que serán desarrollados y priorizados en:
 - i) En investigación científica y tecnológica; y,
 - ii) En transferencia de tecnología.
- Estos procesos serán desarrollados por cada programa de investigación, debido a la particularidad de los procesos por cada servicio realizado,

2.2 Mapeo de procesos de soporte: Sistemas administrativos

La identificación de procesos es una etapa muy importante para la implementación del SCI que permitirá a la entidad identificar las debilidades, los riesgos y puntos críticos, para adoptar las acciones estratégicas pertinentes para corregir los procesos y corregir las desviaciones.

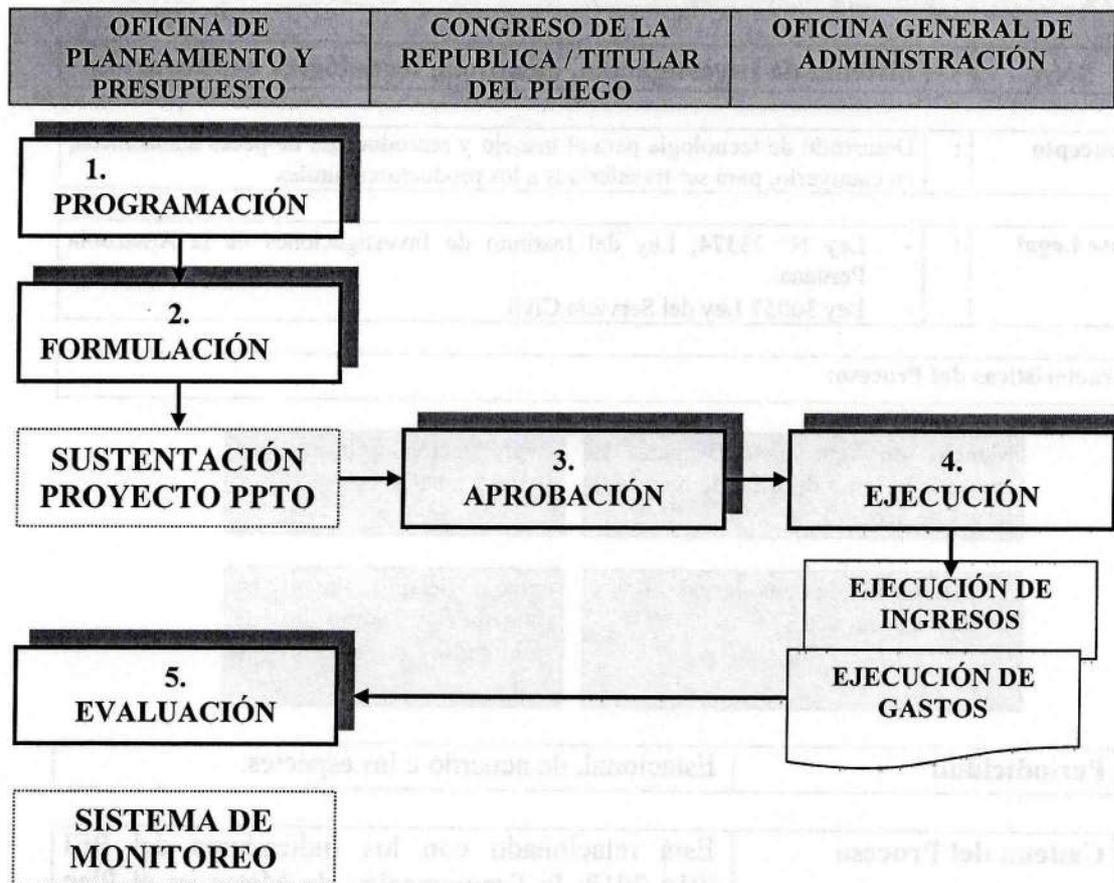
Para la identificación de los procesos, se ha procedido a **levantar un inventario** de los procedimientos y tareas que realiza las principales actividades del IIAP, para que luego de un análisis técnico, se proceda a agruparlos y darle un nombre adecuado, así como establecer las áreas o unidades orgánicas que intervienen en el proceso, como se muestra en el siguiente ejemplo:

1. Proceso de planeamiento estratégico
2. Proceso de planeamiento operativo
3. Proceso presupuestario
4. Proceso de inversión pública
5. Proceso de recursos humanos
6. Proceso de abastecimiento y logística
7. Proceso de tesorería
8. Proceso de contabilidad pública
9. Proceso de bienes patrimoniales
10. Proceso de cooperación técnica
11. Proceso de tecnología, información y comunicación.

Anexo 3

Modelo de Diagrama de Bloques y diagrama de Flujo de Procesos Clave y Procesos de Soporte:

MODELOS DE DIAGRAMA DE BLOQUES: PROCESO PRESUPUESTARIO:



Anexo 4:

Modelo de Procesos Clave: Sistema de Investigación

1 Nombre del Proceso	: MANEJO Y REPRODUCCIÓN DE PECES EN CAUTIVERIO
-----------------------------	---

2 SNA	: Sistema de Investigación, científica, tecnológica e innovación
--------------	---

3. Concepto	: Desarrollo de tecnología para el manejo y reproducción de peces amazónicos, en cautiverio, para ser transferidos a los productores rurales
--------------------	---

4. Base Legal	: - Ley N° 23374, Ley del Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana - Ley 30057 Ley del Servicio Civil
----------------------	---

5. Características del Proceso:
--

Manejo de reproductores para la producción la producción de huevos y larvas de peces

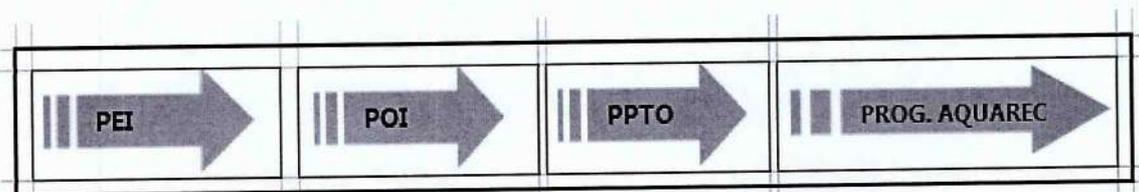
Reproducción y levante de larvas y post-larvas.

Transferencia de post-larvas a los productores rurales.

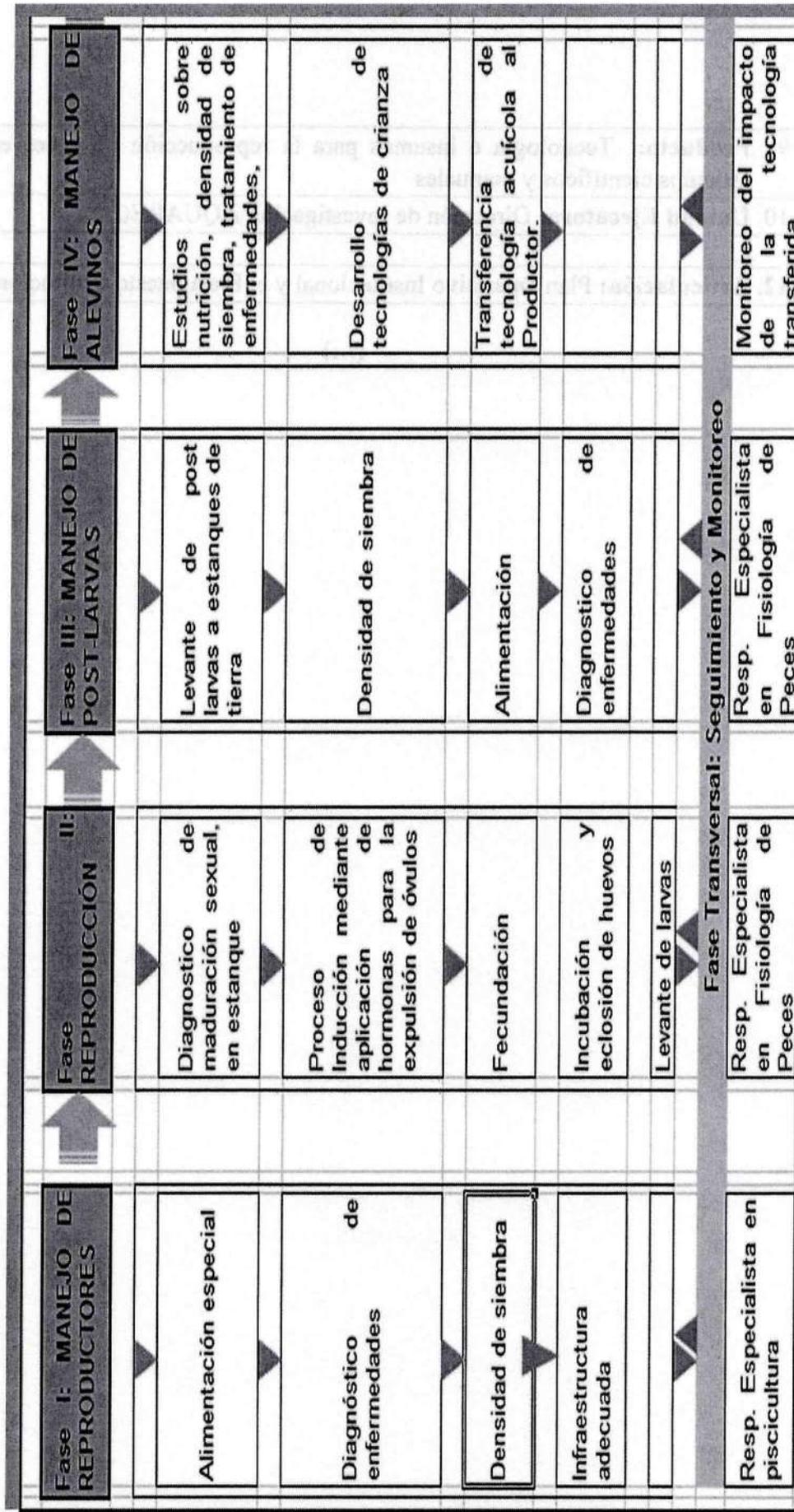
manejo de posta-larvas en estanques y desarrollo de tecnologías

7 Periodicidad	Estacional, de acuerdo a las especies.
-----------------------	--

8 Cadena del Proceso	Está relacionado con los Indicadores del PEI 2014-2018; la Programación de Metas en el Plan Operativo Institucional (POI); las metas presupuestarias establecidas en el Estructura programática; y la finalidad del Programa AQUAREC.
-----------------------------	---



8. Fases del Proceso de manejo y reproducción del peces en cautiverio



9 **Producto:** Tecnología e insumos para la reproducción de peces en cautiverio, artículos científicos y manuales

10 **Unidad Ejecutora:** Dirección de Investigación AQUAREC

12. **Articulación:** Plan Operativo Institucional y el Presupuesto Institucional.

(...)

Anexo 5: Modelo de Proceso de Soporte del Sistema Administrativo

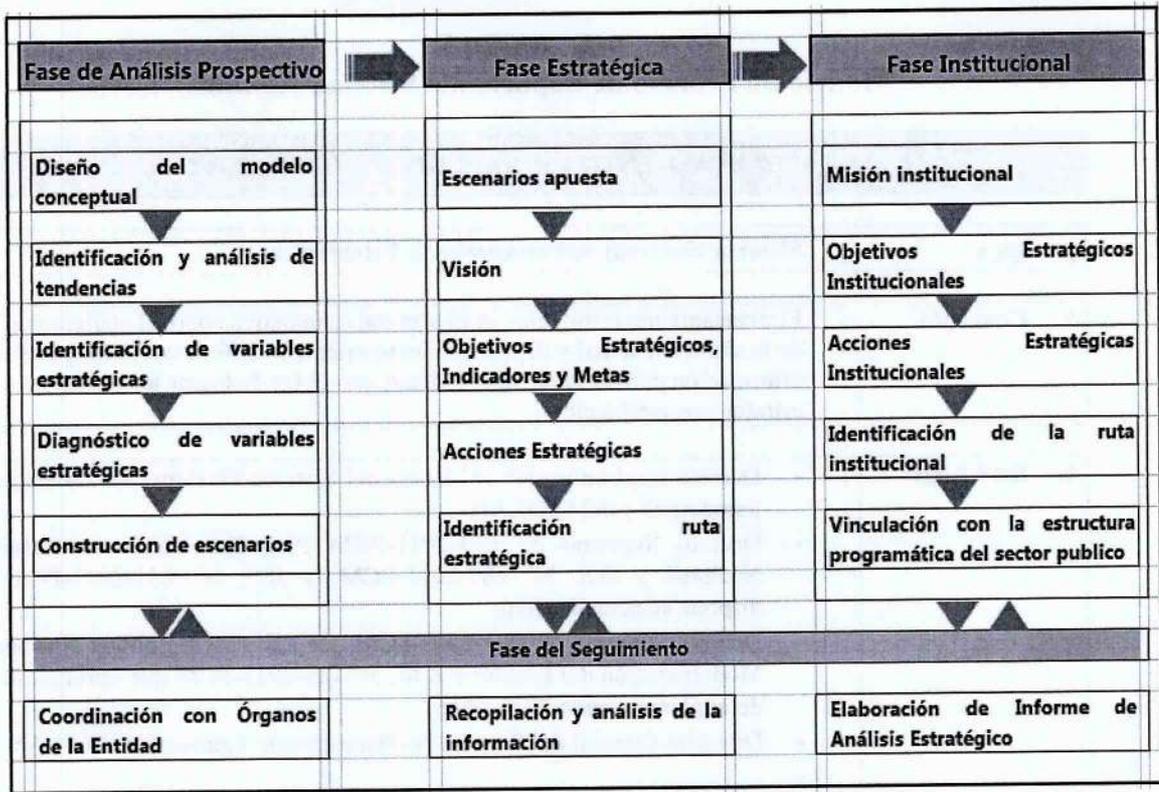
1. Nombre del Proceso	:	PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO
2. SNA	:	Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
3. Concepto	:	El planeamiento estratégico es el proceso sistemático sobre el análisis continuo de la situación actual y del pensamiento orientado al futuro, el cual genera información para la toma de decisiones con el fin de lograr los objetivos estratégicos establecidos.
4. Base Legal	:	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto Legislativo N° 1088 Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del CEPLAN - Decreto Supremo N° 054-2011-PCM Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y D.S. N° 089-2011-PCM, y D.S. N° 051-2012-PCM que dispone su actualización. - Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización del Estado; y R.M. N° 125-2013-PCM que aprueba su plan de implementación 2013-2016 - Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, CEPLAN, -

5. Características del Proceso

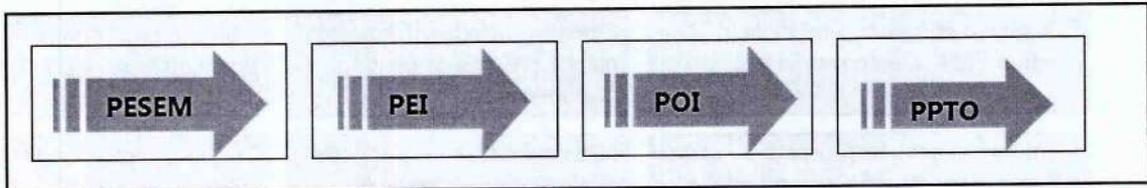
Constituye el primer pilar de la Gestión Pública para resultados.	Orienta y brinda información para la programación presupuestal.	Contribuye al desarrollo de una cultura de seguimiento en la Gestión Pública.
Incorpora el análisis prospectivo como parte del proceso de planeamiento estratégico.	Instrumentaliza las políticas públicas considerando el contexto económico, social y político.	Produce Planes Estratégicos sobre la base del análisis continuo de la situación actual y del pensamiento orientado al futuro.

6	Periodicidad	3 años: Revisión y actualización
----------	---------------------	----------------------------------

7	Fases del Proceso de Planeamiento Estratégico
----------	--



6. Cadena del planeamiento estratégico institucional



7. Producto: Plan Estratégico Institucional (PEI)

8. Articulación:

La **articulación** del PEI con el PESEM es de dos formas, conforme se demuestra en el siguiente gráfico:

- a) El indicador que corresponde al objetivo estratégico institucional es igual al indicador del objetivo estratégico sectorial o territorial: o
- b) El indicador que corresponde al objetivo estratégico institucional tiene una relación de causalidad con el indicador del objetivo estratégico sectorial o territorial.

Anexo N° 6

Estructura del Formulario de la Encuesta para realizar el Diagnostico del SCI

CONTENIDO		PREGUNTAS		
Formulario – Parte 1				
Anexo 1	INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD	1-17	17	100
Formulario – Parte 2				
BLOQUE I	COMPONENTE 1: AMBIENTE DE CONTROL	1 - 42	42	30
BLOQUE II	COMPONENTE 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS	43 - 59	17	12
BLOQUE III	COMPONENTE 3: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	60 - 101	42	30
BLOQUE IV	COMPONENTE 4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	102 - 128	27	19
BLOQUE V	COMPONENTE 5. SUPERVISIÓN	129 - 141	13	9
Total			141	100%

Anexo 6: Parte 1

**FORMATO DE ENCUESTA: Información sobre el comité de control interno
Instituto de investigaciones de la amazonia peruana**

I. GENERALIDADES:

- a) **Elaborado:**.....
- b) **Objetivo:** Obtener información sobre el Comité de Control Interno, Diagnostico y Plan de Trabajo en la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en la entidad conforme a las disposiciones normativas de la Contraloría General de la República.
- c) **Instrucciones:** Leer detenidamente cada pregunta o afirmación de los tres Ítem citados, y de acuerdo a su conocimiento y análisis, responda marcando una "X" en la columna respectiva, o encerrando con un círculo una de las opciones de la escala. De ser necesario, haga breves comentarios o colocar alguna referencia de documento de soporte.
- d) **Formato:** Formato preguntas dicotómicas, que tienen como fuente de referencia la Encuesta realizada por la Contraloría General de la República de Perú, en octubre 2013 - Formulario de información del sistema de control interno en las entidades públicas (Ref. Memorando N° 284-2013-IIAP-OCI de 23.10.2013
- e) **Opciones de respuesta:** Una sola.

II. DATOS DEL ENCUESTADO:

- a) Lugar y fecha de encuesta:.....
- b) Nombre del Encuestado:.....
- c) Cargo del encuestado:.....
- d) Años en el cargo actual:.....
- e) Años de experiencia en la Administración Pública:.....

III. CUESTIONARIO

Nº	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios
CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO <i>Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprueba la Guía de implementación del Sistema de Control Interno.</i>					
1	A la fecha, ¿Se ha conformado el Comité de Control Interno?				
2	¿El Acta de Compromiso para la implementación del SCI está suscrito por el Titular de la entidad?				
3	¿El Comité de Control Interno está conformado por la Alta Dirección?				
4	¿Cuántas veces se reunió el Comité de Control Interno entre el 01 enero 2012 y el 30 de noviembre de 2013?				Opción abierta de ingreso de texto:
5	Del total de reuniones del comité de Control interno que usted señaló que se realizaron, ¿a cuántas asistió el OCI como veedor?				Opción abierta de ingreso de texto:

Nº	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios
6	<p>Cuáles de los siguientes recursos ha destinado la Alta Dirección para la labora de implementación del SCI?</p> <p>a. recursos humanos b. infraestructura c. bienes d. servicios e. capacitaciones f. presupuesto y financiamiento</p>				
<p>INFORME DEL DIAGNOSTICO DEL SCI <i>Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprueba la Guía de implementación del Sistema de Control Interno.</i></p>					
7	<p>Respecto al informe de Diagnostico del SCI responda las alternativas siguientes</p>				<p>1. No existe 2. Esta elaborado 3. Esta aprobado por el Comité de Control Interno 4. Está aprobado por el Comité de Control Interno y el Titular. Nota: si marca 1, saltar a la pregunta 10.</p>
8	<p>Indicar el año de elaboración del Informe de Diagnostico</p>				<p>Lista desplegable con años</p>
9	<p>Desde su perspectiva, precise si el informe de Diagnostico del SCI fue elaborado:</p> <p>a. en función a la estructura de control interno (Según Ley N° 28716) b. a nivel de entidad o sistemas c. a nivel de procesos</p> <p><i>NOTAS: El concepto de "sistema" (administrativo y funcional, u operativo) ha sido tomado de la Ley N° 29158 Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y sus modificatorias. Con relación al término "Procesos", deberá tenerse en cuenta la guía de implementación del Sistema de Control Interno, numeral 5 del capítulo Introducción (página 5), el cual precisa que el SCI se implementará en procesos, actividades, recursos entre otros. En mayor detalle consultar el anexo 11 de la Guía, numeral 8.</i></p>				
<p>PLAN DE TRABAJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI <i>Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprueba la Guía de implementación del Sistema de Control Interno.</i></p>					
10	<p>Señale el estado del Plan de Trabajo de implementación del SCI</p>				<p>1. No existe 2. Esta elaborado 3. Esta aprobado por el Comité de Control Interno 4. Está aprobado por el Comité de Control Interno y el Titular. Nota: Si marco 1, ya no responder las preguntas del 11 al 17.</p>
11	<p>El Plan de trabajo de implementación del SCI se elaboró para ser ejecutado:</p> <p>a. En función a la estructura de control interno (Según Ley N° 28716) b. A nivel de la entidad c. A nivel de procesos</p>				

N°	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios				
					1. Muy bajo	2. Bajo	3. Medio	4. Alto	5. Muy Alto
12	¿Cuál es el grado de alineamiento entre el Plan de Trabajo de implementación del SCI y el Informe de Diagnostico del SCI?								
13	¿Con cuáles de los siguientes elementos cuenta el Plan de Trabajo de implementación del SCI? a. descripción de actividades? b. cronograma de actividades? c. costo de las actividades? d. responsables de las actividades?								
14	¿La ejecución del Plan de Trabajo se está cumpliendo respecto al cronograma aprobado?								
FASE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI POR LA ENTIDAD									
<i>Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprueba la Guía de implementación del Sistema de Control Interno.</i>									
15	¿Cuenta con informe de avance de ejecución del Plan de Implementación del SCI elaborado por el comité de Control Interno?				<i>Nota: Si marco "NO" ya no responder las preguntas 16 y 17</i>				
16	Indique el año del último informe de evaluación de la implementación del SCI								
17	¿Los informes de avance del plan han servido para implementar medidas correctivas del proceso de implementación del SCI								

Anexo 6: Parte 2

FORMATO DE ENCUESTA: Estado situacional del Sistema de Control Interno (SCI) Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP)

I. GENERALIDADES:

- a) **Elaborado:**.....
- b) **Objetivo:** Obtener información real sobre el estado situacional del Sistema de Control Interno (SCI) en los componentes de ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, y supervisión en el IIAP
- c) **Instrucciones:** Leer detenidamente cada pregunta o afirmación de los componentes del SCI, y de acuerdo a su conocimiento y análisis, responda marcando una "X" en la columna respectiva, o encerrando con un círculo una de las opciones de la escala. De ser necesario, haga breves comentarios colocar alguna referencia de documento de soporte.
- d) **Formato:** Formato preguntas dicotómicas, que tienen como fuente de referencia, el Sistema de Control Interno de Colombia, la Encuesta realizada por la Contraloría General de la República de Perú, en octubre 2013 - Formulario de información del sistema de control interno en las entidades públicas (Ref. Memorando N° 284-2013-IIAP-OCI de 23.10.2013); y publicación en la Revista: Actualidad Gubernamental, EL CONTROL INTERNO como herramienta de gestión y evaluación, Ed. Pacifico, Primera Edición, Pág.- 461-467.
- e) **Opciones de respuesta:** Una sola.

II. DATOS DEL ENCUESTADO:

- a) Lugar y fecha de encuesta:.....
- b) Nombre del Encuestado:.....
- c) Cargo del encuestado:.....
- d) Años en el cargo actual:.....
- e) Años de experiencia en la Administración Pública:.....

III. CUESTIONARIO

COMPONENTE 1: AMBIENTE DE CONTROL

N°	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios										
	1.1 FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN: La filosofía y estilo de la Dirección comprende la conducta y actitudes que deben caracterizar a la gestión de la entidad con respecto del control interno. Debe tender a establecer un ambiente de confianza positivo y de apoyo hacia el control interno, por medio de una actitud abierta hacia el aprendizaje y las innovaciones, la transferencia en la toma de decisiones, una conducta orientada hacia los valores y la ética, así como una clara determinación hacia la medición objetiva del desempeño, entre otros. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.1. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>														
1	¿La Dirección muestra interés de apoyar al establecimiento y mantenimiento del control interno en la entidad a través de políticas institucionales escritas, documentos, reuniones, charlas y otros medios, respecto a la utilización adecuada de los recursos del Estado de manera transparente y dentro del cumplimiento de la normativa interna y externa?				<table border="1"> <tr> <td>1. Muy baja</td> <td>2. Baja</td> <td>3. Regular.</td> <td>4. Alta</td> <td>5. Muy Alta</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1. Muy baja	2. Baja	3. Regular.	4. Alta	5. Muy Alta					
1. Muy baja	2. Baja	3. Regular.	4. Alta	5. Muy Alta											
2	¿La Alta Dirección reconoce y promueve los aportes del personal que mejoran el desarrollo de las actividades laborales?														
3	¿La Alta Dirección incentiva el desarrollo transparente de las														

Nº	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios																														
	actividades de la entidad?																																		
4	¿Se toman decisiones frente a desviaciones de indicadores, recursos o variaciones frente a los resultados contables, dejándose evidencia mediante actas?																																		
5	¿La Dirección proporciona el apoyo logístico y de personal para un adecuado desarrollo de las labores de control?																																		
6	¿La Alta Dirección demuestra una actitud positiva para implementar las recomendaciones del OCI?																																		
7	¿La Alta Dirección ha implementado mecanismos que motiven el desarrollo de un ambiente de confianza en la entidad y la participación de los trabajadores en el control interno (por ejemplo; buzón de sugerencias, línea de denuncias, entre otros) con el fin de conocer la actitud, quejas y sugerencias de los trabajadores?																																		
1.2 INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS. La integridad y valores éticos del titular, funcionarios y servidores determinan sus preferencias y juicios de valor, los que se traducen en normas de conducta y estilos de gestión. El titular o funcionario designado y demás empleados deben mantener una actitud de apoyo permanente hacia el control interno con base en la integridad y valores éticos establecidos en la entidad. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.2. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>																																			
8	¿La entidad cuenta con un código de Ética debidamente aprobado, y difundido mediante talleres o reuniones?																																		
9	¿La administración ha difundido la "Ley del Código de Ética de la Función Pública"?																																		
10	¿Cómo evalúa el grado de difusión (Portal institucional, talleres, seminarios, material impreso) del Código de Ética o código de conducta?				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Muy baja</th> <th>2. Baja</th> <th>3. Regular</th> <th>4. Alta</th> <th>5. Muy Alta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta																								
	1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta																														
11	¿Se comunican debidamente dentro de la entidad las acciones disciplinarias que se toman sobre violaciones éticas?																																		
12	¿La Alta Dirección demuestra un comportamiento ético, poniendo en práctica los lineamientos de conducta de la entidad?																																		
13	¿Se sanciona a los responsables de actos ilegales de acuerdo con las políticas definidas por la Alta Dirección?																																		
14	¿Con que frecuencia encontraron las siguientes debilidades en la entidad? a. Contratación de parientes sin calificación técnica. b. Uso de bienes públicos para fines personales. c. Direccionamiento de procesos de selección. d. Contratación CAS sobre perfil direccionado.				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Muy baja</th> <th>2. Baja</th> <th>3. Regular</th> <th>4. Alta</th> <th>5. Muy Alta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta	a.						b.						c.						d.					
	1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta																														
a.																																			
b.																																			
c.																																			
d.																																			
1.3 ADMINISTRACIÓN DE ESTRATEGIA.- Las entidades del Estado requieren la formulación sistemática y positivamente correlacionada con los planes estratégicos y objetivos para su administración y control efectivo, de las cuales se derivan la programación de operaciones y sus metas asociadas, así como su expresión en unidades monetarias del presupuesto anual. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.3. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>																																			
15	¿La Dirección ha difundido y es de conocimiento general la visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad?																																		
16	¿La Dirección asegura que todas las Áreas, Departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con su plan operativo institucional?																																		
17	¿Los planes estratégicos, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según procedimiento documentado?																																		

Nº	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios																																							
18	¿Todas las unidades orgánicas evalúan periódicamente su plan operativo con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos?																																											
19	¿La entidad ha formulado el análisis de la situación con participación de todas las gerencias para definir su direccionamiento y desarrollo de los servicios?																																											
20	¿Los resultados de las mediciones efectuadas a los planes operativos en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados?																																											
1.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.- El titular o funcionario designado debe desarrollar, aprobar y actualizar la estructura organizativa en el marco de la eficiencia y eficacia que mejor contribuya al cumplimiento de sus objetivos y a la consecución de su misión. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.4. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>																																												
21	¿Con cuáles de los siguientes documentos técnicos cuenta la entidad? <i>(Solo si responde SI, conteste el recuadro de la columna de comentarios)</i> a. Reglamento de Organización y Funciones (ROF) b. Manual de Organización y Funciones (MOF) c. Manual de Procedimientos Administrativos (MAPROS) d. Cuadro para Asignación de Personal (CAP) e. Cuadro Analítico de Personal (PAP) f. Reglamento Interno de Trabajo (RIT)				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Ítem</th> <th colspan="2">¿Está aprobado?</th> <th colspan="2">¿Esta actualizado?</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Ítem	¿Está aprobado?		¿Esta actualizado?		SI	NO	SI	NO	a.					b.					c.					d.					e.					f.				
Ítem	¿Está aprobado?		¿Esta actualizado?																																									
	SI	NO	SI	NO																																								
a.																																												
b.																																												
c.																																												
d.																																												
e.																																												
f.																																												
22	¿La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la entidad y se ajusta a la realidad?																																											
23	¿El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la entidad y están debidamente definidas?																																											
24	¿Todas las personas que laboran en la entidad ocupan una plaza prevista en el PAP y un cargo incluido en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP)?																																											
25	¿La Dirección se asegura de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulen las actividades de la entidad?																																											
26	¿Se han elaborado manuales de procesos con sus respectivos flujos de información- MAPROS?																																											
27	¿En la entidad se ha llevado a cabo un mapeo de los principales procesos o procedimientos a nivel? a. ... Administrativo b. ... Operativo o funcionales																																											
28	¿La entidad cuenta con alguno de los siguientes estudios? a. Estudio sobre carga laboral en cada área b. Estudio de identificación de los perfiles de cada cargo c. Estudio de identificación de exceso carencia de personal en ciertas áreas o procesos en función al valor agregado																																											
1.5 ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.- Es necesario que el titular o funcionario designado, establezca políticas y procedimientos necesarios para asegurar una apropiada planificación y administración de los recursos humanos de la entidad, de manera que se garantice el desarrollo profesional y asegure la transparencia, eficacia y vocación de servicio a la comunidad. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.5. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>																																												
29	¿La entidad cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la selección, inducción, formación, capacitación, compensación, bienestar social y evaluación de personal?																																											
30	¿Se cuenta con un programa de inducción al personal que ingresa, relacionados con el puesto al que ingresa y de los																																											

Nº	Elementos	SI	NO	N/A	Escala o comentarios
	principios éticos?				
31	¿Las unidades orgánicas cuentan con la cantidad de personal necesaria para el adecuado desarrollo sus actividades?				
32	¿La entidad elabora anualmente un plan de formación y capacitación del personal, con la participación de todas las áreas y se da cumplimiento al mismo?				
33	¿La escala remunerativa está en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas?				
1.6 COMPETENCIA PROFESIONAL.- El titular o funcionario designado debe reconocer como elemento esencial la competencia profesional, acorde con sus funciones y responsabilidades asignadas en las entidades del Estado. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.6. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
34	¿Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el CAP y han sido plasmadas en un documento normativo (perfil del cargo)?				
35	¿El personal que ocupa cada cargo de trabajo cuenta con las competencias establecidas en el perfil del cargo?				
36	¿El titular, funcionarios y demás servidores son conocedores de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del control interno?				
1.7 ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD.- Es necesario asignar claramente al personal sus deberes y responsabilidades, así como establecer relaciones de información, niveles y reglas de autorización así como los límites de su autoridad. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.7. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
37	¿La autoridad y responsabilidad del personal están claramente definidas en los manuales, reglamentos u otros documentos normativos?				
38	¿Estos documentos normativos son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados?				
39	¿Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden?				
1.8 ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL.- La existencia de actividades de control interno a cargo de la correspondiente unidad orgánica especializada denominada órgano de control institucional, que debe estar debidamente implementada, contribuye de manera significativa al buen ambiente de control. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 1.8. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
40	¿Los Órganos de Control evalúan los controles de los procesos vigentes e identifican oportunidades de mejora acorde a su plan de trabajo?				
41	¿Son de comprobada competencia e idoneidad profesional los miembros que conforman el equipo de trabajo del OCI?				
42	¿El OCI evalúa periódicamente el sistema de control interno de la entidad?				

COMPONENTE 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

Elementos	SI	NO	N/A	Escala /comentarios
2.1 PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.- Es el proceso de desarrollar y documentar una estrategia clara, organizada e interactiva para identificar y valorar los riesgos que pueden impactar en una entidad imponiendo el logro de los objetivos. De deben desarrollar planes, métodos de respuesta y monitoreo de cambios, así como un programa para la obtención de los recursos necesarios para definir acciones en respuesta a riesgos. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 2.1. de la RC</i>				

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
N° 320-2006-CG del 30.10.2006)					
43	¿Existe una política institucional para identificar y administrar los riesgos institucionales?				De contestar SI, esta ha sido plasmada en un documento? 1. SI (); 2. NO ()
44	¿La Dirección (Directorio, Gerencia y Jefaturas) ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos?				
45	¿El planeamiento de la administración de riesgos es específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y monitoreo de los mismos?				
46	¿La entidad cuenta y ha puesto en práctica el Plan de Administración de Riesgos?				
47	¿En el traslado de fondos considerables, hacia o fuera de la entidad, se toman las medidas de seguridad necesarias?				
<p>2.2 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.- En la identificación de los riesgos se tipifican todos los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad debido a factores externos o internos. Los factores externos incluyen factores económicos, medio ambientales, políticos, sociales y tecnológicos. Los factores internos reflejan las selecciones que realiza la administración e incluye la infraestructura, personal, procesos y tecnología. Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 2.2. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</p>					
48	Están identificados los riesgos significativos por cada objetivo, por ejemplo: a. estratégicos y de planificación? b. operativos? c. de cumplimiento de metas? d. de tecnología? e. legales institucionales? f. presupuestarios- financieros? g. otros: (Especificar).....				
49	De los siguientes riesgos identificados en la entidad, ¿Cuáles pudieron afectar el funcionamiento institucional (en términos de cumplimiento de metas y objetivos institucionales, dentro de un contexto de eficiencia, eficacia y economía, transparencia y oportunidad). a. Riesgos estratégicos y planificación? b. Riesgos financieros? c. Riesgos operativos? d. Riesgos de cumplimiento? e. Riesgos de tecnología?				
50	¿Cuál es el estado de los riesgos antes descritos? a. Fueron identificados pero no comunicados b. Fueron identificados y comunicados a la Alta Dirección c. Fueron identificados y comunicados a la instancia competente.				
51	¿En la identificación de riesgos se ha tomado en consideración: a. Aspectos internos (de la entidad)? b. Externos (fuera de la entidad)?				
<p>2.3 VALORACIÓN DE RIESGOS.- El análisis y valoración del riesgo le permite a la entidad considerar como los riesgos potenciales pueden afectar el logro de los objetivos. Se inicia con un estudio detallado de los temas puntuales sobre riesgos que hayan decidido evaluar. El propósito es considerar la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, tiempo, respuesta y consecuencias. Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 2.3. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</p>					
52	¿En el desarrollo de sus actividades se ha determinado y cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia)?				

	Elementos	SI	NO	N/A	Escala / comentarios																								
53	¿En el desarrollo de sus actividades se han cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (impacto)?				De contestar SI , Indicar la cuantificación:																								
54	¿Los riesgos, sus probabilidades de ocurrencia, impacto y cuantificación han sido registrados por escrito?																												
55	¿La entidad cuenta con una metodología de valoración de riesgos?				Si contesta "SI" , Indicar la metodología: Si contesto "NO" , saltar a la pregunta 56																								
2.4 RESPUESTA DE RIESGO.- La administración identifica a las opciones de respuesta al riesgo considerando la probabilidad y el impacto de la relación con la tolerancia al riesgo y sus relaciones costo-beneficio. La consideración del manejo del riesgo y la selección e implementación de una respuesta son parte integral de la administración de los riesgos. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 2.4. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>																													
56	¿Se han establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos evaluados?																												
57	¿Se han definido lineamientos para efectuar seguimiento periódico a los controles desarrollados con respecto a los riesgos?																												
58	Qué proporción de los riesgos de ... a. Importancia alta han sido atendidos? b. Importancia media han sido atendidos? c. Importancia baja han sido atendidos?				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Muy baja</th> <th>2. Baja</th> <th>3. Regular</th> <th>4. Alta</th> <th>5. Muy Alta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta	a.						b.						c.					
	1. Muy baja	2. Baja	3. Regular	4. Alta	5. Muy Alta																								
a.																													
b.																													
c.																													
59	¿Cuáles de las siguientes acciones desarrolla la Alta Dirección para minimizar los riesgos? a. Emitir normativa o disposiciones específicas o complementarias a las existentes. b. Modificar la normativa existente. c. Formular planes de capacitación. d. Hacer seguimiento a la implementación de las acciones. e. Seguridad y vigilancia																												

COMPONENTE 3: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

	Elementos	SI	NO	N/A	Escala / comentarios
3.1 PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN Y CONTROL La responsabilidad por cada proceso, actividad o tarea organizacional debe ser claramente definida, específicamente asignada y formalmente comunicada al funcionario respectivo. La ejecución de los procesos, actividades, o tareas debe contar con la autorización y aprobación de los funcionarios con el rango de autoridad respectivo. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.1. de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
60	¿Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas están claramente definidos en manuales o directivas y son realizados para todos los procesos y actividades?				
61	¿Los procedimientos de autorización y aprobación para los				

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables?					
3.2 SEGREGACIÓN DE FUNCIONES La segregación de funciones en los cargos o equipos de trabajo debe contribuir a reducir los riesgos de error o fraude en los procesos, actividades o tareas. Es decir, un solo cargo o equipo de trabajo no debe tener el control de todas las etapas clave en un proceso, actividad o tarea. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capitulo III, numeral 3.2 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
62	Precise en cuál de las siguientes áreas existe una segregación definidas de funciones en su personal: a. Tesorería b. Contabilidad c. Personal d. Logística e. Presupuesto f. Direcciones de línea g. Gerencias Regionales h. Alta Dirección				
63	¿Las actividades expuestas a riesgos de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo?				
64	¿Los servidores, que administran fondos económicos participan de alguno de los siguientes procesos: procesos de selección, liquidaciones de obras, autorizaciones de pagos de valorizaciones o liquidación de fondos, u otros?				
65	¿Se efectúa rotación periódica del personal asignado en puestos susceptibles a riesgos de fraude?				¿Cada cuánto tiempo? a. Un año b. Dos años c. Tres años d. Cuatro años e. Más de cuatro años
3.3 EVALUACIÓN DE COSTO-BENEFICIO El diseño e implementación de cualquier actividad o procedimiento de control deben ser precedidos por una evaluación de costo – beneficio considerando como criterios la factibilidad y la conveniencia en relación con el logro de los objetivos, entre otros. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capitulo III, numeral 3.3 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
66	¿Existe política de sustentar mediante análisis de costo- beneficio la decisión de tercerizar servicios importantes? Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tercerización de ciertos servicios como alquiler de fotocopiadora en vez comprar el equipo. ▪ Tercerización del servicio de mantenimiento de vehículos en vez de contar con taller propio. ▪ Tercerización del servicio de transporte en vez de comprar vehículos. ▪ Tercerización de alquilar de locales en vez de adquirir un local. ▪ Tercerización de contratar consultorías en vez de contratar personal por CAS. 				
67	¿Se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio que se puede obtener?				
68	¿Se evalúa en forma general que los servicios recibidos, para contrastar que su beneficio es mayor que el costo invertido?				
3.4 CONTROLES SOBRE EL ACCESO A LOS RECURSOS O ARCHIVOS El acceso a los recursos o archivos debe limitarse al personal autorizado que sea responsable por la utilización o custodia de los mismos. La responsabilidad en cuanto a la utilización y custodia debe evidenciarse a través del registro de recibos, inventarios o cualquier otro documento o					

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
medio que permita llevar un control efectivo sobre los recursos o archivos. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.4 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
69	¿Se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización y protección de los recursos o archivos?				
70	¿El acceso a los recursos o archivos queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas entre otros?				
71	¿Periódicamente se comparan los recursos asignados con los registros de la entidad (por ejemplo arqueos, inventarios u otros)?				
72	¿Se ha identificado los activos expuestos a riesgos como robo o uso no autorizado, y se han establecido medidas de seguridad para los mismos?				
73	¿Los documentos internos que genera y reciben las unidades orgánicas están debidamente numerados y protegidos?				
3.5 VERIFICACIONES Y CONCILIACIONES Los procesos, actividades o tareas significativas deben ser verificados antes y después de realizarse, así como también deben ser finalmente registrados y clasificados para su revisión posterior. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.5 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
74	¿Las unidades orgánicas periódicamente llevan a cabo verificaciones sobre ejecución de los procesos, actividades y tareas?				
75	¿Periódicamente se comparan los resultados con los registros de los procesos, actividades y tareas utilizando para ello distintas fuentes?				
3.6 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Se debe efectuar una evaluación permanente de la gestión tomando como base regular los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual deficiencia o irregularidad que afecte los principios de eficiencia, eficacia, economía y legalidad aplicables. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.6 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
76	¿En el año, 2012, se realizó evaluaciones de desempeño institucional en la entidad?				
77	¿Cuáles de los siguientes elementos o criterios se tomaron en cuenta para realizar dicha evaluación de desempeño? a. Planes organizaciones (estratégicos, operativos, entre otros) b. Disposiciones normativas vigentes c. Indicadores de desempeño d. Metas y objetivos e. Presupuesto institucional.				
78	¿La entidad cuenta con indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas?				
79	¿La evaluación de desempeño se hace con base en los planes organizacionales, disposiciones normativas vigentes?				
80	¿Con qué frecuencia los resultados de las evaluaciones de desempeño institucional se emplean para implementar medidas correctivas para la mejora continua?				1. Con muy poca frecuencia 2. Con poca frecuencia 3. Con mediana frecuencia 4. Con alta frecuencia 5. Con muy alta frecuencia.
3.7 RENDICIÓN DE CUENTAS La entidad, los titulares, funcionarios y servidores públicos están obligados a rendir cuenta por el uso de los recursos y bienes del Estado, el cumplimiento misional y de los objetivos institucionales, así como el logro de los resultados esperados, para cuyo efecto el sistema de control interno establecido deberá brindar la información y el apoyo pertinentes. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.7 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					

	Elementos	SI	NO	N/A	Escala / comentarios
81	¿La entidad cuenta con procedimientos y lineamientos internos que se siguen para la rendición de cuentas?				
82	¿La administración exige periódicamente la presentación de declaraciones juradas a su personal?				
83	¿Conoce sus responsabilidades con respecto de las rendiciones de cuenta?				
84	Con que frecuencia el personal informa de sus acciones por vía escrita a su jefe inmediato.				1. Muy baja 2. Baja 3. Media 4. Alta 5. Muy alta
85	El Titular del pliego ha rendido cuentas de su gestión ante instituciones diferentes a la Contraloría General de la República.				
3.8 DOCUMENTOS DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS Los procesos, actividades y tareas deben estar debidamente documentados para asegurar su adecuado desarrollo de acuerdo con los estándares establecidos, facilitar la correcta revisión de los mismos y garantizar la trazabilidad de los productos o servicios generados. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.8 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
86	¿El personal conoce qué procesos involucran a su unidad orgánica y qué rol le corresponde en los mismos?				
87	¿Los procesos, actividades y tareas de la entidad se encuentran definidos, establecidos y documentados al igual que sus modificaciones?				
3.9 REVISIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS Los procesos, actividades y tareas deben ser periódicamente revisados para asegurar que cumplan con los reglamentos, políticas, procedimientos vigentes y demás requisitos. (...) <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.9 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
88	¿Se revisan periódicamente con el fin de que se estén desarrollando de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente?				
89	¿Se implementan las propuestas de mejora y en caso de detectarse deficiencias se efectúan las correcciones necesarias?				
3.10 CONTROLES PARA LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES La información de la entidad es provista mediante el uso de Tecnologías de la Información y comunicación (TIC). Las TIC abarcan datos, sistemas de información, tecnología asociada, instalaciones y personal. (...) <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 3.10 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
90	¿Se cuenta con políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información?				
91	¿Es restringido el acceso a la sala de cómputo o informática, procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup)?				
92	¿Los sistemas de información cuentan con controles y sistemas que evitan el acceso no autorizado a la información?				
93	¿La entidad cuenta con un Plan Operativo Informático?				
94	¿El Área de informática cuenta con un Plan de Contingencias?				
95	¿Se han definido los controles de acceso general (seguridad física y lógica de los equipos centrales)?				
96	¿Se han creado perfiles de usuario de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente?				

	Elementos	SI	NO	N/A	Escala / comentarios
97	¿Los programas informáticos (software) de la entidad cuentan con licencias y autorizaciones de uso?				
98	¿La entidad cuenta con un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)?				
99	¿Se lleva el control de los nuevos productos ingresados a desarrollo así como de las modificaciones de los existentes en carpetas modificaciones de los existentes en carpetas documentadas?				
100	La entidad ha definido políticas sobre el cambio frecuente de contraseñas, sobre su uso y cuando el personal se desvincule de las funciones				
101	¿La entidad ha establecido controles para la adquisición paquetes software?				

COMPONENTE 4: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

	Elementos	SI	NO	N/A	Escala / comentarios
	<p>4.1 FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN</p> <p>La información es el resultado de las actividades operativas, financieras y de control provenientes del interior o exterior de la entidad. Deben transmitir una situación existen en un determinado momento reuniendo las características de confiabilidad, oportunidad y utilidad esenciales en la ejecución de sus tareas operativas o de gestión.</p> <p><i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.1 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i></p>				
102	¿La información gerencial es seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones?				
104	¿Se han definido niveles para el acceso del personal al sistema de información?				
105	¿El sistema de información produce documentos que contienen información confiable, oportuna y relevante?				1. Nunca 2. Pocas veces 3. Con cierta regularidad 4. Muchas veces 5. Siempre
106	¿La información operacional, financiera y relacionada al cumplimiento es oportuna y confiable?				1. Nunca 2. Pocas veces 3. Con cierta regularidad 4. Muchas veces 5. Siempre
107	¿Se han definido niveles de acceso de información al personal de la entidad?				
	<p>4.2 INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD</p> <p>La información debe permitir a los funcionarios y servidores públicos cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. Los datos pertinentes deben ser captados, identificados, seleccionados, registrados, estructurados en información y comunicados en tiempo y forma oportuna</p> <p><i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.2 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i></p>				
108	¿Los titulares y funcionarios identifican las necesidades de información de todos los procesos y han implementado las áreas respectivas?				
109	¿Se cuenta con políticas y procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades?				
	<p>4.3 CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN</p> <p>El titular o funcionario designado debe asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información que se genere y comunique. (...)</p>				

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
<i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.3 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
110	¿La información interna y externa que maneja la entidad es útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades?				
111	¿Se han diseñado, evaluado e implementado mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información?				
4.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN Los sistemas de información diseñados e implementados por la entidad constituyen un instrumento para el establecimiento de las estrategias organizacionales y, por ende, para el logro de los objetivos y las metas. Por ello deberá ajustarse a las características, necesidades y naturaleza de la entidad. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.4 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
112	¿La entidad está integrada a un solo sistema de información y se ajusta a las necesidades de sus actividades?				
113	¿Periódicamente se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información registrándose los reclamos e inquietudes para priorizar las mejoras?				
4.5 FLEXIBILIDAD AL CAMBIO Los sistemas de información deben ser revisados periódicamente, y de ser necesario, rediseñados cuando se detecten deficiencias en sus procesos y productos. (...) <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.5 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
114	¿Se revisan periódicamente los sistemas de información y de ser necesario se rediseñan para asegurar su adecuado funcionamiento?				
115	¿Con qué frecuencia se les solicita a los usuarios su opinión sobre el sistema de información a través del registro de sus reclamos e inquietudes?				1. Nunca 2. Pocas veces 3. Con cierta regularidad 4. Muchas veces 5. Siempre
4.6 ARCHIVO INSTITUCIONAL El titular o funcionario designado debe establecer y aplicar políticas y procedimientos de archivo adecuados para la preservación y conservación de los documentos e información de acuerdo con su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico, tales como los informes y registros contables, administrativos y de gestión, entre otros. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.6 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
116	¿La entidad cuenta con un archivo institucional?				
117	¿La entidad cuenta con una unidad orgánica que se encarga de administrar la documentación e información generada por la entidad?				
118	¿La administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos para la preservación y su conservación (archivos electrónicos, magnéticos y físicos)?				
119	¿Los ambientes utilizados por el archivo institucional cuenta con una ubicación y acondicionamiento apropiado?				
4.7 COMUNICACIÓN INTERNA La comunicación interna es el flujo de mensajes dentro de una red de relaciones interdependientes que fluye hacia abajo, a					

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
través de y hacia arriba en la estructura de la entidad, con la finalidad de obtener un mensaje claro y eficaz. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.7 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
120	¿La entidad ha elaborado y difundido documentos que orienten la comunicación interna?				
121	¿La administración mantiene actualizado a la Dirección respecto al desempeño, desarrollo, riesgos, principales iniciativas y cualquier otro evento resultante?				
122	¿La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para la denuncia de actos indebidos por parte del personal?				
4.8 COMUNICACIÓN EXTERNA La comunicación externa de la entidad debe orientarse a asegurar que el flujo de mensajes e intercambio de información con los clientes, usuarios y ciudadanía en general, se lleve a cabo de manera segura, correcta y oportuna, generando confianza e imagen positivas a la entidad. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.8 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
123	¿La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional?				
124	¿El portal de transparencia de la entidad se encuentra adecuadamente actualizado?				
125	¿La entidad cuenta con mecanismos y procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de transparencia y Acceso a la Información Pública)?				
4.9 CANALES DE COMUNICACIÓN Los canales de comunicación son medios diseñados de acuerdo con las necesidades de la entidad y que consideran una mecánica de distribución formal, informal y multidireccional para la difusión de la información. Los canales de comunicación deben asegurar que la información llegue a cada destinatario en la cantidad, calidad y oportunidad requeridas para la mejor ejecución de los procesos, actividades y tareas. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 4.9 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
126	¿Se ha implementado alguna política que estandarice una comunicación interna y externa, considerándose diversos tipos de comunicación: correo electrónico institucional, reuniones informativas, memorando, paneles informativos, boletines, revistas?				
127	¿Estos canales de comunicación permiten que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna?				
128	¿Con qué frecuencia las áreas administrativas y operativas mantienen actualizada a la Alta Dirección sobre desempeño, resultados e iniciativas?				

COMPONENTE 5: SUPERVISIÓN

Elementos		SI	NO	N/A	Escala / comentarios
5.1 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO El monitoreo de los procesos y operaciones de la entidad deben permitir conocer oportunamente si estos se realizan de forma adecuada para el logro de sus objetivos y si en el desempeño de las funciones asignadas se adoptan las acciones de prevención, cumplimiento y corrección necesarias para garantizar la idoneidad y calidad de los mismos. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 5.1 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
129	Con respecto a las actividades de prevención y monitoreo: a. ¿Se ha diseñado y aprobado una metodología para llevar a cabo estas actividades de prevención y monitoreo? b. ¿Las unidades orgánicas realizan estas actividades? c. ¿Estas actividades se desarrollan de acuerdo con la metodología establecida?				
5.2.1 SEGUIMIENTO DE RESULTADOS Las debilidades y deficiencias detectadas como resultado del proceso de monitoreo deben ser registradas y puestas a disposición de los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 5.2.1 y 5.2.2 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
130	¿Las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo se registran y comunican con prontitud a los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección?				
131	¿Cuándo se descubre oportunidades de mejora, se disponen medidas para desarrollarlas?				
132	¿Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas a las deficiencias detectadas por el OCI?				
133	¿Se han registrado deficiencias y problemas detectados durante su labor de supervisión y monitoreo?				Si contesto "NO", saltar a la pregunta 136
134	¿Las deficiencias detectadas fueron comunicadas por escrito a los responsables?				1. Nunca 2. Pocas veces 3. Con cierta regularidad 4. Muchas veces 5. Siempre
135	¿Con que frecuencia se realiza el seguimiento a las implementación de mejoras propuestas por la instancia pertinente?				1. Nunca 2. Pocas veces 3. Con cierta regularidad 4. Muchas veces 5. Siempre
5.3.1 COMPROMISO DE MEJORAMIENTO Autoevaluación: Se debe promover y establecer la ejecución periódica de autoevaluaciones sobre la gestión y el control interno de la entidad, por cuyo mérito podrá verificarse el comportamiento institucional e informarse las oportunidades de mejora identificadas. <i>Fuente: Normas de control Interno, Capítulo III, numeral 5.3.1 de la RC N° 320-2006-CG del 30.10.2006)</i>					
136	¿La entidad efectúa periódicamente autoevaluaciones que le permite proponer planes de mejora que son ejecutados posteriormente?				Si contesta "SI" exprese la periodicidad: 1. Menos de 1 vez al año 2. Más de 1 vez al año

137	¿Las autoevaluaciones se hacen de conocimiento de quiénes? a. del Titular del Pliego b. de los jefes inmediatos c. del Jefe de Plancamiento Institucional d. otros e. de quienes los solicita.				
138	¿El titular de la entidad toma en cuenta estas autoevaluaciones?				
139	¿Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas?				
140	¿Se implementan las recomendaciones que formulan los Órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento?				
141	Cuáles de los siguientes aspectos suelen formar parte de los objetivos de las autoevaluaciones? a. Mejora de la concepción de los procesos o procedimientos b. Optimización en la utilización de los recursos c. Mejora de la efectividad del control interno d. Cumplimiento de metas y objetivos institucionales e. Cumplimiento de la legalidad				

Anexo 7:

Modelo de Encuesta para la Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles¹³.

Esta encuesta se realizara con el fin de identificar los peligros a los que la institución se encuentra expuesta. Por tal razón, necesitamos de su colaboración a través del suministro de información veraz para mejorar las condiciones de su lugar de trabajo. Es de destacar que esta es de tipo confidencia.

En esta encuesta, usted encontrará preguntas donde debe marcar con un aspa (X) si su respuesta es afirmativa o negativa. En algunas, deberá expresar una justificación.

Nombre del Encuestado:

1. Información de actividades:

Nombre del macroproceso	:	
Nombre de la Fase del proceso	:	
Lugar específico donde lleva a cabo las actividades	:	

2. Información del cargo:

Nombre del puesto de trabajo	:	
El trabajo es por turnos:	:	SI (....); NO (....) N° de turnos; N° de horas por turno
Lugar específico donde lleva a cabo las actividades	:	

3. Descripción de las actividades (en forma clara, concisa y en orden lógico de acuerdo a su realización)

N°	Actividad	Rutinaria		Peligros	
		SI	NO	SI	NO

¹³ Modelo tomado del club Tablero de Comando, Ciudad autónoma de Buenos Aires –CP 1414 – Republica Argentina, autorizado para su aplicación en otras instituciones.

4. Información adicional:

De las actividades anteriormente descritas como peligrosas, determine porque las considera peligrosas

N°	Actividad	Es peligrosa porque...

¿Cuáles son los posibles daños o efectos de las actividades que usted realiza?

N°	Actividad	Posible daño o efecto

¿Usted sabe de algún control que esté aplicando para la prevención de estos peligros?

SI ... NO ...

En caso de que su respuesta fuera SI, por favor describa de manera corta cuales son esos controles:

N°	Actividad	Control para prevenir el peligro

¿Usted cree que estos controles han sido suficientes y efectivos para la regulación de los peligros?

N°	Actividad	SI ó NO	¿Por qué?

¿Usted cree que hacen falta otras medidas para la prevención de estos peligros?

Nº	Actividad	SI ó NO	¿Por qué?

¿Qué hace usted para la prevención de estos peligros?

Nº	Actividad	Yo hago....

¿Qué le hace falta en su lugar de trabajo para un mejor desempeño de sus labores?

.....

.....

.....

.....

.....

.....