

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO



**LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN LOS
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO- ICA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN:

DERECHO ADMINISTRATIVO Y GESTIÓN PÚBLICA

PRESENTADO POR BACHILLER:

CARLOS ADOLFO URIBE SÁNCHEZ

**LIMA – PERÚ
2019**

**LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN LOS SISTEMAS
ADMINISTRATIVOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO- ICA**

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

DRA. VELAZCO VALDERAS, PATRICIA JANNET

MIEMBROS DEL JURADO:

Dra. BALAREZO MARES, DENISSE ALICIA (Presidente)

Dr. CASTRO VERONA, FREDDY MIGUEL (Secretario)

Dr. HURTADO NIÑO DE GUZMAN, ÉDINSON (Vocal)

Dedicatoria:

A Dios todopoderoso, por bendecirme y protegerme cada día;

A mis padres y hermanos por el incondicional apoyo, abnegación y entrega permanente; a todas aquellas personas que con palabras de aliento o un gesto pueden cambiarlo todo; y a la Universidad San Juan Bautista por brindarme la oportunidad de demostrar mi capacidad como profesional en esta maestría; objetivo el cual se verá reflejado en la progresión del trabajo de investigación.

Agradecimiento:

Un agradecimiento especial a los docentes de la Escuela de Posgrado mención Derecho Administrativo y Gestión Pública de la Universidad Privada San Juan Bautista, que con sus enseñanzas y experiencias profesionales influyeron y propiciaron el cumplimiento del objetivo de esta Maestría, a fin de servir a mi nación como profesional y ciudadano.
El Autor.

ÍNDICE

PORTADA	I
TÍTULO	II
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.1.1 Formulación del Problema.....	4
1.1.2 Problema general.....	4
1.1.3 Problemas específicos.....	4
1.2 Objetivos de la Investigación.....	5
1.2.1 Objetivo General.....	5
1.2.2 Objetivos Específicos.....	5
1.3 Justificación e importancia de la investigación.....	5
1.3.1 Justificación de la Investigación.....	5
1.3.2 Importancia de la investigación.....	6
1.4 Limitaciones del estudio.....	7
1.5 Delimitación del estudio	7

3.1	Elab. de reportes de evaluación.....	28
3.2	Elaboración del informe final.....	28
3.3	Retroalimentación para la mejora.....	29
2.3.7	Normativa cronológica del Control Interno en el Perú.....	29
2.3.8	Situación actual hospital Santa María del Socorro de Ica de cara instauración SCI	51
2.3.9	Situación Actual del Hospital Santa María del Socorro de Ica con la Directiva N° 006-2019 “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”	57
2.3.10	El retado e la implementación de las normas de Control Interno. Fundamentos.....	78
2.3.11	Evolución histórica.....	82
2.4	Marco Conceptual.....	85
2.5	Formulación de la hipótesis.....	89
2.5.1	Hipótesis General.....	89
2.5.2	Hipótesis Específicas.....	89
2.6	Identificación de variables e indicadores.....	90
2.6.1	Definición conceptual de las variables.....	90
2.6.2	Definición operacional.....	92
2.7	Operacionalización de las variables.....	93
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		98
3.1	Diseño Metodológico.....	98
3.1.1	Tipo de Investigación.....	98
3.1.2	Nivel de investigación.....	98
3.1.3	Diseño.....	98
3.1.4	Método.....	98

3.2	Población y muestra.....	99
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	99
3.4	Técnicas.....	99
3.5	Aspectos éticos.....	99
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....		100
 CAPÍTULO V:		
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		113
5.1	Discusión.....	113
5.2	Comprobación de las hipótesis General y Específicas.....	114
5.3	Conclusiones.....	124
5.4	Recomendaciones.....	128
 FUENTES DE INFORMACIÓN.....		131
•	Referencias bibliográficas.....	131
•	Fuentes normativas y/o legales.....	133
•	Referencias electrónicas.....	134
 ANEXOS		
ANEXO N° 1 : Matriz de consistencia.....		135
ANEXO N° 2: Encuesta de Recolección de Datos.....		143

RESUMEN

La presente investigación apunta a demostrar la manera pormenorizada y detallada en que se lleva a cabo la instauración del control interno a los diversos procedimientos internos y en los diversos sistemas administrativos presentes del área administrativa del nosocomio Santa María del Socorro - Ica, normas orientadas en maximizar la gestión que lleva la dirección de la entidad, sus recursos, patrimonio y operaciones, llevándose de la forma más idónea y eficientemente.

La investigación desarrolla como primer punto premisas teóricas por conocer el fondo de la presente investigación respecto al concepto, finalidad, objetivos, características, clases, componentes, base legal, criterios de implementación entre otros puntos resaltantes, de tal forma que su desarrollo responda a los puntos académicos generales indicados y pueda ser comprendido con fines académicos.

Acto seguido, la investigación centra su objetivo definiendo en esencia de Control Interno, así como la forma como este conjunto de normas juega un rol importante en el desarrollo de las actuaciones internos de la entidad y sus sistemas administrativos y la manera de implementación de este conjunto de normas, para luego proceder a dirigir los alcances de la instauración del control interno en las actuaciones y sistemas administrativos institucionales.

En el segundo capítulo abarcaremos el marco teórico del presente trabajo investigación, la misma que versa sobre el control interno propiamente dicho, partiendo desde el concepto, finalidad, clases, las normas de implementación de control interno, componentes, entre otros puntos relevantes que ayudaran a una mejor comprensión sobre el tema de investigación, así como bases normativas por la cual el control interno se sirve como pilar para su difusión dentro de la administración pública nacional.

Finalmente, en el tercer y cuarto capítulo, se trata sobre aspectos metodológicos y estadísticos los cuales han sido utilizados para la elaboración de la presente investigación, convirtiéndolo en un instrumento académico de estudio, análisis, crítica y profundo debate sobre las ideas vertidas líneas precedentes, a fin de fomentar la investigación en el lector.

PALABRAS CLAVES: Control Interno, Sistemas Administrativos, Gestión de Dirección, Procedimientos, Gestión Pública.

ABSTRACT

In this research work, it aims to show the detailed way how the internal control system is set in the several internal procedures and administrative systems existing in the administrative area in Santa Maria del Socorro hospital, procedures aim to maximize the management of the public institution, its goods, economical resources and operations, developing in the most efficient and adequate way.

The research develops first theoretical premises to know deeply the research referred to concept, objective, characteristics, types, components, legal base, set requirements and other highlighted points, so that its development responds to general academic points and it can be understood as academic objectives.

Then, the research aims its objective defining principally the Internal Control system and the way how this group of laws play an important role in the development of internal procedures of the institution and its administrative systems and the way of setting of this group of laws to proceed, later, heading the concepts of internal control system setting in the procedures and public administrative systems.

In the second chapter, we are going to talk about the theoretical framework of this research work, framework referred to the internal control system indeed, starting with the concept, objective, types, internal control system setting procedures, components and other highlighted points that will help to understand better this research, and the

legal bases the internal control is supported as a mainstay for the dissemination inside the national public administration.

Finally, in the third and fourth chapter, we are going to talk about methodological and statistics aspects they have been used to the development of the following research, turning in an academic instrument to study, analysis, critics and deep debate about the ideas explained in lines before, in order to extend the investigation to the reader.

KEY WORDS: Internal Control System, Administrative Systems, Procedure Management, Procedures, Public Management.

INTRODUCCIÓN

El presente diseño de investigación titulado “La implementación de las normas de control interno y los sistemas administrativos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica”, ha sido compuesto acorde parámetros metodológicos aprobados por la Escuela de Posgrado de la Universidad.

La instauración de las disposiciones de control interno constituye una realidad latente en la actividad administrativa, funcional y estructural de las entidades del Estado, dentro de ellas la entidad materia del presente trabajo de investigación, el nosocomio Santa María del Socorro de Ica, la misma que, muy aparte de su función asistencial, ejerce como institución estatal, procedimientos administrativos y funcionales que para maximizar y mejorar la eficacia, validez, de cada uno de sus procedimientos, y la calidad de servicios públicos a prestarse, necesita de la regulación de las mismas a fin de evitar deficiencias en el funcionamiento de sus procedimientos.

En esta investigación nos propusimos investigar los móviles por los cuales instaurar el control interno hospital Santa María del Socorro - Ica se efectúa parsimoniosa y pausadamente, situación que contribuiría a la comisión de riesgos que afectarían los propósitos institucionales y también el cuidado, resguardo de los bienes de la Entidad; asimismo, se pretende analizar la situación actual de los sistemas administrativos nosocomio Santa María del Socorro - Ica los cuales, son ajenos a la

legislación de control interno, planteando alternativas de solución, propendiendo la aplicación e instauración de dicha normativa.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El Hospital Santa María del Socorro es un establecimiento de salud de segundo nivel de complejidad en la provincia, departamento y región de Ica, que brinda una atención referido a servicios de salud fomentando la prevención, protección, tratamiento y recuperación del ciudadano en un ambiente adecuado conforme al derecho primordial que tiene todo ciudadano, que es el derecho fundamental a la salud en el ámbito material.

Como entidad administrativa, dispone de sus propios fondos (ingresos y egresos), por lo que conforme a la Ley n.º 28693 del Sistema Nacional de Tesorería (2006), constituye una unidad ejecutora, facultada de conducir sus propios movimientos económicos (administración de sus propios fondos) ingresos (recursos directamente recaudados) egresos, gastos ordinarios, entre otros, siendo la misma únicamente la responsable por la utilización de los mismos.

Del mismo modo, al ser una entidad administrativa, se encuentran en ella sistemas administrativos, que conforme a la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo n.º 29158 (2007), artículo 46º, organizan y sistematizan la efectiva utilización de sus recursos como entidad prestadora de servicios de salud promoviendo su eficacia y eficiencia en su uso.

Es entonces, que en esa administración de los recursos se configuren acciones (riesgos), las cuales afecten el logro de los objetivos que tiene esta correcta administración, para lo cual se deben regular dichos procedimientos a través de normas de control preventivo, las cuales coadyuven a una mejor gestión de los recursos del estado.

El Hospital Santa María del Socorro posee, en su organigrama al OCI, que desarrolla funciones de supervisión gubernamental al interior de la entidad; a su vez dentro de su función supervisora, evalúa la instauración del control interno acorde a las atribuciones dadas por la Contraloría General de la República a los OCIS, mediante “Ley de Control Interno de las Entidades del Estado” y modificatorias ley n.º 27816 (2006), la Resolución de Contraloría n.º 458-2008-CG (28 de octubre 2008) y, recientemente, la directiva n.º 013-2016-CG/GPROD denominada “Implementación del Sistema del Control Interno en las Entidades del Estado” (2016).

La investigación surge en preguntarnos por qué la instauración del control interno se lleva pausadamente, a pesar de existir legislación sobre el control interno (La ley 28716 se promulgó en abril del año 2006) y últimas disposiciones de la Contraloría General de la República del Perú, como la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD “Implementación del Sistema de Control Interno” aprobado por resolución de contraloría N° 149-2016-CG (2016), estableciendo el término de 36 meses (3 años) para cumplir con todas las etapas propias de este sistema de implementación.

Lo que motiva la presente investigación es comprender y analizar los motivos por los cuales surge la demora en la implementación del Control Interno nosocomio Santa María del Socorro - Ica, y como resultado de ello, proponer alternativas para solucionar su implementación, maximizando de este modo eficaz, eficiente, transparente y salvaguardando el factor económico y del tiempo en las actuaciones de la institución, así como la eficacia en los servicios que brinda.

Es necesario precisar, que si bien es cierto los órganos de Control Interno evalúan, periódicamente la implementación del control interno en sus diversas etapas, los primeros encargados de su implementación son las autoridades de la entidad (directivos y servidores públicos) de todos los estamentos institucionales en el desarrollo de las funciones que le son conferidas (funciones ejecutivas, decisivas o procedimentales).

1.1.1 Formulación del Problema:

El retardo en la instauración de las disposiciones de control interno en el hospital Santa María del Socorro-Ica.

1.1.2 Problema general:

¿De qué manera el retardo en la instauración de las normas de control interno influye a las actuaciones y los sistemas administrativos al hospital Santa María del Socorro - Ica?

1.1.3 Problemas específicos:

1. ¿De qué manera la desidia y la falta de interés de funcionarios de la alta dirección para la instauración del control interno afectan los sistemas administrativos y al hospital Santa María del Socorro?
2. ¿De qué forma las irregularidades ejecutadas por directivos y servidores públicos en trasgresión al control interno generan riesgos en las actuaciones internos y sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro?

1.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General:

Precisar el modo como el retardo en la instauración del control interno repercute los sistemas administrativos en el nosocomio Santa María Socorro.

1.2.2 Objetivos específicos:

1. Explicar la decidida y falta de interés de los directivos de la alta dirección en instaurar el control interno y sus efectos a los sistemas administrativos en el nosocomio Santa María Socorro.
2. Explicar que las irregularidades cometidas por directivos y servidores públicos trasgreden la normativa de control interno, ocasionando riesgos en las actuaciones y sistemas administrativos del nosocomio Santa María del Socorro.

1.3. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Justificación de la Investigación:

Han transcurrido ya doce años al promulgarse “Ley de Control Interno de las Entidades”¹ (2006), y en la actualidad muy pocas entidades estatales que puedan mostrar un óptimo y avanzado peldaño de instauración del control interno.

¹ Shack Muro,2016 pp. 5

En mayo de 2016, la Contraloría General de la República en el marco de la quincuagésima tercera (53°) disposición complementaria y final de la Ley del presupuesto del sector público para el año fiscal 2016, Ley N° 30372 (2016), emitió la Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG que aprobó la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD denominada “Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado” atendiendo los plazos máximos que se han establecido para que cada entidad del sector público implemente su control interno, sin embargo, actualmente, existe la voluntad de implementación, pero por diversos motivos, principalmente de gestión, se ve imposibilitada dicha función.

1.3.2. Importancia de la Investigación.

Esta investigación es importante porque ayuda a predecir la situación actual en la que se encuentra el hospital Santa María del Socorro- Ica en lo concerniente a la implementación del sistema de control interno y a partir de allí promover iniciativas para la puesta en marcha de manera pormenorizada y eficiente, por etapas, que supone este proceso de implementación.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la presente investigación no se han encontrado ni presentado límites que se hayan suscitado en su desarrollo académico.

1.5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

- Delimitación Espacial : Hospital Santa María del Socorro - Ica.
- Delimitación Temporal : 2015-2016
- Delimitación Cuantitativa : 1 entidad estatal.

CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Habiendo indagado sobre la presente investigación, se encontraron investigaciones relacionadas a investigar de los siguientes investigadores:

Acuña Alanya Johny Renzo /Chavez Quijada Gabriela Liseth (2013)

“Control Interno en el área de abastecimiento de la Municipalidad distrital de San Agustín de Cajas”; para lograr el título de Contador Público, concluyó:

“El control interno es débil e inadecuado en el Área, Departamento y Unidad de Abastecimiento de las Municipalidades en muestra, así mismo se pudo evidenciar y constatar la situación actual de las organizaciones por cuanto las revisiones determinaron que los funcionarios y servidores públicos desconocen las normativas de control interno que se relacionan con el área de abastecimiento, es por ello que el control interno influye positivamente en el área estudiado”.

Condori Ayamamani, Adelaida Margot (2016) “Control Interno y su incidencia en las adquisiciones directas de bienes y servicios en el

Gobierno Regional Puno Sede Central Periodo 2014-2015”,- título de

Contador Público; concluyó: “Habiéndose realizado la evaluación de la estructura del control interno en cuanto a las compras directas de bienes y servicios, la cual resulto deficiente y a su vez evaluado y analizado el proceso de las adquisiciones directas es posible proponer medidas correctivas en cuanto

al control interno de las adquisiciones directas de bienes y servicios, mediante la propuesta de implementación de políticas y directivas para la adecuada aplicación del proceso de compras directas de bienes y servicios que permitan reducir ambigüedades, confusión o desconocimiento por parte de la Oficina de Abastecimientos y Servicios Auxiliares y las demás áreas usuarias, acerca del proceso de las adquisiciones directas de bienes y servicios”.

Bonifacio Aliaga, Lina Milagros y Espinoza Ticse, Noemi Luz (2012)
“Implementación de un Sistema de Control Interno para una eficiente gestión en el área de abastecimiento de las municipalidades distritales de la provincia de Huancayo”; para sacar el título de Contador Público; concluyó: “Con la Implementación de manuales y procedimientos de control propuestos se logra la optimización del control interno en la protección y seguridad de los bienes estatales, procesos de selección y uso de los recursos públicos”.

Benites Acuña Martha Gloria “El control interno y su influencia en el área de abastecimientos en las municipalidades del Perú: Caso Municipalidad Provincial del Santa, 2014”; para lograr el título de contador público; concluyó: “La aplicación del control interno en forma previa, concurrente y posterior, van a permitir realizar los ajustes a los procesos administrativos va a concretarse en la mejora de la gestión y el alcance de los objetivos y metas institucionales”.

2.2. MARCO LEGAL

“Ley General del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y sus modificatorias Ley N° 27785” (2002).

“Ley del Control Interno en las Entidades del Estado y sus modificatorias”:
Decreto de Urgencia n.° 067-2009 y Ley n.° 29743. (2006)

Ley del Código de Ética de la Función Pública LEY N° 27815 (2002).

Ley 29158 Ley Orgánica del Poder Ejecutivo Ley 29158 (2007)

“Normas técnicas de control interno para el Sector Público”, aprobado mediante resolución de contraloría N° 072-98-CG (1998).

“Directiva N.° 013-2016-CG/GPROD Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”, aprobado por la resolución de contraloría N.° 149-2016-CG (2016).

“Normas de Control Interno”, aprobado por su resolución de contraloría n.° 320-2006-CG (2006).

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1 El Control Interno.

2.3.1.1 Concepto:

Con respecto a control interno, concurren bagajes legales y medidas, los cuales definen la esencia de este mecanismo de control, como son:

“Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República” Ley n.º 27785, (2002)

Conforme al artículo 7º, *“el control interno comprende las acciones de cautela previa, simultánea, y de verificación posterior que realiza la entidad sujeta a control con la finalidad que la gestión de sus recursos, bienes y operaciones se efectuó correcta y eficientemente. Su ejercicio es previo, simultáneo y posterior”*.

“Ley de Control Interno de las Entidades del Estado”, Ley n.º 28716 (2006)

Conforme al artículo 3º, se le denomina como *“el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, registros, organización, procedimientos, y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos indicados”* [...]

“Normas de Control Interno”, aprobadas por resolución de contraloría n.º 320-2006-CG (2006).

Según el numeral 3, *“las normas de control interno constituyen lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades, incluidas las relativas a la gestión financiera, logística, de personal, de obras, de sistemas de información y de valores éticos, entre otras. Se dictan con el propósito de promover una administración adecuada de los recursos públicos en las entidades del estado”*

Del mismo modo, en el numeral II del **“Marco Conceptual de la estructura de Control Interno”**, numeral 1 **Definición y Objetivos**, establece que *“es un proceso integral efectuado por el titular, funcionarios y servidores de un entidad, diseñado para enfrentar los riesgos y para dar seguridad razonable de que, en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los siguientes objetivos gerenciales:*

- i) Promover la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad, así como la calidad de los servicios públicos que presta.*
- ii) Cuidar y resguardar los recursos y bienes del Estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales, así como en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudiera afectarlos.*
- iii) Cumplir la normatividad aplicable a la entidad y a sus operaciones.*

- iv) Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.*
- v) Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales.*
- vi) Promover el cumplimiento de los funcionarios o servidores públicos de rendir cuentas por los fondos y bienes públicos a su cargo o por una misión u objetivo encargado y aceptado.”*

2.3.2 Finalidad

El Sistema de Control Interno permite prevenir riesgos, irregularidades y actos de corrupción en las entidades públicas. Es el conjunto de elementos organizacionales (planeación, control de Gestión, organización, evaluación de Personal, normas y procedimientos, métodos comunicativos y de datos) interconectados y autónomos para asociarse logrando metas y estrategias corporativas igualitariamente. Análoga definición, es una metodología multidireccional, donde los componentes se influyen el uno del otro formado por un modelo integrado que reacciona activamente a los condicionamientos volubles.

2.3.3 Clases de Control Interno

Según la “ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República”, Ley 27785 (2002), control interno puede ser:

Previo y Simultáneo: A cargo tan solo de las autoridades, directivos, funcionarios y servidores públicos de la institución, en competencia inherente a sus funciones que se le confiere, referente a disposiciones

que rigen actividades de organización y procedimientos indicados en programas, reglamentos, guías y prácticas instituciones que rigen la entidad, conteniendo estrategias y reglas de aprobación, registro, inspección, así como seguridad.

Posterior: Es deber de los encargados jefes del servidor o directivo operador (funcionarios con capacidad de decisión) en ejecución de las disposiciones indicadas por ley, del mismo modo del área de Control Institucional conforme a su Plan Anual de Control correspondiente, como evaluador - verificador de los puntos administrativos relacionados uso de los recursos del Estado, y la tarea y realización efectuadas, en relación con los objetivos dispuestos y efectos a obtenerse.

2.3.4 Objetivos del Control Interno

El objetivo es instaurar las normas para normar la elaboración, aprobación, implantación, puesta en marcha, perfeccionamiento, y evaluación del control interno de las entidades, con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos-operativos, con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines objetivos y metas institucionales.

Los vitales propósitos de control interno en cuanto la gestión institucional pública, delimitamos los siguientes:

Operativos:

Que consiste en promover eficiencia, eficacia y transparencia institucional, y velar por los recursos y bienes del Estado.

De cumplimiento:

Acatar la normatividad adaptable a la institución. Estimular la entrega de cuentas.

2.3.5 El Sistema de Control Interno**Concepto**

*“Conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud que desarrollan autoridades y su personal organizados e instituidos en cada entidad del Estado[...]*², destinado al logro de los objetivos institucionales. Asimismo, previene plausibles riesgos que afectan a una entidad pública.

Este sistema tiene como pilar una estructura basada en cinco componentes funcionales que desarrollarán a continuación.

Componentes del Sistema.

La normativa peruana coge lo establecido en Cuadro Integrado del Control Interno (COSO) por sus siglas en inglés (Committee of

² Ley N° 28716 Control Interno de las Entidades del Estado (2006).

Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), estructurada en (5) componentes. Asimismo la Ley del Control Interno de las entidades del Estado Ley n.º 27816 (2006) establece siete (7) componentes, dados por Resolución de Contraloría n.º 320-2006-CG: componentes de Supervisión; actividades de cautela y monitoreo, seguimiento de resultados y mejorar gestión, operaciones, y actuaciones de la entidad sujeta a control, conforme a la Ley n.º 28716, rigiéndose, así los componentes del SCI al COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission). El Sistema de Control Interno distribuye 5 integrantes relacionados a principios, cuya aplicación estimula la mora de la gestión pública, conforme se aprecia del siguiente recuadro:

Cuadro N° 1		
ELEMENTOS SISTEMA CONTROL INTERNO		
COSO	LEY N° 28716	R.C 320-2006-CG
Ambiente Control	Ambiente Control	Ambiente Control
Evaluación Riesgos	Evaluación Riesgos	Evaluación riesgos
Actividades Control	Actividades Control Gerencial	Actividades Control Gerencial
Información y Comunicación	Los sistemas de información y comunicación	Información y comunicación
Supervisión	Actividades de prevención y monitoreo	Supervisión
	Seguimiento de resultados	
	Compromisos de mejoramiento	

Fuente: Directiva N° 013-2016-CG/GPROD aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG

Según lo establecido en el recuadro precedente, procederemos a definir los integrantes del esquema de control interno estatal:

1. **Ambiente de control**, esfera organizativa que promueve la ejecución de prácticas, valores, conductas y reglas adecuadas para el funcionamiento del control interno del área y una administración escrupulosa. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)
2. **Evaluación de riesgos**, fundamentada en reconocer, examinar administrar las causas o circunstancias que afecta contrariamente la ejecución de los objetivos, labores y operaciones de las instituciones. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)
3. **Actividades de control gerencial**, a cargo del titular del pliego, funcionarios que este designe, consistentes en políticas y procedimientos de control impartidas y relacionadas con los roles asignados al elemento humano, para tener la realización de cada uno de los objetivos corporativos. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)
4. **Actividades de prevención y monitoreo**, actividades a adoptarse en el ejercicio y avance de roles supervisores señalados, a fin de resguardar y garantizar, cada una de ellas, su optimización y eficacia para el cumplimiento de los propositos del control interno. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)
5. **Los sistemas de información y comunicación**, referente al almacenamiento, procesamiento, agrupación y publicación de la indicación, cimentados en datos y resultados informáticos asequibles y modernas, que otorguen fiabilidad, claridad y aptitud las

actuaciones de gestión y control interno institucional. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)

6. **Seguimiento de resultados**, *la puesta en prueba y comprobación actual sobre la gestión, logros de políticas en control interno instauradas, incluyendo el accionamiento y/o mitigación de sugerencias y riesgos formulados en informes de control emitidos por los órganos del sistema.* (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)

7. **Compromisos de mejoramiento**, Consiste en autoevaluación del funcionario directivo y empleado administrativo de la institución sujeta a control, a fin de mejorar el control interno y advertir alguna deficiencia susceptible de corrección y superación, teniendo que acatar sugerencias formuladas para mejorar y optimizar sus labores, procedimientos u operaciones. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)

La Directiva N° 013-2016-CG/PROD, aprobada con Resolución de Contraloría n.° 149-2016-CG (2016), indica la matriz de la instauración del control interno en los campos pertinentes institucionales, comprendida en fases, etapas y actividades; fases como planificación, ejecución y prueba, integrada por estadíos y estas últimas, por tareas. Las instituciones deben comenzar o complementar su modo de instaurar, notando la etapa o fase que se encuentra a la fecha, a fin que culmine la implementación. La directriz

de instauración del Sistema Control Interno, consiste en las siguientes fases, etapas y actividades: (Luiggi Santy Cabrera, 2016 pp.10-14)

2.3.6 Etapas de Implementación

I. PLANIFICACIÓN:

La etapa de Implementación permite al titular y principales servidores públicos de la alta dirección o con capacidad de decisión, el compromiso formal de instaurar el control interno y recopilar datos sobre la problemática actual del mismo para identificar deficiencias y fomentar labores para su mitigación por cada elemento de Control Interno.

El comité prepara un informe evaluativo al término de las etapas; La planificación se subdivide en:

1.1 ACCIONES PRELIMINARES

Aquellas actividades que consisten en la formalización del compromiso institucional tendientes a implantar el Área de Control Interno. Comprende, asimismo, las siguientes tareas:

1.1.1 Suscribir acta de compromiso

En esta primera etapa, el jefe y directivos de la Alta Dirección, se responsabilizan de instaurar el Control Interno y constituir el Comité. Incluye a funcionarios de la entidad con capacidad y técnica de decisión. Este control interno debe ser de difusión integral en la totalidad de la institución.

En el caso de concurrir nuevos funcionarios a la alta dirección, posterior a la firma del compromiso formal institucional inicial, se procede a suscribir un acta de compromiso individual (similar a una declaración jurada) en un plazo no mayor a 30 días calendarios posteriores a su designación.

1.1.2 Conformación del Comité Control Interno

Para la conformación formal, mediante resolución o documento equivalente, el titular de la entidad procede a su conformación, haciendo referencia al cargo, unidad orgánica funcional de los funcionarios integrantes. El comité tiene la tarea de conducir el equipamiento del Sistema de control de interno. El número de miembros es de 5 y máximo de 7 integrantes mismo número de suplentes. Los miembros tienen que ostentar jefaturas con condición y facultades para toma de decisiones (Ejemplo: jefe de planeamiento y presupuesto, abastecimiento, dirección o gerencia administrativa, jefe de recursos de humanos, etc.)

Se debe elaborar un reglamento del Comité que detalle funciones y responsabilidades de sus miembros en torno a la implementación, asistencia a sesiones, etc., el cual es aprobado por el titular mediante respectiva resolución. La labor de los miembros suplentes es de apoyo para supervisar y monitorear el cumplimiento de actividades de cada fase. El Comité tiene que

instaurarse en un plazo máximo de 7 días hábiles computados al después de emitida la resolución que aprueba su formación. El Comité realiza sus sesiones cada dos (2) meses como máximo.

El Secretario técnico debe llevar y estar a cargo de un libro de actas y custodiar la data que se genere durante la instauración. Puede concertar uno o más equipos de trabajo como base de implementación, especificando las actividades encargadas. Solicita a cada área orgánica, designar un coordinador de control interno, que facilitan información y atienden dudas del Comité. En coordinación con el titular, se insta al mejoramiento de la gestión por procesos y la superación de riesgos. (Luiggi & Santy Cabrera, 2016 pp 10-14).

1.1.3 Sensibilizar y capacitar en Control Interno

Consiste en aclarar, explicar, dar a conocer dentro de la organización de la entidad lo importante de instaurar SCI y las ventajas institucionales y para los trabajadores.

Esto se realiza a través de un plan de sensibilización a funcionarios y servidores, el mismo se lleva a cabo a través de conversatorios, charlas, seminarios para el personal involucrado directamente con la implementación de las normas y demás

colaboradores de la entidad. (Luiggi & Santy Cabrera, 2016 pp. 10-14).

La capacitación en control interno va dirigida principalmente a los equipos de trabajo involucrados en el proceso de Implementación y progresivamente al personal. Asimismo, involucra aspectos de gestión por procesos y riesgos.

Este debe elaborarse en el plazo de tres (3) meses calendarios siguientes a la instauración del Comité.

1.2 IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS

Son actividades de preparación para la elaboración de diagnóstico sobre la situación de control interno. Ayuda a conocer estado situacional de la entidad. Las actividades que comprenden son las siguientes: (Luiggi & Santy Cabrera, 2016 pp.10-14)

1.2.1 Elaboración del programa de trabajo para realizar diagnóstico del SCI

El Comité debe diseñar un esquema de misión para realizar la evaluación del SCI, aprobado por el titular mediante el correspondiente acto resolutivo, indicando las metas, ámbito y actividades a efectuarse.

Dicho esquema citado permite tener claro el camino de acción como directrices y actividades, orden, previsión estimación de información para el desarrollo del diagnóstico. Incluye objetivos, alcance, actividades, tiempo de ejecución (cronograma) y funcionarios y/o servidores.

1.2.2 Efectuar el diagnóstico del Sistema Control Interno

Mediante este se advierten las falencias con la evaluación de controles, técnicas y la determinación de puntos críticos institucionales, derivado, principalmente, de los documentos de gestión con los que la entidad se maneje. El documento que tiene el producto del diagnóstico del control interno incluye la identificación de brechas evidenciada en las actuaciones.

Para su realización se necesita una evaluación de los controles, tareas (reconocimiento, estructura del mapa de procesos y/o procedimientos, explicación, elaboración manual de gestión de procesos y actividades según técnica para la instauración de gestión por procesos en instituciones públicas PCM e identificación riesgos (elaboración de políticas de puntos críticos, manual y plan concerniente a gestión de riesgos). (Luiggi & Santy Cabrera, 2016 pp.10-14)

Esta labor la realiza el comité bajo responsabilidad por medio del grupo conformado con ayuda de directivos y dirigentes de control interno.

El resultado final es: informe aprobado por el Comité de Control Interno, autorizado por acto resolutivo correspondiente, para diseñar el posterior esquema de trabajo referido al cierre de brechas.

Posterior a 2 años de emitido el informe, no se ha elaborado el esquema de Trabajo es necesario restablecer el diagnóstico, mediante un nuevo análisis. (Luiggi & Santy Cabrera, 2016 pp.10-14).

1.3 ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PARA CIERRE DE BRECHAS

1.3.1 Elaboración esquema de trabajo en base a resultados del diagnóstico Sistema Control Interno

Se procede elaborar un plan de acción conforme a los resultados advertidos en el diagnóstico de la entidad. Se necesita trazar objetivos, funcionarios y/o servidores responsables, las actividades, duración y bienes necesarios.

El citado documento contiene la directriz de acción con el fin de mitigar cada brecha identificada. Describe la brecha con base en la unidad orgánica o dependencia institucional, funcionario o servidor responsable, recursos asignados y plazos de inicio-fin según cronograma de ejecución planteado.

El presente plan es diseñado por el comité y aprobado por el titular³, para su posterior instauración en los términos establecidos y asignación de bienes necesarios. También, debe contener acciones que se definan en armonía con el plan de las actividades del POI y cada unidad orgánica a cargo para avalar una instauración exitosa del SCI. El seguimiento de su cumplimiento está a cargo del comité.

II. EJECUCIÓN

2.1 EJECUCIÓN DE BRECHAS

La ejecución comprende dar cumplimiento al plan de trabajo establecido. Dicha materialización de acciones es planteada en el esquema de trabajo para el fortalecimiento de gestión institucional. Comprende las siguientes actividades:

³ Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado (2016)

2.1.1 Ejecución de tareas definidas en el esquema de trabajo

El titular revisará el programa de trabajo. Cada oficina, sección o unidad orgánica tendrá que coordinar la implementación de las actividades del plan de trabajo, en las actividades diarias.

El jefe de la entidad ordena instauración del esquema de trabajo en el plazo determinado.

Cada oficina implementa las acciones asignada conforme a sus competencias incorporando estas actividades al plan operativo de la entidad.

El Comité y los equipos de trabajo realizan el seguimiento del plan. Asimismo, se ejecutan acciones a fin de cerrar brechas que consoliden la implementación del SCI (que existan las revisiones, estén formalizadas y operando). La Contraloría General verificará los avances e instauración del control interno con verificaciones periódicas de su madurez en aplicativo informático (según lo establecido en la Directiva), denominado Seguimiento y evaluación del sistema Control Interno, otorgado mediante usuario y su respectiva contraseña a la entidad.

III. EVALUACIÓN

Esta etapa debe de llevarse de manera permanente a fin de efectuar el seguimiento y replicar el proceso de instauración para el óptimo

progreso del sistema control Interno. Comprende las siguientes actividades:

3.1 Elaboración reportes de evaluación sobre la Implementación del SCI

Los participantes Comité de instauración control interno institucional deben ejecutar reportes de evaluación concernientes a la planificación y ejecución, visándolos y poniéndose de conocimiento al titular de la entidad, a fin de este conozca el estado situacional, a fin de disponer las acciones correspondientes. Dichos reportes deben registrarse en la aplicación informática de seguimiento y evaluación del SCI.

3.2 Elaboración del informe final

El comité lo elabora al término del plazo de implementación según Anexo N° 3 de la directiva. Es visado y firmado por los miembros del Comité, y con conocimiento, enviado al titular de la entidad, avalando la continuidad del control interno institucionalmente. Se registra en aplicación tecnológica de seguimiento y evaluación SCI. (Shack Muro, 2016).

3.3 Retroalimentación para la mejora continua del SCI

Conforme a los informes de evaluación, el comité replica constantemente el modo de instauración SCI, a fin de

comprobar lo planificado con lo realizado y que la entidad pueda alcanzar el grado de desarrollo continuo SCI.

2.3.7 Normativa Cronológica del Control Interno en la Legislación Peruana

Con el transcurrir del tiempo y con la sistematización de las funciones del SNC y la CGR- Perú, el Control Interno ha estado permanentemente cambiando, a fin de hacer efectivo los fines para la cual fue creado: A continuación, los diversos bagajes normativos, cuya finalidad, es de recalcar, era de potenciar el mismo en sus distintos ámbitos de aplicación:

Ley de Control Interno de las Entidades del Estado. Ley N° 28716 (18 de abril del 2006)

Ley promulgada en el mandato presidencial del Señor Alejandro Toledo Manrique. Dicha ley en su artículo 1, tiene como objeto “establecer las normas para regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra las prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales. Asimismo, cita el artículo 7° de la Ley Orgánica del

Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, como fuente sistemática”.

Asimismo, establece su ámbito de aplicación a todas las áreas del Estado, establecidas en el artículo 3° de la citada ley orgánica; cita los componentes el control interno, los cuales son:

- Ambiente de control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de control gerencial
- Actividades de Control y Monitoreo
- Sistemas de Información y Comunicación
- Seguimiento de resultados
- Compromisos de mejoramiento.⁴

Es necesario instaurarlo en los procesos, actividades, bienes, operaciones y actos internos, correspondiendo al Titular y funcionarios responsables de órganos directivos y ejecutivos de la entidad, la aceptación de las actividades vitales para la implementación. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)

Su funcionamiento es perenne, dinámico y abarca la totalidad de organización y actividades institucionales, desarrollándose en forma previa, simultánea o posterior.

⁴ Ley de Control Interno de las Entidades del Estado (2006) Componentes del Sistema de Control Interno. Artículo 3°

Finalmente, la contravención de la presente Ley, acarrea consecuencias administrativas funcionales, originando: la sanción conforme a ley, independientemente de las consecuencias civiles o penales a que hubiere lugar de ser el caso. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23)

Normas de Control Interno, aprobada con Resolución de Contraloría N 320-2006-CG de 3 de noviembre 2006.

El citado bagaje legal, fue elaborado en concordancia con las definiciones y actual perspectiva bosquejada por las fundamentales institucionales internacionales especializadas en la materia aceptando los aportes institucionales y profesionales anexadas al tema; resaltándose su carácter orientador, técnico, integral y proactivo. (Leonarte Vargas, 2014 pp.23).

Asimismo, una definición ya más técnica de Control Interno, entendida como disposiciones, ideas y procesos de instauración y normalización del control interno en los específicos ámbitos de la actividad administrativa- funcional institucionales, incluida la gestión económica, abastecimiento, RRHH, obras, red de información, valores éticos, entre otras.

Sus objetivos son: 1.-Trabajar de manera referencial en el punto de control interno para la publicación de disposiciones institucionales, y

establecer las actuaciones administrativas y operativas derivados de la misma; 2.- Liderar la elaboración detallada de normas para desarrollar procesos institucionales e información gerencial institucional; y 3.- Instruir y agrupar la ejecución del control interno en las entidades.

Asimismo, establece normas generales para todos los componentes del sistema control interno.

Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado, aprobada con Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG de 30 de octubre 2008. (DEROGADA)⁵

Dicha guía, reunía disposiciones, instrumentos y técnicas y, exponía con mayor ahondamiento términos utilizados en las Normas de Control Interno; a fin de orientar su efectiva y adecuada instauración. Asimismo, proponía instituir términos de tiempo para dicho fin, conforme a la Ley y Normas de Control Interno, el mismo que, de acuerdo al artículo segundo de la citada resolución, establecía veinticuatro (24) meses para la instauración del Sistema Control Interno desde el siguiente día de su publicación; y al vencimiento de los primeros doce (12) meses, las instituciones deberán emitir un

⁵ Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG (2017) “Guía para la implementación y fortalecimiento del Control Interno en las Entidades del Estado” Artículo 3°

informe con las conclusiones de la instauración del control interno como resultado de la autoevaluación, indicando las metas alcanzadas.

Decreto de Urgencia N° 067-2009, que modifica el artículo 10 de la Ley N° 28716 “Ley de Control Interno de las entidades del Estado”

En virtud que en aquellos años, no se expedían los directrices de gestión que rijan, de manera clara, las obligaciones institucionales del sector público, era vital que la Ley 28716 y la normatividad de control dictada por la CGR - Perú se apliquen progresivamente, considerando el entorno de las funciones estatales, es así, la aplicación del Control Interno debió hacerse de manera progresiva.

Es de destacar en este punto, al momento de darse las normas de Control Interno para las instituciones entidades, la administración pública se encontraba, en comparación con las normas de control, atrasadas.

Ley N° 29743, modificación al artículo 10° de la Ley 28716 “Ley del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado”

La citada normativa en su artículo 1° establece esquema y legislación técnica de control que emite CGR – Perú para instaurar SCI, partiendo de naturaleza en funciones institucionales, proyectos de inversión, actividades y programas sociales que estas administran.

Asimismo la citada en su artículo 2° derogó los artículos 2 y 3 del Decreto de Urgencia 067-2009, los cuales modificaron el artículo 10 de la Ley 28716.

Ley N° 30372 Ley del Presupuesto del Sector Público para el años Fiscal 2016, Quincuagésima tercera disposición Complementaria Final. (DEROGADA)⁶

Disposición, que implanta en todos los órganos estatales y poderes de gobierno, en el contexto normativo de la Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las entidades del Estado, el menester de instaurar el control interno en treinta y seis (36) meses, desde la vigencia de la presente Ley. A fin de cumplirlo, la Contraloría General de la República del Perú difundirá disposiciones conteniendo los plazos por cada etapa y estrato gubernamental, así como otras directrices pertinentes.

“Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG que aprobó la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD” “Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado”.

Si revisamos atentamente las medidas de esta directiva, encontramos que entre sus aspectos más destacables se encuentra el patrón de instauración del sistema control interno. Así, el numeral 7, se detalla paso a paso las fases, etapas, actividades, a seguir para que las entidades

⁶ Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal (2019) 122° precepto complementario final de la Ley N° 30879.

logren secuencialmente consolidar el control interno, para lo cual el primer paso es observar la etapa y fase del modelo en que se encuentran. Es importante señalar que la directiva en comentario ha establecido distintos plazos máximos en meses para su instauración en las diversas instituciones estatales de acuerdo a la función al nivel gubernamental.

Directiva N° 006-2019 denominada “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”, aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG de 15 de mayo de 2019.

I. Antecedentes:

Adaptada a las instituciones públicas del Artículo 3° Ley N° 27785, Ley del SNC y de la Contraloría General de la República, exceptúa al (FONAFE) y empresas bajo su supervisión; y la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y entidades financieras bajo su supervisión, las cuales acatarán, esquemas globales de control interno y vigilancia bursátil; Así que, urgen tener directrices que normen la instauración del control interno bajo los citados conceptos.

El propósito de la Ley N.º 28716 en las instituciones estatales, es de sentar las pautas para regentar la elaboración, aprobación, instauración, puesta en marcha, optimización y examinación del control interno en los organismos gubernamentales, estableciendo

requerimientos y deberes para el jefe y funcionarios estatales, concernientes a instaurar y funcionar del Sistema Control Interno (en adelante, SCI).

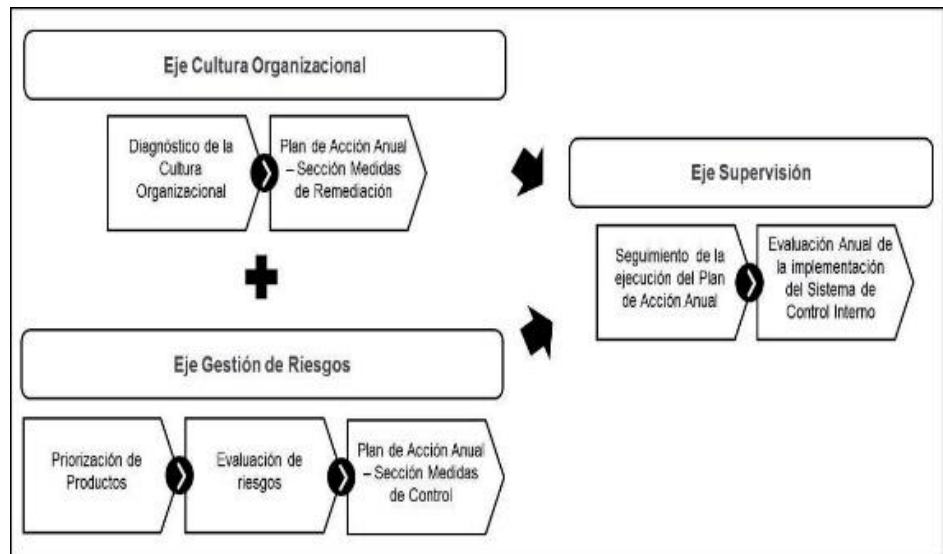
También, en el artículo 9° del citado cuerpo legal se regula la actuación del OCI (Órgano de Control Institucional) señalando como competencia:

- a) Efectuar control preventivo sin carácter vinculante, optimizando la supervisión y progreso de procesos, actividades e instrumentos de control interno, sin prejuzgar u opinar su función, vía control posterior;
- b) Actuar de oficio en prácticas y ejecuciones estatales que reparen elocuentes indicios de ilegalidad, ocultación o incumplimiento, transmitiendo al Titular de la entidad para adoptar medidas subsanables pertinentes; y c) Verificar acatamiento de mandatos jurídicos y directivas internas ajustable institucionalmente de las unidades orgánicas y su personal.

Además, en su artículo 11° de la Ley N.° 28716, concordante con el artículo 32° k) de la Ley del SNC de la CGR- Perú, Ley N.° 27785, la Contraloría incorpora logros de la evaluación concretada por el SNC sobre el control interno gubernamental, su informe anual de gestión presentado al Poder Legislativo.

En virtud a la Ley N.º 30879, la Contraloría General de la República, mediante la Directiva incorpora un nuevo enfoque en el proceso de implementación del SCI, cuyo fin es que las entidades estatales implementen dicho sistema como instrumento de gestión perenne contribuyendo a lograr los propósitos institucionales y fomentar gestión eficaz, infalible, ética y diáfana.

La instauración del SCI se efectúa progresivamente, ejecutándose a través de tres (3) ejes y siguiendo los pasos que se indican debajo de cada uno de ellos:



Para la instauración del SCI, con la vigencia directiva hasta junio de 2020, se empleará el próximo calendario, teniendo el periodo excepcional para emprender las pautas detallados:

Entregable	Plazo
Diagnóstico Cultura	30/092019.

Organizacional	
Programa de Acción Anual - Grupo Medidas Remediación	31/10/2019.
Programa Actividad Anual – Grupo Medidas Control	Primer entregable, 30/11/2019. Los demás entregables, Grupos 1 y 2, 30/04/2020.
Primer reporte monitoreo Programa de Acción Anual	31/07/2020, con información obtenida al 30/06/2020.

En ese sentido, la Contraloría ha puesto al alcance de las entidades estatales el aplicativo informático del SCI, un entorno de trabajo donde se registra y adjunta la información documentada advirtiendo o sustentando la instauración SCI, a fin de dinamizar su ejecución, seguimiento y evaluación.

El titular de la entidad, autoridad jerárquica institucional máxima, solicitará a la Contraloría el acceso al programa informático del SCI y generar el acceso con el perfil “funcionario responsable” para la máxima autoridad administrativa de la entidad. Asimismo, puede generar, como máximo, cinco (05) accesos al aplicativo informático con el perfil “operador” para los funcionarios o servidores públicos que van a apoyar en el registro y seguimiento de las actividades correspondientes a la instauración del SCI de la entidad evaluada.

I. Clasificación de instituciones para instaurar el SCI

Grupos entidades	Entidades integrantes
Grupo 1 NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL	Poderes del Estado, Ministerios, Organismos Constitucionalmente Autónomos, Empresas públicas fuera del FONAFE, instituciones de nivel de gobierno similar e instituciones adscritas y ejecutoras.
	GORES, no las direcciones regionales ni sus unidades ejecutoras independientes administrativa y económicamente.
	Municipalidad de Lima Metropolitana, Provincial del Callao y sus distritos, entidades adscritas y unidades ejecutoras (Empresas públicas fuera de FONAFE, Sociedades de Beneficencia, entre otras.
Grupo 2 REGIONAL	Direcciones regionales y unidades ejecutora administrativa y económicamente autónomas, no la sede central; ejemplo: Hospitales Regionales, (UGELES), y empresas de GORES
Grupo 3 LOCAL	Municipalidades provinciales tipo A y B según MEF; y, distritales tipo D y E según MEF hasta con 70% de población urbana, e instituciones adscritas a estas (Empresas públicas fuera de FONAFE, Beneficencias, entre otras).
	Municipalidades distritales con menos de 70% de población urbana, tipo F y G según MEF, e instituciones adscritas a estas (Empresas públicas fuera de FONAFE, Sociedades de Beneficencia, otras.

II. Encargados de instaurar del SCI y funciones

2.1 Titular de la entidad

Más alta autoridad jerárquica institucional, encargada de instauración del SCI. Funciones:

- a. Participar en la urgencia de entregable incluidos en el SCI, y aprobarlos.
- b. Verificar - admitir documentación remitida en acatamiento de los lineamientos.
- c. Pedir a CGR, accesos al entorno informático del SCI.
- d. Empezar actividades que aseguren el rastreo, al entorno informático del SCI, de la información documentada según lineamientos.
- e. Usar información del SCI para decidir sobre la entidad y sus actividades.
- f. Sentar las pautas necesarias para hacer cumplir la directiva.

2.2 Unidad Orgánica encargada de instaurar SCI

Unidad orgánica que trata de planificar, ejecutar, acompañar y evaluar el SCI. Conforme al status gubernamental, la unidad orgánica encargada de implementar el SCI es:

- a. Nacional: Secretaría General o a fin.
- b. Regional: Gerencia Regional o a fin.
- c. Local : Gerencia Municipal o a fin.
- d. Otras entidades: Máxima unidad orgánica administrativa institucional.

3.3 Participación de otras Unidades Orgánicas en instaurar SCI

Por atribución y misión, son Unidades orgánicas participantes en la instauración del SCI, responsables de la forma o ejecución de las metas priorizadas o ámbitos importantes de soporte (preparación, costos, logística, contrataciones, RRHH, comunicaciones, integridad pública, entre otros). Labores:

- a. Coordinar con la Unidad Orgánica encargada de instaurar el SCI, la puesta de esenciales acciones para su instauración.
- b. Brindar información solicitados por la Unidad Orgánica responsable de instaurar el SCI, esencial para acatar la directiva.
- c. Determinar que funcionarios públicos, con experiencia en el funcionamiento de las metas priorizadas o ámbitos de soporte, contribuyan en esenciales acciones para acatar la directiva.

III. Mecanismo a fin de instaurar el SCI

Respecto a instaurar el SCI, instituciones públicas ejecutan pautas en virtud a los 3 ejes indicados precedentemente

Cultura Organizacional

Pauta 1: Valoración Cultura Organizacional

Pauta 2: Plan de Acción Anual – área Medidas de solución

Gestión de Riesgos

Pauta 1: Urgencia entregables

Pauta 2: Valoración de riesgos

Pauta 3: Programa de Acción Anual – Área disposiciones de Control

Eje Supervisión

Pauta 1: Monitoreo Ejecución del Programa de Acción Anual

Paso 2: Valoración Anual instauración SCI.

3.1 Eje Cultura Organizacional

Lo conforman: ambiente de control e información y comunicación.

Aquí se inician requisitos adecuados para lograr metas institucionales. Entonces, la institución fortalecerá la gestión con un componente orgánico idóneo, dictado de obligaciones, medios efectivos de comunicación, protocolo para incorporar y retener staff idóneo, así como un ambiente organizacional óptimo para prácticas, valores éticos y normas de conducta.

Pautas:

Paso 1: Valoración de Cultura Organizacional

Se reconoce la condición de cultura organizacional y falencias.

En el supuesto de instaurar el SCI por primera vez y, no haya dicho test, la unidad orgánica encargada de instaurar tiene que absolver

interrogantes referente al área Cultura Organizacional del “Cuestionario de Evaluación de la Implementación del SCI”, con la data proporcionada por las unidades orgánicas, según sus funciones.

Paso 2: Programa de Acción Anual – área medidas de solución

Disponer disposiciones de solución

Al identificarse una falencia, deben ceñirse los protocolos que remedien o superen, eficaz, oportuna y eficientemente. Estos protocolos son las disposiciones de solución. A fin de plantearlas, se utilizan los siguientes implementos de recolección de data: entrevistas, encuestas, seminarios de participación, brainstorm, expertos, otros. Con estos instrumentos, se garantiza que las disposiciones establecidas superen la falencia y sean viables de instaurar.

Diseñar Programa de Acción Anual – área disposiciones de Solución

Al establecerse la disposición de solución, se asigna a la unidad orgánica responsable, plazo, medios (evidencia o comprobación) que concederán supervisar el acatamiento y como sugerencias,

indicar lo fundamental para afianzar el acatamiento de dicha disposición, registrándolo en el entorno informático del SCI.

Acoger Programa de Acción Anual – área disposiciones de Solución

La unidad orgánica responsable de instaurar el SCI, visará el programa diseñado y se le enviará al Titular para su revisión y validación, imprimiéndose el “Programa de Acción Anual – Sección disposiciones de solución”, en la plataforma informática SCI.

Validado el plan, se digitalizará (formato PDF) anexando en el aplicativo, hasta el 31/03/2020 anualmente. Luego, se remitirá a las unidades orgánicas responsables de ejecutar disposiciones de solución.

4.2 Gestión de Riesgos

Conformado: valoración de riesgos y actividades de control. Integra el reconocimiento y valoración de orígenes que afecten negativamente la consecución de metas institucionales, referentes al acopio de los resultados dados a la población (bienes/servicios públicos), y establecer las medidas de control que disminuyan aparición de dichos orígenes.

Para instaurar este eje, la unidad orgánica encargada de implantar SCI y las unidades orgánicas participantes, deben seguir los siguientes pasos: 1.- Priorizar productos, 2.- Evaluar riesgos y; 3.- Programa de Acción Anual – áreas Medidas de Control; siguientes:

1: Priorizar Productos

a. Reconocer productos

La herramienta de gestión que tenga la entidad depende de un buen reconocimiento de los productos que se van a añadir:

1. Si cuenta con PEI (Plan Estratégico Institucional), reconoce acciones institucionales claves derivados de objetivos fundamentales institucionales Tipo I (bienes o servicios finales dados a usuarios ajenos de entidad). Los productos son estas acciones estratégicas institucionales.
2. Si es de uno o varios programas presupuestales, según competencia y geografía, contemplan secuencia de valor, existente en la matriz del marco lógico. En dicha secuencia se identifican resultados directamente (en programas presupuestales bienes/ servicios finales dados a usuarios ajenos a la entidad).

3. Si no cuenta con PEI, no es parte de un presupuesto, utiliza alternativamente, para identificar los resultados, los siguientes documentos de gestión:

Programa de Desarrollo Institucional.

Programa de Desarrollo Concertado.

PEI del pliego, institucional, provincial o regional, cuyo ámbito geográfico este ubicado.

b. Priorizar los productos

Posterior al paso 1, se priman los resultados considerando, entre otros, los siguientes criterios:

- Trascendencia para la colectividad: resultados inherentes a salud, educación, vivienda, transporte, baja policia, ambiente, servicios básicos que la entidad de mediata o inmediatamente, conforme a su finalidad.
- Presupuesto fijado al resultado, mayor a la asignación presupuestal.
- Cooperación a las metas del Tipo I (PEI) o efecto específico (Programa Presupuestal): esenciales resultados para alcanzar modificaciones o efectos esperados en una determinada colectividad.

- Rendimiento: resultados con bajo rendimiento. Calificación determinada por la misma institución, considerando las fases de acatamiento de los patrones fijados en PEI u otro documento de gestión. Asimismo, se utiliza data de otras raices oficiales como el INEI, MEF, CEPLAN, entre otros.

Por último, una alternativa de resultados priorizados se elabora y expone al Titular para aprobación.

Paso 2: Evaluar riesgos

a. Reconocer riesgos

Con el resultado enfatizado, reconocer peligros que afectan su disposición. Se utilizan las siguientes herramientas para recopilar data: entrevistas, encuestas, talleres participativos, brainstorm, mapas conceptuales; fichas técnicas de procesos, entre otros.

b. Valorar los peligros

Por cada peligro identificado se valora la posibilidad que ocurra y su impacto que generaría en el otorgamiento del resultado principal. Estos dos patrones se incrementan y así tienen la fase de peligro: deficiente, intermedio, óptimo y muy óptimo. De la data, la aplicación del SCI causará esquema de riesgos

permitiendo representar sencillamente el nivel los peligros identificados.

c. Tolerancia al riesgo

Reconocer los peligros y estados, se especifica que se reducirá con herramientas de supervisión, conforme a la comprensión al riesgo que la institución determine, conforme a:

- Instituciones grupo 1, plantean herramientas de supervisión de riesgos con niveles medio, alto y muy alto.

- Instituciones grupo 2 y 3, determinan actividades de supervisión para los riesgos latentes y muy latentes.

Paso 3: Plan de Acción – área Medidas de Control

a. Establecer las Medidas de Control

Por cada peligro determinado, se ponen las herramientas para disminuirlo eficaz, oportuna e infaliblemente. Estas acciones constituyen medidas de control y son políticas, procedimientos, técnicas u otros mecanismos disminuyendo dicho peligro.

b. Efectuar programa de actividad Anual – área Medidas de Control

Al determinarse la medida de control, se identifica la unidad orgánica encargada de su ejecución, tiempo, recursos (prueba o sustento) que permitirán supervisar el acatamiento y, como sugerencias, señalar la data esencial fijando el acatamiento de tal medida.

c. Acoger programa de actividad Anual – áreas Medidas de Control

Posteriormente, el órgano/unidad orgánica que instaura el SCI visará el proyecto diseñado y envía al titular para revisar y aprobar; se imprimirá el “Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control”, en la plataforma informática.

4.3 Fundamento Supervisión

Comprende la supervisión. Engloba el grupo de acciones que concede la razón de instaurar el SCI, monitoreando la puesta Programa de actividad Anual organizado conforme al desarrollo de ejes Cultural- Organizacional y Gestión de Riesgos, y el test anual de instauración SCI.

Asimismo, las disposiciones de subsanación y supervisión conforman el Programa de Acción Anual, siendo la raíz para ejecutar los pasos de esta fase.

Al instaurar esta fase, la unidad orgánica responsable de instaurar el SCI y las áreas participantes de dicho proceso, deberán emprender lo siguiente: 1.- Monitoreo puesta del Programa actividad Anual y 2.- Test anual instauración SCI; detallados a continuación.

Paso 1: Monitoreo ejecución del Programa de acción anual

Se efectuará permanente y seguidamente, vigilando su acatamiento, con la evidencia y sustento indicados para supervisar, conforme los plazos establecidos y sabiendo los principios para plantear su ejecución.

Paso 2: Monitoreo Anual de instauración del SCI

La entidad conoce el nivel de instauración del SCI, realizada desde el 02 de enero al 31 de enero del siguiente año. Se desarrolla “Cuestionario de Evaluación de la Implementación del Sistema de Control Interno”, con la información de unidades orgánicas institucionales, acorde sus competencias, relativo al periodo anterior (fecha tope 31/12).

Las soluciones de interrogantes incluidas en el cuestionario y sustentos son monitoreadas conjuntamente, calculando nivel de

progresión SCI. La operación busca cuantificar la instauración total en las tres fases.

Finalizado el desarrollo del citado cuestionario, se imprime de la plataforma virtual SCI el “Reporte de Evaluación Anual de la Implementación del Sistema de Control Interno”, cuya conformación se establece en el Anexo N° 11. El reporte se visa por la unidad orgánica a cargo de instaurar el SCI y remitido al Titular de la entidad para su conocimiento y adopción de acciones que estime pertinentes.

El Plazo de implementación del SCI Las entidades del Estado que se encuentran bajo los alcances de la presente Directiva, deben implementar su SCI, conforme al plazo establecido en la Centésima Vigésima Segunda Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30879, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2019, el cual vence el 30 de junio 2020.

2.3.8 Situación actual del Nosocomio Santa María del Socorro- Ica de cara instauración SCI.

A la fecha, el nosocomio Santa María del Socorro - Ica se encuentra en la etapa de Planificación, puesto que han formado el Comité de Implementación del Control Interno, no pudiendo continuar con el

avance a las siguientes fases de la implementación, debido a factores de índole humano, como son el retardo en la implementación, el cambio o rotación de los funcionarios de la alta dirección con capacidad de decisión y a la falta y cultura evaluativa de los funcionarios de la entidad, lo que deviene obviamente en actos de corrupción y no cautela en las actuaciones y actuaciones administrativas.

Agregado a ello, se suma la falta de conocimiento por partes del funcionario y servidor de la entidad de las normas de control interno, además de carencia procesos y mecanismos de control en el desarrollo de sus procedimientos funcionales competentes a cada función; y la falta de interés y capacidad profesional por parte de los citados funcionarios, quienes han hecho de las conductas que no tienen un debido control administrativo, el modo habitual del ejercicio de sus funciones.

Es así, que mediante Informe N° 14-2016-HSMS-ICA/OCI “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”, evaluación comprendida entre los meses de setiembre del 2015 a Octubre 2016, elaborado por el Órgano de Control Institucional del nosocomio Santa María del Socorro - Ica, se evaluó distintos puntos referentes a dicha implementación los cuales comprenden:

1. Nivel de progreso y/o resultados obtenidos en la instauración del Control Interno en el Nosocomio Santa María del Socorro-Ica.⁷

El Órgano control interno se encuentra en PLANIFICACIÓN, y su objetivo es la formulación del “Plan de trabajo” que incluya las actuaciones dirigidos a instaurar adecuadamente el control interno. A razón de ello, el órgano de Control Institucional, verificó los siguientes avances:

- Compromiso de la Alta Dirección: Con fecha 12 setiembre 2014, mediante acta n.º 01 “Acta de Compromiso para la Implementación del Control Interno”, el director ejecutivo, director administrativo y jefe de la Unidad de Personal, manifestaron su voluntad de instaurar, mantener y optimizar el control interno a nivel institucional.
- Conformación de los integrantes de Control Interno: La directora ejecutiva de la entidad, mediante Resolución Directoral N° 086- 2016-HSMSI/UPER de 15 de marzo del 2016 (1 año y 6 meses después aproximadamente), resuelve la actualización del comité de control interno, quedando conformado de la siguiente manera:

Miembros titulares:

Presidente: director administrativo

Secretario: Jefe de Planeamiento Estratégico

⁷ Informe N° 14-2016-HSMS-ICA-OCI “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado” (2015 – 2018)

Miembro 1: Jefe de la Unidad de Personal

Miembro 2: Responsable del área de control previo

Miembros suplentes:

Presidente: Jefe de la Unidad de Logística

Secretario: Jefe de la Unidad de Economía

1er miembro: Responsable de Control patrimonial

2do miembro: Responsable de caja chica de la entidad.

Teniendo en cuenta que dicho comité está a cargo de la conducción de los procesos de implementación y evaluación del SCI.

- Actuaciones adoptadas por el Comité Implementación SCI del Nosocomio Santa María del Socorro - Ica en cumplimiento de sus funciones.

Mediante memorando n.º 842-2016-HSMSI/DE de 29 de abril del 2016, se evidencia el acta de reunión de trabajo del Comité de Control Interno, en la cual se detalla lo siguiente:

- El jefe Planeamiento Estratégico, que desempeña el cargo de secretario del Comité de control interno, dispuso elaborar el Cronograma de actividades el diagnóstico en la instauración del control interno, el mismo que fue aprobado por todos los integrantes: Cronograma de Actividades para diseñar la valoración de control interno:

Tabla 1
Cronograma de actividades- Implementación Control Interno HSMSI-ICA

Objetivos	Actividades	Responsable	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Etapa Preoperativa	Difusión y publicación del programa de trabajo a través de internet y extranet mediante el link denominado "Control Interno"									
	Solicitar relación de funcionarios y directores de cada oficina y departamento									
	Dictar la charla de sensibilización en el tema a los coordinadores del sistema de control interno.									
Desarrollo diagnostico	Preparación matriz de encuesta SCI.									
	Revisión y aprobación de la encuesta por CCI									
	Desarrollo de aplicativo informático de la encuesta									
	Aplicación encuesta									
	Entrega de resultados									
Informe diagnostico	Análisis y evaluación de los resultados									
	Conclusiones Recomendaciones									
	Informe Final									

Fuente: Informe N°14-2016-HSMS-ICA-OCI "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" Periodo setiembre 2015- Octubre 2016 de 28 de octubre de 2016.

- El presidente del Comité de Instauración del CI manifestó que en 15 días convocará a todos los integrantes del Comité para proseguir con las funciones encomendadas.

Seguidamente, el 26 de julio de 2016, se efectuó una reunión de trabajo contando con la participación de los señores Director

Ejecutivo, jefe del órgano de Control Institucional y miembros Comité Implementación, tratándose los siguientes puntos:

- *El secretario del Comité de Instauración del sistema de control interno dio a conocer el avance de la citada implementación que se encuentra en Planificación- cronograma de actividades de diagnóstico del control interno.*
- *El jefe del Órgano Control Institucional explico los antecedentes de la citada instauración, dando a conocer que ha transcurrido 30 meses y que solo se han hecho 3 acciones que comprenden:
 - i) formación del comité de instauración del control interno,*
 - ii) Documento compromiso de los funcionarios, iii) cronograma de trabajo para elaborar el diagnóstico de la implementación del control interno, indicando que muchas veces el trabajo se paraliza por los constantes cambios de los funcionarios y directivos y así se van pasando los días y no se avanza las actividades programáticas.**

Asimismo el citado funcionario indicó que de acuerdo a lo establecido en la “quincuagésima tercera disposición complementaria final de la ley N° 30372”, “Ley del Presupuesto Público para el año 2016”, tienen la misión todas las áreas de los tres estamentos gubernamentales de instaurar el sistema de control interno en 36 meses, dictando la Contraloría General de la República del Perú la Resolución de Contraloría n.º 149-2016-CG,

que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado” y las entidades públicas que están en proceso deben Incorporarse gradualmente en su Reglamento de funciones y organización y Manual de Operaciones.

2.3.9 Situación Actual del nosocomio Santa María del Socorro - Ica y la directiva N° 006-2019 “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”

Conforme al Informe N° 16-2019-HSMS-ICA/OCI “Seguimiento de la Implementación del Sistema de Control periodo enero- noviembre de 2019”, el nosocomio presentó a la CGR en el plazo indicado los entregables referentes a los ejes organizacionales; sin embargo, se presentaron situaciones adversas que afectaron el cumplimiento íntegro del primer entregable: como son:

1. Al año 2019, la entidad no efectuó plática sobre concientización, orientada a funcionarios y trabajadores de rectitud, honradez y su valía en administración estatal.
2. No hay procedimiento autorizado que reciba denuncias contra funcionarios y trabajadores que vulneren rectitud y/o reglas de conducta, solo se advierte la Resolución de designación del Secretario Técnico.

3. Carencia de capacitación sobre control interno durante los dos últimos años a trabajadores que son parte del órgano responsable de instaurar SCI.
4. La entidad carece de tipificación en su RIS de RRHH, o documento análogo, situaciones infractoras por omisión a las labores concernientes a instaurar SCI.
5. La entidad no difunde a la ciudadanía data de su presupuesto, semestralmente, en los canales de comunicación que dispone (página web institucional, portal de transparencia).
6. No revisa por mes la relación de trabajadores inhabilitados en el PAS, para reconocer si algunos de sus trabajadores están comprendidos en la relación y hacer cumplir con la normativa.
7. No informa trimestralmente en medios de comunicación internos (e- mail, intranet, periódico mural, notas oficiales, entre otros), a trabajadores la necesidad de tener SCI.

Requerimiento de entrada aplicación informática del SCI

Se verificó el titular de entidad *solicitó* a la CGR el acceso a la plataforma informática del SCI a través de correo electrónico emitido

controlinterno@contraloria.gob.pe, generando los siguientes accesos:

En resumen, se verificó lo siguiente:

Acceso en el aplicativo informático del SCI	Cargo en la entidad
<i>Titular</i>	<i>Director Ejecutivo</i>
<i>Funcionario responsable</i>	<i>Director Administrativo</i>
<i>Operador 1</i>	<i>Jefe del Departamento de Medicina</i>
<i>Operador 2</i>	<i>Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico y Presupuesto</i>
<i>Operador 3</i>	<i>Jefe de la Unidad de Logística</i>

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
<i>Directiva N.° 006-2019-CG/INTEG</i>	<i>Literal c) del numeral 6.5.1 del punto 6.5 de las Disposiciones Generales</i>	<i>Cumplió</i>

Primer Entregable: Diagnóstico de la Cultura Organizacional con vencimiento al 30 de setiembre de 2019

El primer entregable tiene relación con el eje Cultura Organizacional y su finalidad es identificar las deficiencias de este eje y obtener el diagnóstico solicitado en el Primer Entregable. A continuación, se verificó el Paso 1:

El Anexo N.º 1 de la Directiva, denominado “Cuestionario de Evaluación de la Implementación del Sistema de Control Interno” contiene un total de cincuenta y ocho (58) preguntas, distribuidas en 3 secciones. La primera, Cultura Organizacional, relacionada con el desarrollo del Paso 1, que contiene 22 preguntas de las cuales sólo se contestarían las 15 aplicables: números 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 20.

Cabe señalar que en las respuestas proporcionadas por la entidad de la sección Cultura Organizacional se constató lo siguiente:

- Cuando la respuesta fue “Sí”, se constató la existencia de la evidencia o sustento y su inclusión en la plataforma informática del SCI, como medio de verificación.
- Cuando la respuesta fue “Parcialmente”, se constató la existencia de la evidencia o sustento y su inclusión en el aplicativo informático del SCI, como medio de verificación. Asimismo, se verificó que se incluyó el proyecto de Acción Anual – Medidas de Remediación (al haberse identificado una deficiencia del eje Cultura Organizacional).
- Cuando la respuesta fue “No”, se constató que se incluyó en el Programa de Acción Anual – disposición de auxilio (al haberse identificado una deficiencia del eje Cultura Organizacional).

- Cuando la respuesta fue “NA” (no aplicable), se constató la existencia de la evidencia o sustento y su inclusión en el aplicativo informático del SCI.

Al respecto, como resultado de la verificación efectuada a las respuestas de la indicada sección, se obtuvo lo siguiente:

N.º de pregunta	Pregunta	Cumplimiento	Observación o comentario de la evaluación por el OCI/UO
1	En este año, ¿la entidad realizó alguna plática de concientización a los trabajadores, sobre rectitud, integridad y cuan vale en la administración pública?	NO	
2	¿La entidad tiene lineamientos aprobados que regulen conducta de trabajadores en el ejercicio de sus labores?	SI	Se advierte el Reglamento Interno de Trabajo del Personal Administrativo y Asistencial del Hospital Santa María del Socorro de Ica, aprobado por Resolución Directoral N° 117-2013-HSMSI-UPER de

			29 de mayo de 2013, modificado mediante Resolución Directoral N° 282-2017-HSMSI/DE de 2 de octubre de 2017
3	¿La entidad cuenta con un procedimiento autorizado para denuncias contra sus trabajadores que atenten la rectitud o normas de conducta?	NO	Se advierte la Resolución Directoral N° 261-2019-HSMSI/DE de 22 de abril de 2019, a través del cual designan como responsable de la Secretaría Técnica al CPC. José Andrés Castilla Meza en adición a sus funciones como Director Administrativo, del nosocomio Santa María del Socorro - Ica, no obstante, no se evidencia procedimiento que permita establecer el trámite para recibir denuncias.

4	¿Los trabajadores parte de la unidad orgánica responsable de instaurar el SCI recibieron capacitación en control interno?	NO	
6	¿La entidad cuenta con al menos un trabajador que se dedique primordialmente a la concientización, a las unidades orgánicas para instaurar del SCI?	SI	Se advierte la Resolución Directoral N° 417-2019-HSMSI/DE de 27 de junio de 2019 a través de la cual se resolvió aprobar la actualización del CCI. Se advierte el Reglamento del CCI. No obstante con la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG, aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG publicada el 17/05/2019 se deja sin efecto la constitución de los CCI.

			Sin embargo, se advirtió que el funcionario a cargo de Implementar el SCI es el Director Administrativo.
8	¿Se difundió a los trabajadores información de la sumisión, metas o resultados, en los medios de comunicación e información que tengan (e-mails, intranet, anuncio, notas oficiales, y otros?	SI	Se advierte, un impr pant de la página de Facebook de ña entidad donde se visualiza reuniones de coordinación con el personal del hospital.
9	¿Se efectúa una prueba anual del rendimiento de los funcionarios?	SI	Se advierte el informe n.º 001-2019-GORE-ICA-HSMSI/C.G.E.S a través del cual la Responsable de las Estrategias hace llegar la evaluación del personal CAS, se evidencia el formato de evaluación de desempeño laboral del Personal Profesional y

			Técnico por Contrato Administrativo de Servicio (CAS) del HSMSI – 2018 de un servidor asistencial.
12	¿Se utiliza guías de rendimiento para contar el logro los objetivos, o resultados?	SI	Se advierte la Nota N° 091-2019-DIRESA-U.E.405-HSMSI/D.E. de 29 de marzo de 2019, a través del cual se hacen llegar los indicadores de gestión de 2018 al director regional de salud.
13	¿Se tipifica en su RIS de RRHH, o registro análogo, acciones infractoras por omisión de tareas asociadas a instaurar SCI?	NO	
14	¿Presentó el titular de la entidad entrega de Cuentas de Titulares según Ley y en el plazo establecido?	SI	Se advierte el memorando circular n.° 033-2019-HSMSI/J-UPER, a través del cual el Jefe de la Unidad de

			<p>Personal solicita a los funcionarios la presentación del formato de declaración jurada, información que no concuerda con lo solicitado.</p> <p>No obstante, en el caso del Hospital Santa María del Socorro es una Unidad Ejecutora del Gobierno Regional de Ica, en este caso es el Pliego quien presente la rendición de cuenta a la contraloría, sin embargo, remite información a efectos de que sea consolidada.</p>
15	<p>¿Se difundió a la ciudadanía data del presupuesto semestralmente, en medios de comunicación (internet, tabloide mural, notas, documentos, otros?</p>	NO	<p>Se advierte la impresión de un reporte sobre marco presupuestal Vs. Certificación 2019 de fecha 26 de setiembre de 2019, no</p>

			obstante, no se evidencia publicación a través de algún medio de comunicación del mismo.
16	Mensualmente se registra INFOBRAS sobre el avance físico de las obras públicas?	<i>No Aplicable</i>	Las obras son efectuadas a través del Gobierno Regional de Ica.
17	¿Se revisa mensualmente los trabajadores inhabilitados en el PAS, para identificar si funcionarios están inmersos y proceder según Ley?	NO	
18	¿Utiliza la Dirección ejecutiva referencias del SCI para tomar decisiones?	SI	Se advierte el Informe N° 93-2019-GORE-ICA-DIRESA-HSMSI-OPE - avance de ejecución presupuestal al 24 de setiembre de 2019.
20	¿Se Informa en los medios de comunicación internos (e-mails, intranet, tabloide mural, notas oficiales, entre	NO	

	otros), trimestralmente a los trabajadores sobre la relevancia tener SCI?		
--	---	--	--

Asimismo, se constató que la entidad *presentó* en la plataforma informática el entregable primero, Diagnóstico de Cultura Organizacional *el 30 de setiembre de 2019*.

En resumen, se verificó lo siguiente:

Respuestas a las 15 preguntas del cuestionario del Anexo N.º 1 de la Directiva e identificación de deficiencias

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Numeral 7.2.1 del punto 7.2 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Presentación a la CGR del Entregable primero (Diagnóstico de la Cultura Organizacional) dentro del plazo (al 30 de setiembre de 2019)

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Quinta Disposición Complementaria Transitoria	<i>Cumplió</i>

Segundo Entregable: Programa de Acción Anual – área Medidas de subsanación con vencimiento al 30 de octubre de 2019

El segundo entregable tiene relación con el eje Cultura Organizacional. A continuación, se verificó el Paso 2:

Se verificó que de las quince (15) preguntas del cuestionario del Anexo N.º 1 de la Directiva y cuyas respuestas fueron registradas en la plataforma informática del SCI, aquellas que tuvieron como respuesta “Parcialmente” o “No” se identificaron deficiencias que se establecieron como disposición de remediación en la Sección Herramientas de Remediación del Plan de Acción Anual que figura en el Anexo N.º 2 de la Directiva.

Asimismo, se verificó en dicha sección si por cada herramienta de remediación se asignó la unidad orgánica responsable de ejecutar, plazo, métodos que permitan revisar el cumplimiento y las sugerencias pertinentes, todo ello de acuerdo al formato del Anexo N.º 2 de la Directiva. Además, se comprobó, a la fecha del presente informe, que se *cumplieron* los plazos de implementación planificados en esta sección para las medidas de remediación registradas.

Adicionalmente, se constató que la sección Herramientas de Remediación del Programa de Acción Anual en formato PDF (previamente visado por la unidad orgánica responsable de instaurar SCI y refrendado por el titular de entidad) fue enviado a la CGR a través de la plataforma informática del SCI dentro del plazo excepcional establecido (30 de octubre de 2019).

En resumen, se verificó lo siguiente:

Establecimiento de las herramientas de remediación por cada falencia identificada

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal a) del numeral 7.2.2 del punto 7.2 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Elaboración de la Sección herramientas de Remediación por cada acción de remediación (según Anexo N.º 2 de la Directiva)

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal b) del numeral 7.2.2 del punto 7.2 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Visación por la unidad orgánica a cargo de instaurar del SCI de la Sección Medidas de subsanación de Programa Acción Anual.

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.2.2 del punto 7.2 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Aprobación por el Titular de la Sección Medidas de Remediación de Programa Acción Anual

Dispositivo legal	Obligación plantada en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.2.2 del punto 7.2 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Comprobación, a la fecha del presente informe, de los plazos de implementación planificados de las herramientas de Remediación del Plan de Acción Anual

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Ley 28716	Literales b) y c) del artículo 9	<i>No aplica</i>

(*): “No aplica” en el caso que aún no haya(n) vencido el(los) plazo(s) planificados para su implementación, según lo señalado en la Sección de Medidas de Remediación del Plan de Acción Anual.

Presentación a la CGR del Segundo Entregable (proyecto de Acción Anual – área Medidas de Remediación) dentro del plazo (al 30 de octubre de 2019)

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Quinta Disposición Complementaria Transitoria	<i>Cumplió a través de la presentación en plataforma informática del SCI</i>

Tercer Entregable: Programa de Acción Anual – Fase herramientas de Control con vencimiento al 29 de noviembre de 2019

El tercer entregable tiene relación con la herramienta Gestión de Riesgos. A continuación, los pasos que se verificaron:

Se verificó que se identificaron los productos servicios públicos y se priorizaron de acuerdo al criterio siguiente: (i) relevancia para la población. Asimismo, se constató que se *aprobó* dicha priorización, *a través del Plan Operativo Institucional para el año 2019, aprobado por Resolución Ejecutiva Regional N° 0109-2019-GORE.ICA/GR de 4 de abril de 2019.* En resumen, se verificó lo siguiente:

Identificación de productos

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal a) del numeral 7.3.1 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Priorización de productos

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal b) del numeral 7.3.1 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Aprobación de priorización por el Titular

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal b) del numeral 7.3.1 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Respecto a la evaluación de riesgos

Se verificó que se seleccionó un (1) producto y que por éste se identificó el riesgo que afecta su provisión y que por peligro

identificado, se valora la probabilidad de ocurrencia e impacto (según el Anexo N.º 6 de la Directiva), generándose el mapa de riesgos a través de la plataforma informática del SCI.

Asimismo, se verificó que la entidad determinó su tolerancia al riesgo *del riesgo identificado*, determinó *aqué* que *sería reducido* a través de medidas de control y estableció *la medida* de control para *mitigarlo*.

Adicionalmente, se constató que se elaboró la Matriz de Evaluación de peligros, de acuerdo al Anexo N.º 8 de la Directiva.

En resumen, se verificó lo siguiente:

Identificación de riesgos *del producto priorizado*

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal a) del numeral 7.3.2 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Valoración de probabilidad e impacto por cada riesgo

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal b) del numeral 7.3.2 del punto 7.3 de	<i>Cumplió</i>

	las Disposiciones Específicas	
--	-------------------------------------	--

Elaboración de Matriz de Evaluación de Riesgos

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.3.2 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Respecto a la Sección Herramientas de Control del Plan de Acción

Se verificó que la entidad *estableció* mecanismos de control por cada peligro determinado en la matriz de evaluación de riesgos, entendiendo estas medidas como aquellas que permiten disminuir eficaz, oportuna y eficientemente. Cabe señalar que son políticas, actuaciones, métodos u otras maneras que permiten disminuir dicho riesgo.

Asimismo, se verificó que la entidad *registró* en el formato del Anexo N.º 2 de la Directiva que, por medida de control establecida se haya identificado la unidad orgánica responsable de ejecutar, plazo, maneras que permiten observar el acatamiento y las

sugerencias relevantes para asegurar el cumplimiento de las medidas.

Adicionalmente, se verificó que el Programa Acción Anual – Fase herramientas de Control, que contiene mínimo un producto priorizado, fue registrado en el aplicativo informático del SCI, visado por la unidad orgánica que instaura SCI, refrendado por Titular de la entidad, digitalizado formato PDF y adjuntado en la plataforma.

Por último, se verificó que el Tercer Entregable se presentó dentro del plazo excepcional establecido (29 de noviembre de 2019).

En resumen, se verificó lo siguiente:

Establecimiento de instrumentos de control por cada riesgo determinado

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal a) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Elaboración de la Sección instrumentos de Control del Plan de Acción por cada medida establecida (según Anexo N.º 2 de la Directiva)

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal b) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Visación de la unidad orgánica responsable de instaurar SCI de la Sección Medidas Control Plan de Acción

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Aprobación por el Titular de la Sección herramientas de Control del Plan de Acción

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

Presentación a la CGR del Tercer Entregable (Plan de Acción con mínimo un producto, según Anexo N.º 2 de la Directiva) dentro del plazo (29 de noviembre de 2019)

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>Cumplió</i>

El Plan de Acción Anual se remitió a las unidades orgánicas de la entidad responsables de ejecutar los instrumentos de supervisión:

Dispositivo legal	Obligación establecida en	Cumplimiento
Directiva N.º 006-2019-CG/INTEG	Literal c) del numeral 7.3.3 del punto 7.3 de las Disposiciones Específicas	<i>No Cumplió</i>

2.3.10 El retardo en la implementación. Fundamentos.

Conforme al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se entiende por retardo a “la demora, tardanza o retención⁸ con la que algo se hace, ejecuta o realiza, con la finalidad de apaciguar, demorar o también imposibilitar los objetivos de alguna situación en concreto”.

Ahora bien, trasladándonos al tema materia de investigación el retardo de la instauración de la normativa en control interno dentro de la entidad constituye una desventaja, un aspecto negativo y nulo que trae como consecuencia un inadecuado manejo y supervisión de las actuaciones y recursos, así como la gestión que desarrolla la entidad estatal, en el presente trabajo de investigación, al hospital Santa María del Socorro-Ica.

La labor del Órgano de Control Institucional de dicho nosocomio, dentro de sus actividades de control establecidas en su Plan Anual de Control 2016⁹, es efectuar la ejecución del servicio relacionado

⁸ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española- RAE (2019) versión Online <https://dle.rae.es/?id=WGYTCc4>

⁹ Resolución de Contraloría N° 067-2016-CG (2016)

denominado “Evaluación de la implementación del Control Interno”, la misma que se efectúa de manera anual y que en reiteradas oportunidades, de la evaluación a las respuestas por parte de la entidad sobre la implementación del mismo, se observa que no viene implementando o, a duras penas, un deficiente o casi nulo progreso en las etapas de implementación según directiva del ente rector, denotando una falencia observable por parte de la entidad.

En virtud de ello, de la evaluación a la documentación remitida por la Dirección Ejecutiva, así como de las reuniones que ha tenido el funcionario jefe del órgano de Control institucional, se puede advertir que los fundamentos y razones por las cuales se presenta este retardo al instaurar las normas de CI son las siguientes:

- Desidia
- Falta interés
- Falta de cultura evaluativa de las actuaciones
- Cambio constante de los funcionarios con capacidad de decisión.
- Desconocimiento de las Normas de Control Interno.

A continuación, se citarán algunos hechos observados en la entidad referida a la carencia de mecanismos de control en algunas oficinas relacionadas a sistemas administrativos:

Unidad de Personal - Sistema de Gestión de RRHH.

Regida por Unidad de Personal, donde se advirtió lo siguiente:

Carencia de directiva de concursos públicos de mérito para la asignación de plazas orgánicas y de cambio de grupo ocupacional para trabajadores nombrados

Los concursos públicos de méritos son convocados públicamente, se encuentran a cargo de una Comisión de proceso de selección, la cual elaboran las bases del presente concurso, sin embargo, las mismas no se encuentran alineadas a otro documento normativo o de gestión, lo que trae como consecuencia que el citado comité no asuma o desconozca sus funciones, además de presentarse inconsistencias en la etapa de impugnación.

Por otro lado, al efectuarse los concursos internos de cambio de grupo ocupacional, los cuales también se encuentran a cargo de una comisión, sus funciones la efectúan conforme a las bases diseñadas por estos miembros, sin embargo las mismas no se respaldan en normativa interna o documento de gestión, lo que origina que se efectúe la evaluación o el cambio de grupo ocupacional de manera errónea, favoreciendo a determinados trabajadores.

Sistema Abastecimiento.

Regida por la oficina de la Unidad de Logística de la entidad, la misma que también evidencia observaciones como son:

Falta de acreditación u especialización de los miembros del Comité de selección en Contrataciones del Estado.

Dicha observación ha sido, de manera reiterada, indicada en los informes de auditoría y otras actividades de control efectuada por el Órgano de Control Institucional, lo que origina que los comités responsables de contratar bienes y servicios no desarrollen idónea y adecuadamente sus funciones, además de riesgos en las actuaciones de selección.

Ausencia de un inventario de expedientes de procedimientos de selección de bienes y servicios; Originando la pérdida, sustracción de los mismos y una falta de control documental de los expedientes.

Falta de firma en el Resumen ejecutivo de estudios de mercado para contratar bienes y servicios

Originando desconocimiento y falta de veracidad en la elaboración del estudio de mercado y comparación de precios para fijar el valor referencial del proceso de selección.

Sistema de Tesorería

Carencia de resguardo adecuado de Cartas Fianzas

A pesar de existir una directiva de custodia de cartas fianzas, la misma no es de cumplimiento por parte del tesorero de la entidad, el mismo que solo atina a guardar los documentos de carta fianza en favor de la

entidad en cajones de escritorio; debiendo ser las mismas celosamente custodiadas en un ambiente con las respectivas seguridades que amerita.

2.3.10 Evolución histórica de las normas de Control Interno.

Setiembre 1992.- COSO I Control Interno Marco Integrado (Comisión Treadway)

“En 1992, el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission” (COSO), publicó el Marco Integrado de Control Interno (el marco original). Este marco original obtuvo una gran afluencia, utilizado mundialmente. Asimismo, es el marco líder para diseñar, implementar y desarrollar el CI y evaluar su eficiencia en las organizaciones sea estatales o privadas.

1992.- INTOSAI Organización Internacional de Instituciones Fiscalizadoras Superiores Directrices para las Normas de Control Interno.¹⁰

En junio, la Comisión de Normas de Control Interno de la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) publicó lineamiento para el Control Interno, las cuales exponen normas orientadas a los responsables de la Administración pública, a fin de que las utilicen para ejecutar una

¹⁰http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/CGRNew/as_contraloria/as_portal/Conoce_la_contraloria/LaContraloriaenelMundo/INTOSAI/ La Contraloría General de la República del Perú es miembro de la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) desde 1968.

constitución eficiente de control interno, y que los auditores oficialmente empleen para supervisarla.

Normas Técnicas de Control Interno (CGR) (1998)

Aprobadas mediante Resolución de Contraloría n.º 072-98-CG promulgada en la política de modernización del Estado, cuyo fin era establecer reglas básicas uniformes que guíen el actuar de las entidades públicas, su efectividad, eficiencia y economía en sus operaciones, orientadas a una óptima organización del Control Interno y eficacia administrativa.

COSO II. Gestión de Riesgos Corporativos – Marco Integrado. (2004)

La meta fundamental del marco consiste en el apoyo a los directivos de empresas y funcionarios organizacionales de algún tipo para administrar eficientemente el peligro relacionado al acatamiento de objetivos institucionales. Pero como riesgo tiene diversas acepciones, la principal meta consistía en integrar distintas visiones del riesgo en un marco donde se establezca una única definición, identificando los componentes que lo conforman, y se describan los conceptos claves.

Ley de Control Interno de las Entidades del Estado Ley n.º 28716 (2006)

Mediante esta ley promulgada el 18 de abril 2006, se busca que el control interno sea dinámico, seguido y que alcance todo el ámbito institución y procedimientos internos, desarrollándose previa, simultánea o posteriormente, de acuerdo a ley.

Las actuaciones - efectos son pasibles al estudio análisis continuo por la administración institución, avalando rapidez, confiabilidad, modernización y optimización del control interno, teniendo la responsabilidad el jefe la supervisión de su funcionamiento, bajo responsabilidad funcional.

Normas de Control Interno, aprobadas por Resolución de Contraloría n.º 320-2006-CG, publicada el 3 de noviembre del 2011 (2006)

Diseñadas conforme a los conceptos y enfoques actuales, tomados en cuenta por la mayoría de las primordiales organizaciones mundiales especializadas en la materia, se definen como lineamientos, ideas, procedimientos e indicaciones de ejecución y tramitación del control interno en las ámbitos administrativos pertinentes y operación institucionales, incluidas aquellas de gestión financiera, logística, recursos humanos, construcción de obras, sistemas informáticos y valores éticos.

Guía para la Implementación del Control Interno, aprobadas mediante Resolución de Contraloría n.º 458-2008-CG (2008).

Documento técnico y guía a la gestión pública y gobierno gubernamental, también normativa emitida por los diferentes estamentos gubernamentales, del mismo modo las dictadas por los órganos regentes de las áreas administrativas.

“Directiva n.º 013-2016-CG/GPROD Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, aprobado por Resolución de Contraloría” n.º 149-2016-CG (2016)

Precisa los conceptos básicos del control interno en los estamentos estatales. Asimismo, recalca los preceptos básicos del control interno y su instauración en entidades del estado

2.4 MARCO CONCEPTUAL

a. Control Interno.

Definido como proceso integral realizado, ejecutado y monitoreado por la gestión institucional, consistente en reconocer, afrontar y mitigar los riesgos que derivan de sus procedimientos, asegurando la consecución de la misión institucional, y el logro de las metas institucionales, es decir, la administración orientada a disminuir y reducir los riesgos. Es previo, simultáneo y posterior.

b. Sistema de Implementación de las Normas del control interno

Como su propio nombre lo indica, es un sistema que agrupa los elementos de organización (planeamiento, nivel de cumplimiento de los preceptos institucionales, organización de componentes humanos, reglas y procedimientos, sistemas informáticos y comunicación) ligados y autónomos, buscando alcanzar las metas e ideales institucionales de manera conjunta. No es que el SCI sea un protocolo en progresión; la aplicación de elementos se asemeje al efecto dominó; sino que es un mecanismo que apunta a muchos ámbitos, y que cada componente influye el uno del otro conformando un sistema agrupado que funciona vitalmente a las condiciones cambiantes entidad sujeta a control.

c. Riesgo

Resultado adverso opuesto y que contraviene el objetivo de un determinado procedimiento.

d. Gestión Pública

Rama que se enfoca en la correcta y eficiente administración de los recursos del Estado, a fin de satisfacer las necesidades de la ciudadanía e impulsar el desarrollo del país. Dirigida a profesionales de diversas áreas que desean desempeñarse en el sector público.

e. Sistemas Administrativos

Artículo 46° Ley Orgánica que regula el funcionamiento del Poder Ejecutivo n.º 29158, indica que “los sistemas administrativos tienen por finalidad regular la utilización de los recursos en las entidades de la administración

pública, promoviendo la eficacia y eficiencia en su uso. Dentro de los mismos encontramos, según detalle:

Gestión de Recursos Humanos.

Abastecimiento

Presupuesto Público.

Tesorería

Endeudamiento Público

Contabilidad

Inversión Pública

Planeamiento Estratégico

Defensa Judicial del Estado

Control

Modernización de la gestión Pública”.

f. Contraloría General de la República del Perú

Organismo constitucionalmente autónomo con independencia administrativa, funcional, económica y financiera, encargada de supervisar y guiar con eficiencia el control gubernamental, apuntado el accionar al fortalecimiento e integridad del desenvolvimiento de las entidades, maximizando la utilización de los recursos, disminuyendo riesgos que se encuentran inherentes en sus procedimientos.

g. Funcionario público

Reglamento del Decreto Legislativo N° 276, ley de Bases de la Carrera Administrativa (LBCA), aprobado por Decreto Supremo N° 005-90-PCM, define la naturaleza jurídica de funcionario público como el ciudadano que es elegido o designado por autoridad competente, acorde al ordenamiento

legal, para desarrollar cargos de más alto nivel en la administración pública.

Por otra parte, la Ley 27815, Ley Marco del empleo público, utiliza la expresión empleado público (artículo III) y dentro de ella distingue al funcionario público; definiéndolo como “el que desarrolla funciones de preeminencia política, reconocida por norma expresa, que representa al Estado o a un sector de la población, desarrolla políticas de Estado y/o dirigen organismo o unidades públicas”. (Lizarraga, 2019)

h. Servidor Público.

De acuerdo al Código de ética artículo 4 ley n.º 27815, se considera como servidor público a “todo funcionario, servidor o empleado de las entidades de la Administración Pública, en cualquiera de los niveles jerárquicos sea éste nombrado, contratado, designado, de confianza o electo que realiza funciones directamente vinculadas al cumplimiento de las funciones sustantivas y de administración interna de la entidad”.

Citamos como ejemplo al jefe de abastecimiento (Logística), jefe de recursos humanos, jefe de la oficina de presupuesto y planeamiento, y el personal nombrado que trabajan en dichas áreas.

i. Unidad ejecutora

Conforme a lo establecido en el decreto supremo n.º 035-2012-EF Texto Único Ordenado de la Ley n.º 28693 Ley General del Sistema Nacional de Tesorería (2012), promulgada el 29 febrero 2012, una unidad ejecutora es

“la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran”.

Como ejemplo, podemos citar la entidad objeto de presente trabajo de investigación.

j. Sistema Nacional de Tesorería

Grupo de organismos, disposiciones, técnicas e instrumentos guiados a administrar los fondos públicos en las entidades del ámbito público, cualquiera la fuente de financiamiento y uso, basado en los principios de unidad de caja y economicidad. (Aliaga, 2015)

2.5. FORMULACION DE LAS HIPOTESIS

2.5.1. Hipótesis General

El retardo en instaurar control interno afecta los sistemas administrativos en el nosocomio Santa María del Socorro -Ica.

2.5.2 Hipótesis Especificas

1. La desidia y la falta de interés de los directivos (funcionarios) de la alta gestión y jefaturas para la instauración del control interno afectan los sistemas administrativos institucionales nosocomio Santa María del Socorro -Ica.

2. Las irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos en trasgresión al control interno generan riesgos en las actuaciones y operaciones en los actos de administración interna y de atención al público hospital Santa María del Socorro- Ica.

2.6 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

2.6.1 Definición conceptual de las variables

Hipótesis General

Variable Independiente (X)

Instauración del de control interno: Conjunto de normas que comprenden actividades de supervisión previa, simultánea y posterior realizada en la entidad, a fin de que la gestión y manejo de sus bienes, operaciones y recursos se efectúe eficiente y correctamente, en cautela y armonía con principios del control gubernamental.

Variable Dependiente (Y)

Sistemas Administrativos: Grupo de principios, procedimientos, técnicas e instrumentos, normas de organización de la gestión pública (planificación, coordinación, puesta en marcha, supervisión y análisis- evaluación) efectuadas a todo nivel de la organización estatal en la administración pública.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 1

Variable Independiente (X)

Desidia y Falta de interés: Entendida como la falta de ganas o de interés de hacer o concretar algo.

Variable Dependiente (Y)

Sistemas Administrativos: Grupo de principios, procedimientos, técnicas e instrumentos, normas de organización de la gestión pública (planificación, coordinación, puesta en marcha, supervisión y análisis-evaluación) efectuadas a todo nivel de la organización estatal en la administración pública

Hipótesis Específica 2

Variable Independiente (X)

Irregularidades: Situación adversa presente en la administración pública que tiene como objetivo desviar el correcto fin y objetivo de una determinada situación.

Variable Dependiente (Y)

Riesgos en los Sistemas Administrativos: Situaciones adversas presentes en las funciones administrativas efectuadas en todos los niveles de la organización y procedimientos interinstitucionales, cometidas y originadas, en la mayoría de los casos, por un factor humano.

2.6.2 Definición Operacional

Instauración de normas de control interno: En la presente investigación se pretende explicar el modo que se lleva a cabo este proceso en el nosocomio II-1 Santa María del Socorro- Ica, a fin de analizar su situación y proponer alternativas de solución.

Sistemas Administrativos: En la presente investigación se pretende explicar de qué manera los sistemas administrativos pueden mejorar sus procedimientos aplicando las normas de control interno.

Desidia / falta de interés: En la presente investigación, es un fundamento por el cual se asienta el retardo de la instauración de control interno en la entidad, pretendiendo analizar, proponer alternativas de solución para mitigarlo y/o erradicarlo de la entidad.

Irregularidades: En la presente investigación, y en un ámbito adverso, también es un fundamento por el cual se asienta el retardo en la instauración de control interno, pretendiendo analizar y proponer alternativas de solución para mitigarlo y/o erradicarlo de la entidad.

Riesgos en las actuaciones administrativos: En la presente investigación y en un ámbito adverso, es la consecuencia que deriva del retardo y la inexistencia de instauración de normas de control interno,

pretendiendo analizar y proponer alternativas de solución a fin de erradicarlo en la entidad

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO GENERAL: VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Operacionalización	
			Indicadores	Tipo de Variable
Retardo en la instauración de las normas Control Interno	Demora, tardanza, detención en la aplicación, adaptación e instauración de control interno en los esquemas y procedimientos administrativos	Demora, tardanza, detención en la aplicación, adaptación e instauración de control interno en los esquemas y procedimientos administrativos	Ley 28716 Ley 28775 Directiva Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado N° 013-2016-CG/GPROD “	Cualitativa
Sistemas Administrativos	Sistemas relacionados a la administración (administrar, organizar o gestionar recursos, o un esquema de pautas a fin de encaminar el cumplimiento de los preceptos de un organización	Abastecimiento Tesorería Contabilidad Recursos Humanos Planeamiento y Presupuesto Control Bienes Estatales Presupuesto	Unidad Logística Unidad Economía área de Contabilidad Unidad Planeamiento Estratégico Área de Contabilidad	

Objetivo Específico 1: Variable Independiente y dependiente.

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Operacionalización	
			Indicadores	Tipo de Variable
Desidia y falta de interés	Negligencia, falta de cuidado, carencia de ánimo hacia un objeto, persona, narración, situación, función, etc.	Funcionarios públicos Negligencia en los actos funcionales de los funcionarios públicos	Jefe de Logística Jefe de Economía Jefe de Contabilidad Jefe de Planeamiento	Cualitativa
Sistemas Administrativos	Sistemas relacionados a la administración (administrar, organizar o gestionar recursos, o un esquema de pautas a fin de encaminar el cumplimiento de los preceptos de un organización	Abastecimiento Tesorería Contabilidad Recursos Humanos Planeamiento y Presupuesto Control Bienes Estatales Presupuesto	Unidad Logística Unidad Economía área de Contabilidad Unidad Planeamiento Estratégico Área de Contabilidad	

Objetivo Específico 2: Variable Independiente y dependiente.

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Operacionalización	
			Indicadores	Tipo de Variable
Irregularidades cometidas por funcionarios públicos	En la administración Pública, es toda aquella malversación, desfalco, cohecho, u otra inmoralidad en la gestión o administración pública.	Funcionarios públicos Servidores públicos	Mal uso de los recursos. Desconocimiento, falta de interés. Corrupción Cambio de cargos de los funcionarios públicos.	Cualitativa

Sistemas Administrativos	Sistemas relacionados a la administración (administrar, organizar o gestionar recursos, o un esquema de pautas a fin de encaminar el cumplimiento de los preceptos de un organización)	Abastecimiento	Unidad Logística	
		Tesorería	Unidad Economía	
		Contabilidad	área de Contabilidad	
		Recursos Humanos	Unidad Planeamiento Estratégico	
		Planeamiento y Presupuesto		
		Control		
		Bienes Estatales	Área de Contabilidad	
		Presupuesto		

- **Hipótesis General**

- Variable Independiente (X): El retardo en la instauración de control interno.

- Indicadores:

- X1. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República. Ley n.º 27785

- X2. Ley del Control Interno de las Entidades del Estado promulgada el 18 de abril del 2006. Ley n.º 28716

- X3. Directiva n.º 013-2016-CG/GPROD Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, aprobada por Resolución de Contraloría n.º 149-2016-CG (2016)

- **Variable Dependiente (Y) : Sistemas administrativos**

- Indicadores:

- Y1. Abastecimiento
- Y2. Tesorería
- Y3. Contabilidad
- Y4. Planeamiento
- Y5. Control
- Y6. Presupuesto Público

- **Hipótesis Específicas**

- **Primera Hipótesis**

La desidia / falta de interés de funcionarios en la alta dirección en la instauración del CI afecta los sistemas administrativos del nosocomio II-1 Santa María del Socorro – Ica.

Variable Independiente (X): Desidia y falta de interés de los funcionarios de la alta dirección

- Indicadores:

- X1. Funcionarios Públicos.

- X2. Negligencia en los actos funcionales de los funcionarios públicos.

Variable Dependiente (Y) : Sistemas Administrativos

- Indicadores:

- Y1. Abastecimiento

- Y2. Tesorería

- Y3. Contabilidad
- Y4. Planeamiento
- Y5. Control
- Y6. Presupuesto Público

Segunda Hipótesis

Irregularidades cometidas por funcionarios y trabajadores públicos trasgrediendo al control interno generan riesgos en las actuaciones de sistemas administrativos en el hospital Santa María del Socorro - Ica.

Variable Independiente (X): Irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos

- Indicadores:
 - X1. Mal uso de los recursos.
 - X2. Corrupción
 - X3. Cargos de los funcionarios.

Variable Dependiente (Y): Riesgos en las actuaciones de los sistemas administrativos.

- Indicadores:
 - Y1. Deficiencia en el manejo de los recursos públicos.
 - Y2. Desconocimiento
 - Y3. Falta de Interés, corrupción
 - Y4. Cambios de funcionarios en las jefaturas de sistemas administrativa.

CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de investigación

Conforme al objetivo de la investigación, se configura en virtud a la problemática actual y objetivos formulados. El presente estudio reúne los requisitos suficientes para calificarla de investigación “aplicativa”; es por ello que en su ejecución en el punto teórico conceptual se ha apoyado en preceptos y terminología sobre el control interno aplicado en entidades estatales, como integrante del control gubernamental aplicado en la entidad objeto del presente estudio.

3.1.2 Nivel de Investigación

El trabajo de investigación es “descriptiva” en un primer plano, posteriormente es “explicativa” y finalmente “correlacionada” conforme a los fines y objetivos para lo cual es redactada.

3.1.3 Diseño

La presente investigación es descriptiva, explicativa y causal.

3.1.4 Método

El método aplicado fue el descriptivo; completándose con el método estadístico, analítico-deductivo, inductivo, aplicación de encuestas, entre otros.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 15 funcionarios que desempeñan funciones en el nosocomio
Santa María del Socorro- Ica.

Muestra: Funcionarios la Alta Dirección, de cargos con capacidad de
decisión y de gestión del Hospital Santa María- Socorro

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnicas:

Observación, revisión documental, referencia bibliográfica y
encuesta.

3.2.2 Instrumentos:

Cuestionario.

3.4 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO, ENTENDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS RECOLECTADOS

Par el presente estudio, se han utilizado técnicas como la estadística, así
como la tabulación, procesamiento - análisis de los resultados obtenidos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

La presente labor de Investigación la he ejecutado atravez de las encuestas,
porque son de manera anónimas, a fin de resguardar la opinión e integridad
de las personas que realizaron las encuestas, teniendo como principio la
confidencialidad. Y del mismo modo se respeta el principio ético genuino y
propiedad intelectual

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar la aseveración de la interrogante planteada en la investigación “EL RETARDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO EN LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA” periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

Los objetivos trazados en el estudio de la presente investigación son:

- a. Concientizar y exhortar a los miembros de las instituciones del Estados el conocimiento de adaptación y ejecución del control interno en las áreas funcionales, así como en sus procedimientos a los estándares de control gubernamental.
- b. Difundir y extender los componentes que conforman la estructura del control interno en los diferentes estamentos y etapas, y así fortalecer el control interno institucional del Estado al desarrollo de sus procedimientos y operaciones.
- c. Supervisar que los funcionarios, servidores públicos estén profesionalmente capacitados para aplicar el control de la entidad pública en las actividades operacionales y cotidianas en la entidad.

Los logros y objetivos obtenidos en cada uno de las metas específicas, llevan al logro del propósito general de la investigación; permitiendo cotejar la hipótesis del trabajo, a fin de ser aceptada, según el grado de significación que tenga.

Encuesta de Opinión

1. ¿Tiene Usted conocimiento de las normas de Control interno?

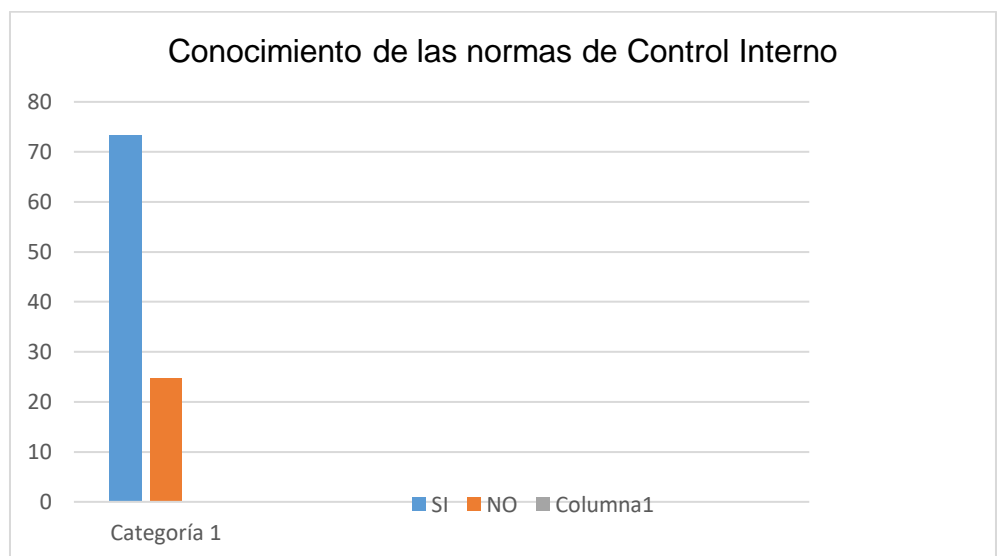
SI (11)

NO (4)

Tabla 1

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios con conocimiento	11	73.3
Funcionarios sin conocimiento	4	26.7
Total	15	100

Gráfico 1 estadístico



Interpretación:

La tabla 1 y el gráfico 1 muestra que un 73.3% de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro de Ica tiene conocimiento de las normas de control interno y un 26.7% no tiene conocimiento.

Sobre el particular, se advierte un mínimo desconocimiento originado por la decidía de los mismos en involucrarse en los temas de control en las operaciones institucionales.

2. ¿Conoce Usted la utilidad e importancia del Control Interno en el hospital?

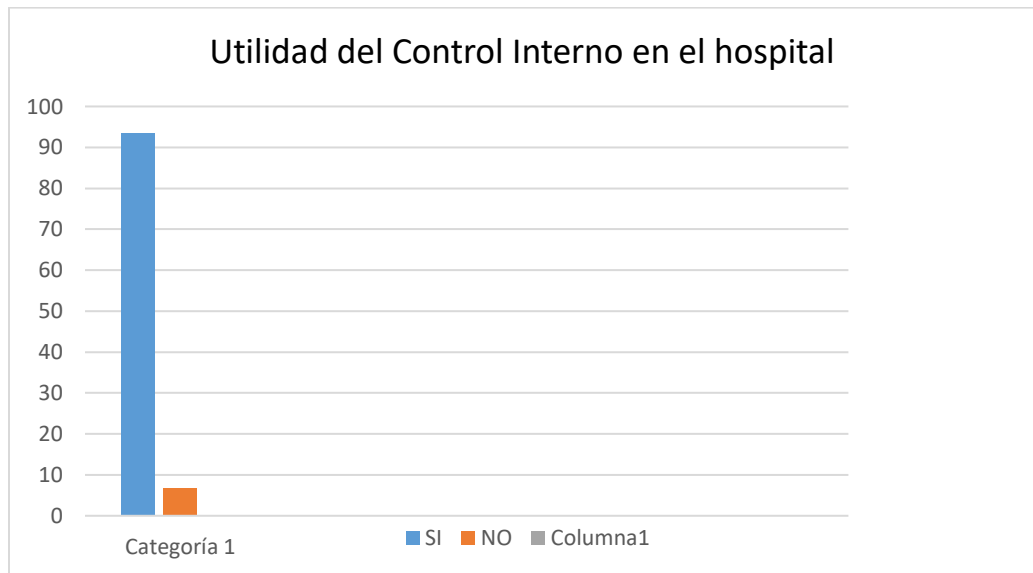
SI (14)

NO (1)

Tabla 2

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios con conocimiento	14	93.3
Funcionarios sin conocimiento	1	6.7
Total	15	100

Gráfico 2 estadístico



Interpretación:

La tabla 2 y el gráfico 2 muestra que un 93.3% de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro de Ica tiene conocimiento de la importancia y utilidad de las normas de control interno y un 6.7% no tiene conocimiento.

3. ¿Se planifica el control interno en el nosocomio?

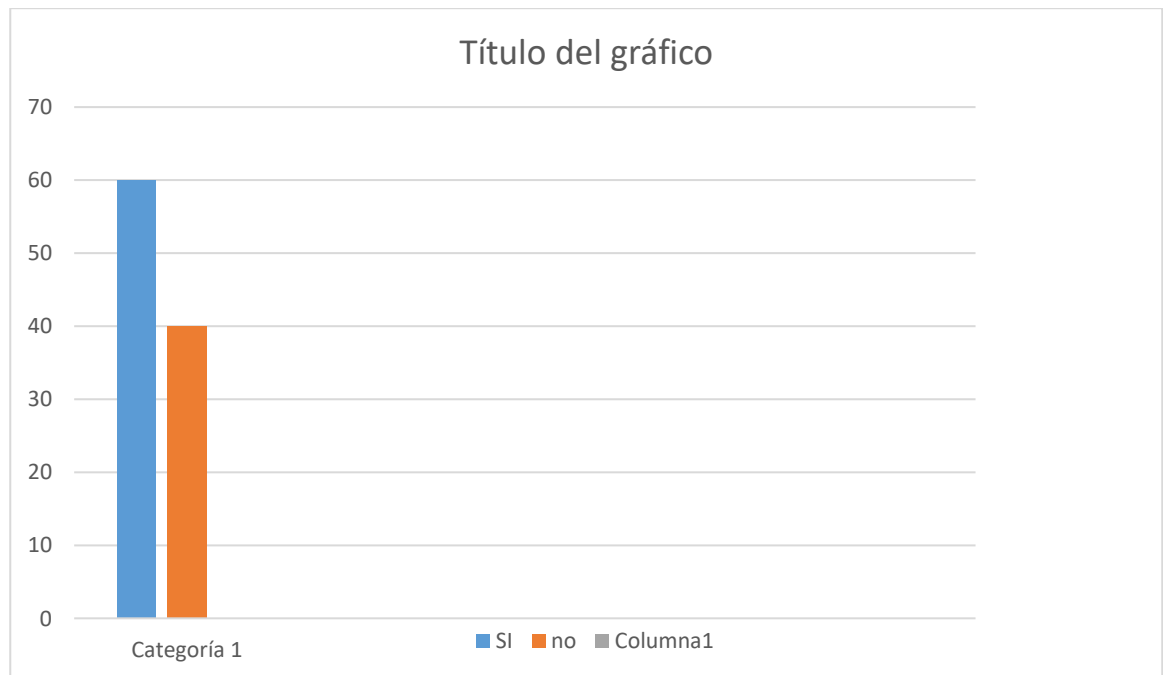
SI (9)

NO (6)

Tabla 3

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios con conocimiento	9	60
Funcionarios sin conocimiento	6	40
Total	15	100

Gráfico 3 estadístico



Interpretación:

La tabla 3 y el gráfico 3 muestra que un 60 % de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro - Ica opinan que el control interno se planifica en la entidad y un 40% opinan que no se implementa.

4. ¿Existen Normas específicas de Control Interno en este nosocomio para todas las áreas?

SI (6)

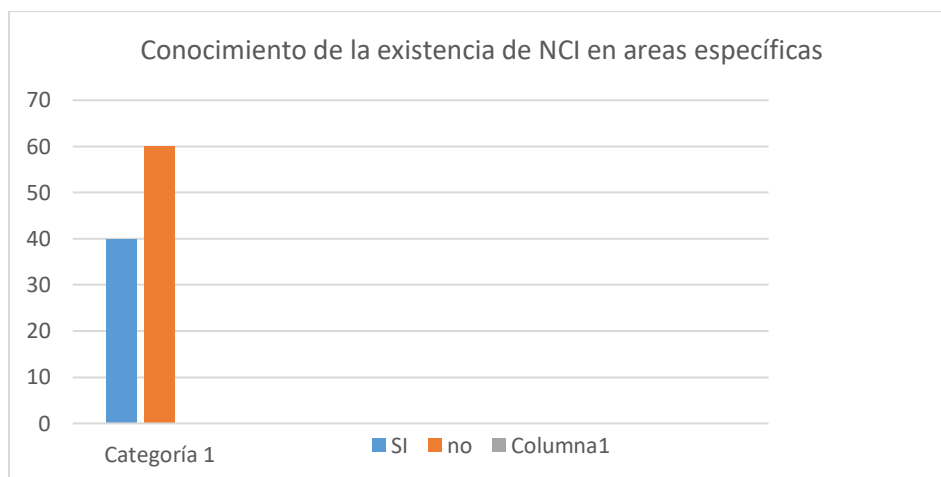
NO (9)

Tabla 4

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios con entendimiento de la existencia de normas de control interno	6	40
Funcionarios sin entendimiento de la	9	60

existencia de normas de control interno		
Total	15	100

Gráfico 4 estadístico



Interpretación:

La tabla 4 y el gráfico 4 muestra que un 40 % de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro -Ica opinan que si existen normas específicas de control interno en cada área de la entidad y un 60% opinan que no existen.

5. ¿Cree usted que la desidia y la falta de interés de los funcionarios afectan los sistemas administrativos en el hospital?

SI (14)

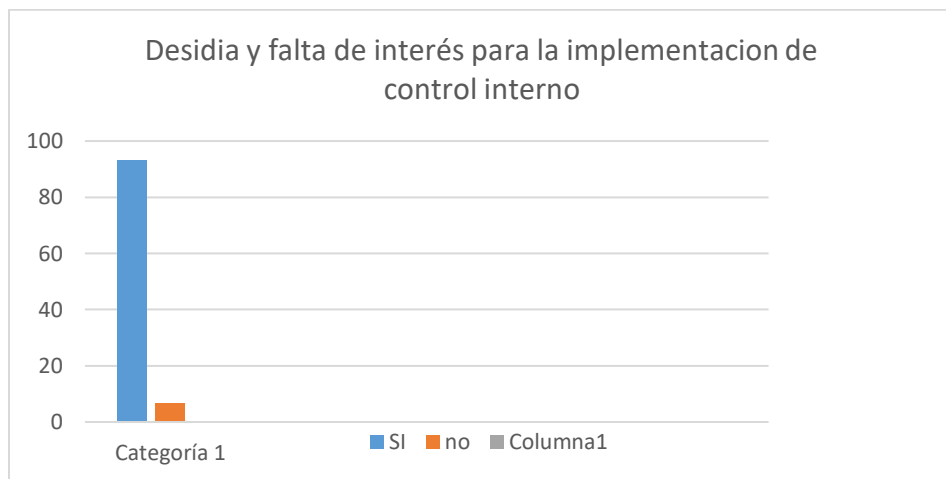
NO (1)

Tabla 5

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que opinan que la desidia y la falta de interés afecta los ss.aa	14	93.3

Funcionarios que opinan que la desidia y la falta de interés no afecta los ss.aa	1	6.7
Total	15	100

Gráfico 5 estadístico



Interpretación:

El cuadro y gráfico 5 revela que un 93.3 % de los funcionarios de la alta dirección del Nosocomio Santa María del Socorro- Ica opinan que desidia y falta de interés afectan los sistemas administrativos y 6.7% opinan que no.

6. ¿Existe cultura evaluativa en las actuaciones del hospital?

SI (7)

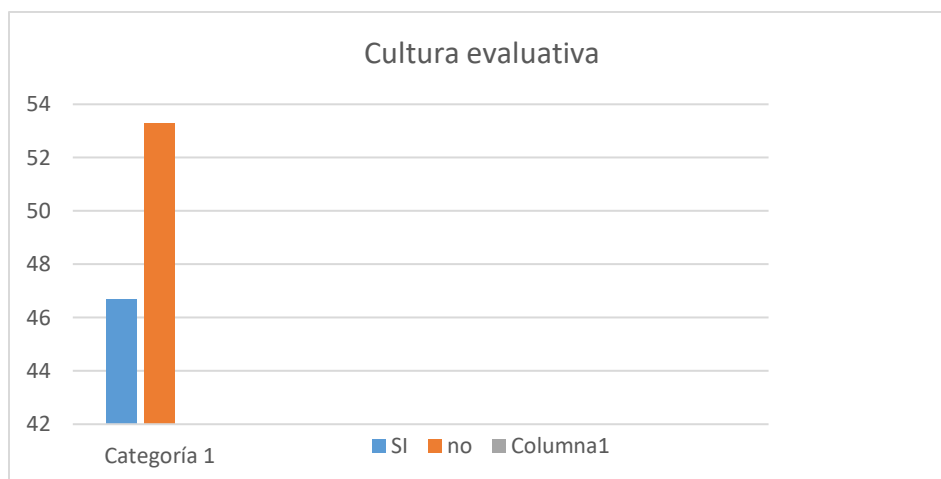
NO (8)

Tabla 6

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que opinan que si existe cultura evaluativa	7	46.7

Funcionarios que opinan que no existe cultura evaluativa	8	53.3
Total	15	100

Gráfico 6 estadístico



Interpretación:

La tabla 6 y el gráfico 6 muestra que un 46.7 % de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro - Ica opinan que si existe cultura evaluativa en la entidad y 53.3% opinan que no.

7. La no oportuna implementación de la normativa de control interno afectarían las actuaciones de los sistemas administrativos de la entidad?

SI (10)

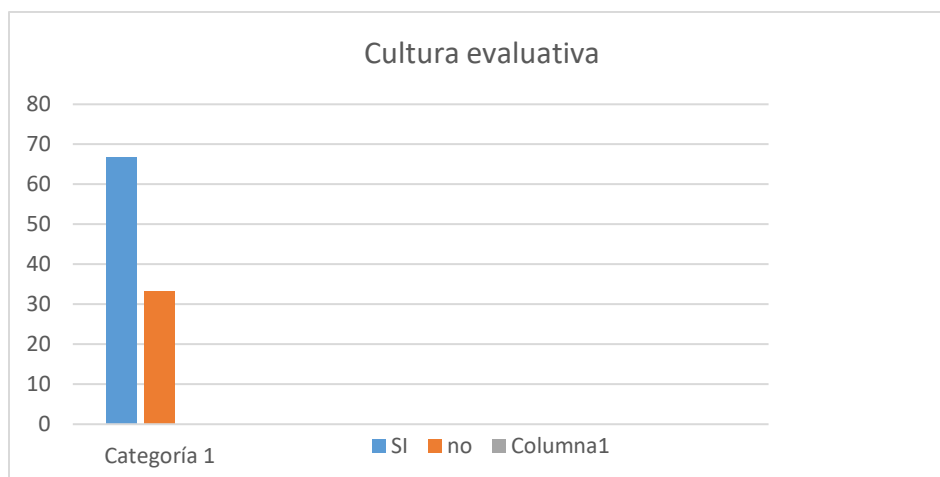
NO (5)

Tabla 7

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que opinan que la no oportuna implementación afecta los ss.aa	10	66.67

Funcionarios que opinan que la no oportuna implementación no afecta los ss.aa	5	33.33
Total	15	100

Gráfico 7 estadístico



Interpretación:

La tabla 7 y el gráfico 7 muestra que un 66.67 % de los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro - Ica opinan que la no oportuna implementación de las normas de control interno afecta los sistemas administrativos de la entidad y un 33.33% opinan que no.

8. **¿Considera que los sistemas administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno?**

SI (12)

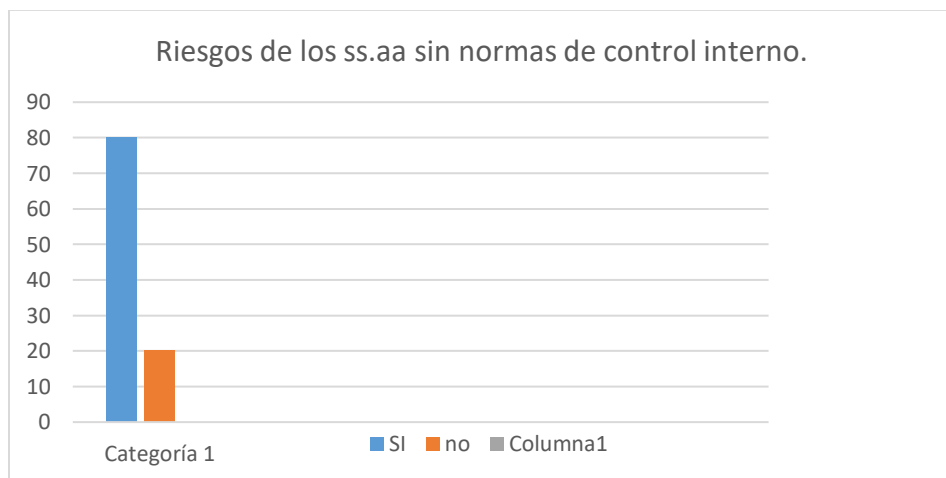
NO (3)

Tabla 8

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que opinan que los sistemas	12	80

administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno		
Funcionarios que opinan que los sistemas administrativos no son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno	3	20
Total	15	100

Gráfico 8 estadístico



Interpretación:

La tabla y gráfico 8 revela un 80 % de funcionarios de alta dirección del nosocomio Santa María del Socorro- Ica opinan que sistemas administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno mientras que un 20% opinan que no.

9. ¿Participa Usted activamente del Control Interno?

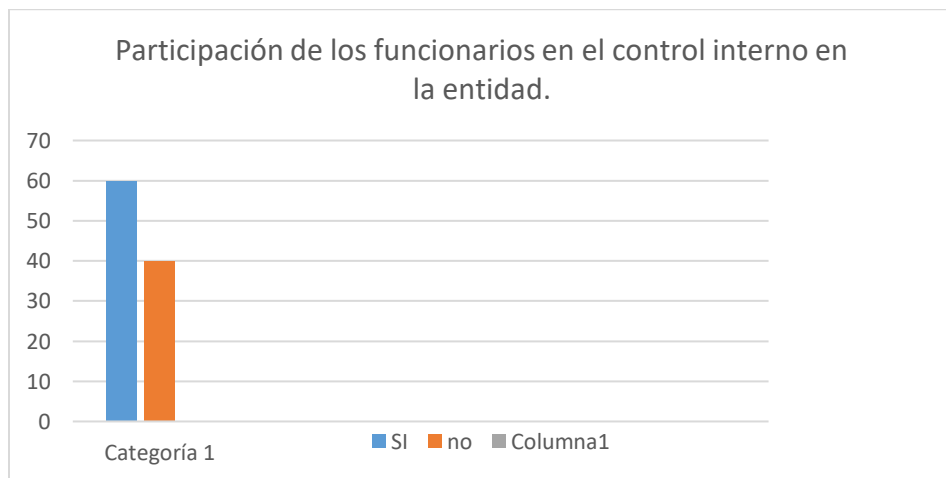
SI (9)

NO (6)

Tabla 9

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que participan activamente del control Interno	9	60
Funcionarios no participan activamente del control interno	6	40
Total	15	100

Gráfico 9 estadístico



Interpretación:

La tabla y gráfico 9 revela un 60 % los funcionarios de la alta dirección del hospital Santa María del Socorro - Ica participan activamente del control interno mientras que un 40% opinan que no participan.

10. ¿Considera usted importante y primordial las normas de CI para la correcta maximización, eficiencia y eficacia en la gestión y uso de los recursos de la identidad?

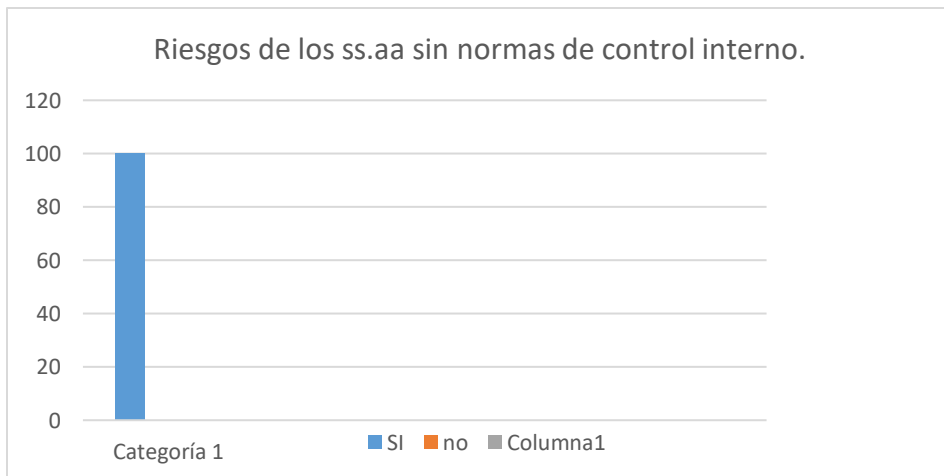
SI (15)

NO (0)

Tabla 10

Alternativa	Frecuencia	%
Funcionarios que opinan que son importantes las disposiciones control interno.	15	100
Funcionarios que opinan que no son importantes las disposiciones de control interno.	0	0
Total	15	100

Gráfico 10 estadístico



Interpretación:

La tabla y gráfico 10 revela un 100 % los trabajadores de la alta dirección hospital Santa María del Socorro - Ica opinan que las normas de control interno son primordiales para la entidad.

CAPÍTULO V:
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSIÓN

Los fundamentos y razones por las cuales se presenta este retardo de la instauración del Control Interno en el nosocomio Santa María del Socorro-Ica son las siguientes:

- Desidia
- Falta de interés
- Falta de cultura evaluativa de las actuaciones
- Cambio constante de los funcionarios en las oficinas con capacidad de decisión.
- Falta de conocimiento del control interno.
- Conductas tendientes a actos de corrupción

El retardo en la instauración del control interno y el efecto en las actuaciones de sistemas administrativos del nosocomio Santa María del Socorro - Ica, genera riesgos al desarrollo de sus procedimientos e imposibilitando los objetivos y fines que tienen las actuaciones de los diversos sistemas administrativos.

Han transcurrido ya diez años desde la promulgación de la Ley del Control Interno de las Entidades estatales (Ley n.º 2871), la misma que fue publicada en el 2006, y en la actualidad, muy poco es lo que han hecho las entidades estatales para poder mostrar resultados en la instauración del Control Interno, así como acatar y adaptar las nuevas disposiciones emitidas por el ente rector del Sistema Nacional de Control alrededor de dicha implementación.

La reciente directiva sobre instauración del CI en las entidades gubernamentales n.º 013-2016-CG/GPROD autorizada mediante Resolución de Contraloría n.º 149-2016-CG, establece periodos límites que cada entidad (en el presente caso, el hospital II-1 Santa María del Socorro - Ica) implemente el SCI.

Otro detalle muy esencial que sustenta este retraso, es que el trabajo de implementación se ve paralizado por los constantes cambios de los funcionarios y directivos, asunto que propicia el paso del tiempo y no se avanza en las actividades, a pesar de existir un cronograma que no se ha cumplido a la fecha.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICA

Hipótesis General: El retardo en la Instauración del CI afecta los sistemas administrativos en el nosocomio Santa María del Socorro - Ica.

A través del cuestionario formulado para conocer la instauración de CI en la entidad, se formuló la siguiente pregunta:

1.- La no oportuna implementación de la normativa de CI afectarían los sistemas administrativos del nosocomio Santa María del Socorro de Ica:

- Diez (10) funcionarios manifestaron que están totalmente de acuerdo con la consecuencia de la no oportuna implementación.

- Cinco (5) funcionarios manifestaron que están totalmente en desacuerdo con la consecuencia de la no oportuna implementación.

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input checked="" type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	---

Totalmente en desacuerdo <input checked="" type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
--	--	--	-------------------------------------	--

Por tanto, se ha comprobado que gran parte de funcionarios encuestados concuerdan que la no oportuna instauración de control interno, afecta los sistemas administrativos de la entidad.

2.- Considera usted que los sistemas administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno

- Doce (12) funcionarios manifestaron que están totalmente de acuerdo con la vulnerabilidad de los sistemas administrativos.

- Tres (3) funcionarios manifestaron que están totalmente en desacuerdo con la no vulnerabilidad de los sistemas administrativos.

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input checked="" type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	---

Totalmente en desacuerdo <input checked="" type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
--	--	--	-------------------------------------	--

Por tanto, se ha comprobado que la mayoría de los funcionarios encuestados están de acuerdo con la vulnerabilidad de los sistemas administrativos.

3. Existen normas de control interno en nosocomio Santa María del Socorro

- Ica para todas las áreas

- Seis (6) funcionarios manifestaron que están acuerdo totalmente con la existencia de normas control interno

- Nueve (9) funcionarios manifestaron que están totalmente en desacuerdo con la existencia de normas de control interno.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por tanto, se ha comprobado que gran parte de funcionarios encuestados están en desacuerdo con la existencia de normas control interno.

Hipótesis específica N° 1: La desidia, falta de interés en la alta dirección en la instauración del control interno afecta los sistemas administrativos de la entidad.

1.- Cree usted que la desidia y la falta de interés de los funcionarios afectan los sistemas administrativos del hospital?

- Catorce (14) funcionarios manifestaron que están totalmente de acuerdo con la desidia y falta de interés de los funcionarios para afectar los sistemas administrativos

- Un (1) funcionarios manifestó que está totalmente en desacuerdo con la desidia y falta de interés que afecte los sistemas administrativos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por tanto, se ha comprobado que la mayoría de los funcionarios encuestados están de acuerdo con la desidia y falta de interés afectan los sistemas administrativos de la entidad.

2.Existe cultura evaluativa en las actuaciones del hospital

- Siete (7) funcionarios manifestaron que están totalmente de acuerdo con la falta de cultura evaluativa en la entidad.
- Ocho (8) funcionarios manifestaron que está totalmente en desacuerdo con la falta de cultura evaluativa en la entidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por tanto, se ha comprobado que la mayoría de los funcionarios encuestados están en desacuerdo con la falta de cultura evaluativa en la entidad. (es decir no es necesario la labor evaluativa).

Irregularidades cometidas por funcionarios y trabajadores públicos trasgrediendo el control Interno generan riesgos en las actuaciones de los sistemas administrativos en la entidad.

1. Considera usted que los sistemas administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno

- Doce (12) funcionarios manifestaron que están totalmente de acuerdo con los riesgos de vulnerabilidad de los sistemas administrativos a consecuencia de las irregularidades cometidas por funcionarios públicos.

- Tres (3) funcionarios manifestaron que están totalmente en desacuerdo con los riesgos de vulnerabilidad de los sistemas administrativos a consecuencia de las irregularidades cometidas por funcionarios públicos

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	---	---	--	---

Por tanto, se ha comprobado que la mayoría de los funcionarios encuestados están de acuerdo con los riesgos de vulnerabilidad de los sistemas administrativos a consecuencia de las irregularidades cometidas por funcionarios públicos.

Asimismo, para corroborar la comprobación de esta hipótesis específica, hemos procedido a analizar la siguiente documentación:

1. HOJA DE EVALUACIÓN DE DENUNCIA N° 001-2018-HSMS-ICA/OCI de 28 de agosto de 2018.

La Gerencia Regional de Control de Ica, remite a la oficina de OCI del nosocomio Santa María del Socorro de Ica, una denuncia referida al cobro del director ejecutivo de la entidad por concepto de pago de uniforme por el monto de S/ 3,000 en el año 2017 sin corresponderle legalmente; sin embargo, el citado funcionario efectuó la devolución voluntaria del dinero, dado a que este último es un funcionario de confianza con cargo de Dirección, no siéndole aplicable los convenios colectivos establecidos y celebrados entre servidores de la entidad.

ANALISIS:

La situación antes descrita refleja lo que es la falta de una directiva específica en el sistema de tesorería, que regule o impida el cobro por concepto de uniformes a personal con cargo de dirección o de confianza, lo cual ante la ausencia de dicha normativa, se configuró el accionar irregular del funcionario al haber efectuado el cobro.

Lo cual corrobora nuestra hipótesis formulada en el sentido de las irregularidades cometidas por los funcionarios públicos, afectando los sistemas administrativos (Tesorería)

2. HOJA DE EVALUACIÓN DE DENUNCIA N° 001-2018-HSMS-ICA/OCI de 28 de agosto de 2018

La Gerencia Regional de Control de Ica, remite a la oficina de OCI del nosocomio Santa María del Socorro de Ica, una denuncia referida a la emisión irregular de resoluciones directorales asignando niveles remunerativos niveles F-3 Y F-2 a trabajadores de la entidad, sin tener la facultad para efectuar dichos actos administrativos. Sin embargo, la Dirección Regional de Salud de Ica (DIRESA), de una revisión de oficio, resolvió declarar la nulidad del acto administrativo que asignaba niveles remunerativos niveles F-3 Y F-2, bajo el argumento que no es el Director del nosocomio Santa María del Socorro de Ica el funcionario indicado para la emisión de dicha resolución.

ANALISIS:

La situación antes descrita refleja lo que es la falta de una directiva específica en el sistema de Recursos Humanos (Unidad de Personal) que regule o impida la facultad del Titular de la Entidad (Director Ejecutivo) de nombrar a funcionarios con niveles remunerativos superiores; Lo cual corrobora nuestra hipótesis formulada en el sentido de las irregularidades cometidas por los funcionarios públicos. afectando los sistemas administrativos (recursos humanos)

3. INFORME DE ALERTA DE CONTROL N° 2-2016-HSMSI/ICA-OCI de 2 de febrero de 2016.

Denuncia de parte presentada ante el Órgano de Control Institucional del Hospital Santa María del Socorro de Ica, referente al Jefe de la Unidad de Economía, quien se desempeñaba en el cargo sin cumplir con el perfil requerido para el cargo y firmaba documentos oficiales como estados financieros, trasgrediendo de ese modo las normas generales de contabilidad estatal, hecho que fue puesto de conocimiento al Titular de la entidad, por lo que el citado funcionario fue removido del puesto y sujeto a proceso administrativo disciplinario.

ANALISIS:

La situación antes descrita refleja lo que es la falta de una directiva específica en el sistema de Economía y Endeudamiento (Unidad de Economía) que regule los requisitos que deben tener los servidores o

funcionarios públicos para lo que es el acceso a cargos de dirección o decisorios; Lo cual corrobora nuestra hipótesis formulada en el sentido de las irregularidades cometidas por los funcionarios públicos afectando los sistemas administrativos (economía).

5.2 CONCLUSIONES

5.2.1 El Control gubernamental tiende a inspeccionar y vigilar las practicas, procedimientos, operaciones y productos de la gestión en la entidad, con especial énfasis en la eficiencia, eficacia, publicidad y austeridad, finalidad y uso de recursos y bienes estatales, cumpliendo con los preceptos legales y direcciones de política y propuestas de acción, supervisando los sistemas administrativos, gerencia y control, con miras de optimización, adoptando acciones preventivas y correctivas que se estimen.

5.2.2 El control interno tiende a cautelar y supervisar previa, durante y posteriormente las actividades de la propia entidad, para que, el manejar y gestionar los bienes de la entidad y tareas se efectúe óptima y eficientemente, siendo, el jefe de la entidad el primer responsable en potenciar la supervisión del cumplimiento y confiabilidad del control interno y en segundo lugar a los trabajadores de la entidad, quienes efectuando las actuaciones y operaciones con la instauración del propio control interno, estos puedan caminar en base a los objetivos de la propiedad entidad.

5.2.3 La instauración del Control Interno en el nosocomio II- 1 Santa María del Socorro - Ica, se encuentra en la etapa de **planificación**, puesto

que se ha cumplido con conformar el Comité de Implementación, no pudiendo continuar avanzando a las siguientes fases de implementación.

5.2.4 Los factores por los cuales dicha implementación se encuentra en la etapa de planificación se debe al cambio de funcionarios con poder de decisión, falta de cultura evaluativa, desconocimiento por parte de directivos y empleados institucionales de las disposiciones de control interno, carencia de procesos y instrumentos de control en el desarrollo de sus tareas funcionales competentes a cada jefatura de sistema administrativo.

5.2.5 Como parte de la verificación por parte de Órgano de Control Institucional, esta oficina advirtió los documentos como son: obligación de la Alta Dirección, cuyo objeto evidenciar la tarea de parte de los funcionarios instituciones a implementar, perfeccionar y estandarizar el control interno; Resolución Directoral que resuelve conformar el Comité de Control Interno; Escrito reunión de trabajo del comité Control Interno (Acta) que dispone elaborar un cronograma de actividades para el diagnóstico en la instauración del control interno.

5.2.6 El jefe del Órgano de Control Interno, en reunión con los demás funcionarios del Comité de Control Interno, explicó los antecedentes de su instauración, indicando que ha transcurrido 30 meses y que solo se han hecho 3 acciones que comprenden : i) conformación del CCI, ii) Documento Compromiso (acta) de los funcionarios, iii) cronograma de actividades para elaborar la situación (diagnóstico) de la instauración control interno, indicando que muchas veces el trabajo se paraliza por los constantes cambios de los funcionarios y directivos, pasando los días sin avance de las actividades programáticas.

5.2.7 Se han advertido carencia de mecanismos de control, como por ejemplo: En la Oficina de Personal (Recursos Humanos) carencia de directiva de concursos públicos de mérito para la asignación de plazas orgánicas y de cambio de grupo ocupacional para trabajadores nombrado; en la oficina de Logística (Abastecimiento) falta de acreditación u especialización de los miembros del Comité de selección en los concursos regidos por la normatividad de las Contrataciones del Estado y su reglamento, ausencia de inventario en expedientes de procesos de adquisición de bienes y servicios; resúmenes ejecutivo de mercado sin firma

para la contratación de bienes y servicios; Jefatura de Economía (Sistema de Tesorería), carencia directiva que regule el resguardo de cartas fianzas.

5.2.8 Cabe mencionar que los fundamentos y razones por las cuales se presenta este retardo de la implementación del control interno son las siguientes: Desidia, falta de interés, falta de cultura evaluativa de las actuaciones, cambio constante de los funcionarios con capacidad de decisión, desconocimiento de las Normas de Control Interno y corrupción.

5.3 RECOMENDACIONES.

5.3.1 A fin de difundir conceptos sobre el control interno, la entidad debería iniciar charlas para sensibilizar y capacitar en el conocimiento de control interno a todos los servidores de la rama administrativa del hospital Santa María del Socorro- Ica, recalcando el adecuado desenvolvimiento sus funciones colabora con los objetivos de su entidad, y más con el control interno, a fin de que se fortalezca, originando el aumento de las competencias de todos los participantes, maximizando de eso modo la eficiencia y eficacia en el servicio público que brindan.

5.3.2 Que los funcionarios directivos de la entidad, con capacidad de decisión, sean capaces de impulsar el control interno de sus respectivas unidades a partir de la implementación de mecanismos y directivas las cuales coadyuven a la mejora de sus procedimientos u operaciones.

5.3.3 Los funcionarios directivos, con capacidad de decisión deben implementar y concientizar al personal de sus oficinas o unidades el control evaluativo de las operaciones y/o procedimientos (funcionario

encargado del control previo), siendo de esa manera, una contribución al procedimiento de Instauración del control interno, haciendo más ágil el desarrollo de cada etapa y sub etapa.

5.3.4 A fin de no perjudicar las labores de instauración del control interno, los funcionarios de confianza en la alta dirección que son pasibles de constantes rotaciones, al dejar el puesto asignado, deben dejar documento de cargo informando sobre las actividades y/o gestiones efectuadas en el periodo de ejercicio en el cargo, a fin de dar conocimiento al funcionario sucesor y que este último continúe con las gestiones.

5.3.5 Como parte de la verificación efectuada por la oficina del OCI (Órgano de Control Institucional), debe requerir semestralmente al director ejecutivo (funcionario encargado de la instauración del Control Interno) información referida a las actividades y gestiones efectuadas por los funcionarios designados en el documento (acta) de Comité de instauración del Control Interno, sin perjuicio que el citado titular requiera documentalmente y adopte las medidas preventivas y correctivas para su cumplimiento.

5.3.6 Sin perjuicio de lo mencionado en la recomendación 5.3.4, los funcionarios deben informar a la oficina del OCI (Órgano de Control

Institucional) el avance efectuado en su gestión como funcionarios designados en la resolución de conformación del Comité de Control Interno.

5.3.7 Si bien en las distintas jefaturas relacionadas a los Sistemas administrativos (Recursos Humanos, Abastecimiento – Logística, Economía (Tesorería), dichas dependencias deben de elaborar documentos de gestión (manuales, normativas, directivas) que sean aprobadas por la alta dirección que regulen procedimientos, encargados y responsabilidades.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Referencias bibliográficas

Carlos Aliaga Calderón 2015. *SISTEMAS DE TESORERÍA, ENDEUDAMIENTO Y CONTABILIDAD. Análisis de la administración del sector público. Editorial Gaceta Jurídica. Primera Edición Perú Diciembre, pp. 485.*

Manuel Ossorio, *DICCIONARIO DE CIENCIAS JURÍDICAS, POLÍTICAS Y SOCIALES. Prólogo de Guillermo Cabanellas. Editorial Claridad S.A. Argentina 1984, pp. 37*

Jorge Ricardo Shack Muro, Número 31 julio 2016 *LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. Revista Administración Pública y Control Grupo Gaceta Jurídica, pp 5-9*

Jorge Shack Muro, Roberto Ramirez Dianderas y Jose Luis Yábar Santillan *PIONER CONTROL GUBERNAMENTAL, SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL ACTUALIZABLE., Editorial Gaceta Jurídica, Marzo 2016.*

Juan Carlos Leonarte Vargas (2014). *CONTROL GUBERNAMENTAL. Prólogo de Genaro Matute Mejía. Comentarios Legislación y jurisprudencia. Administración Pública y Control, Editorial Gaceta Jurídica, Primera Edición, Perú, pp 15.*

Luiggi Santy Cabrera 31 julio 2016. *LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES A CARGO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.*, *Revista Administración Pública y Control*. Número Grupo *Gaceta Jurídica*, pp 10-14.

Víctor Lizárraga Guerra (2019) *PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONADOR EN LA FUNCIÓN PÚBLICA*. Editorial Jurista Editores. Enero 2019.pp 23.

Acuña Alanya Johny Renzo /Chavez Quijada Gabriela Liseth (2013) “Control Interno en el área de abastecimiento de la Municipalidad distrital de San Agustín de Cajas.

Condori Ayamamani, Adelaida Margot (2016) “Control Interno y su incidencia en las adquisiciones directas de bienes y servicios en el Gobierno Regional Puno Sede Central Periodo 2014-2015”.

Bonifacio Aliaga, Lina Milagros y Espinoza Ticse, Noemi Luz (2012) “Implementación de un Sistema de Control Interno para una eficiente gestión en el área de abastecimiento de las municipalidades distritales de la provincia de Huancayo”

Benites Acuña Martha Gloria “El control interno y su influencia en el área de abastecimientos en las municipalidades del Perú: Caso Municipalidad Provincial del Santa, 2014”

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS NORMATIVAS Y/O LEGALES

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y sus modificatorias. Ley n.º 27785 (2002)

Ley del Control Interno de las Entidades del Estado Ley n.º 28716y sus modificatorias: Decreto de Urgencia n.º 067-2009 y Ley n.º 29743. (2006)

Ley del Código de Ética de la Función Pública Ley Nº 27815 (2002)

Ley Orgánica del Poder Ejecutivo Ley 29158 (2007)

RESOLUCION DE CONTRALORIA Nº 072-98-CG que aprueban normas técnicas de control interno para el Sector Público (1998).

“Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”. Resolución de Contraloría n.º 149-2016-CG que aprobó la Directiva n.º 013-2016-CG/GPROD (2016).

Resolución de Contraloría n.º 320-2006-CG que aprobó las Normas de Control Interno.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Marco Conceptual del Control Interno. ARCHIVO PDF. www.contraloria.gob.pe;

<http://doc.contraloria.gob.pe/Control-Interno/web/index.html#publicaciones1>

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS APLICADA

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES
¿De qué forma el retardo de implementación de las normas de control interno afectan los sistemas administrativos del Hospital Santa María del Socorro- Ica?	Precisar si el retardo en la implementación de las normas de control interno afectan los sistemas administrativos del Hospital Santa María del Socorro de Ica	El retardo de implementación de las normas de control interno afectan los sistemas administrativos del Hospital Santa María del Socorro- Ica	X El retardo de implementación de las normas de control interno. Y Sistemas Administrativos.	X1 Ley 27785 X2 Ley 27816 X3 Directiva n.º 013-2016-CG/GPROD Y1 ABASTECIMIENTO Y2 TESORERÍA Y3 CONTABILIDAD Y4 PLANEAMIENTO Y5 CONTROL

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES
¿ De qué forma la desidia y la falta de interés de los funcionarios con capacidad decisiva en la implementación del	Precisar si la desidia y la falta de interés de los funcionarios con capacidad decisiva en la	La desidia y la falta de interés de los funcionarios con capacidad decisiva en la implementación	X La desidia la falta de interés de los funcionarios con capacidad decisiva en la implementación	X1.Funcionarios Públicos. X2.Negligencia en los actos funcionales de los funcionarios públicos.

control interno afectan los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro - Ica	implementación del control interno afectan los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro - Ica	del sistema de control interno afectan los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro - Ica	del sistema de control interno Y= sistemas administrativos	Y1 ABASTECIMIENTO Y2 TESORERÍA Y3 CONTABILIDAD Y4 PLANEAMIENTO Y5 CONTROL
De que manera las Irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos en trasgresión al control interno generan riesgos en procedimientos de los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro - Ica.	Precisar si las Irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos en trasgresión al control interno generan riesgos en procedimientos de los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro Ica.	Las irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos en trasgresión al control interno generan riesgos en procedimientos de los sistemas administrativos del hospital Santa María del Socorro Ica	X = Irregularidades cometidas por funcionarios y servidores públicos en trasgresión al control interno Y= riesgos procedimientos de sistemas administrativos	X1. Mal uso de los recursos. X2. Corrupción X3. Cargos de los funcionarios. Y1 Deficiencia en el manejo de los recursos públicos. Y2 Procedimientos. Y3 Tránsito de normas Y4 Deficiencias de Control.

ANEXO 2:



Universidad Privada San Juan Bautista
Escuela de Post Grado
Maestría en Derecho Administrativo y Gestión Pública

Encuesta de Recolección de Datos.

Lea detenidamente cada pregunta y responda según crea conveniente, encerrado en un círculo una de las dos alternativas que se menciona: SI o NO

1. ¿Tiene conocimiento de las normas de Control Interno?
SI NO
2. ¿Conoce Ud. La utilidad e importancia del Control interno en el hospital?
SI NO
3. ¿se planifica el Control Interno en el hospital?
SI NO
4. ¿Existen normas específicas de Control Interno en este Hospital para todas las áreas (sistemas administrativos)?
SI NO
5. ¿Cree usted que la desidia y falta de interés de los funcionarios a cargo de implementar el Sistema de Control Interno afectan las actuaciones en los distintos sistemas administrativos en el hospital?
SI NO
6. ¿Existe cultura evaluativa en todas las actuaciones del hospital?
SI NO
7. ¿La no oportuna implementación de las normas de control interno afectarían los sistemas administrativos de la entidad?

SI NO
8. ¿Considera que los sistemas administrativos son pasibles y/o vulnerables de riesgos si no existiesen normas de control interno?

SI NO
9. ¿Participa usted activamente del control interno?

SI NO
10. ¿Considera usted importante y primordial las normas de Control Interno para la correcta maximización, eficiencia y eficacia en la gestión y uso de los recursos de la entidad?

SI NO

Muchas gracias por su atención.