

EMAPE SA

**DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA
DE CONTROL INTERNO DE
EMAPE**

OCTUBRE 2017

ÍNDICE

I. Antecedentes	10
1.1. Origen	11
1.2. Objetivo	11
1.3. Alcance	12
II. Base Legal	13
III. Objetivo	15
IV. Diagnóstico del Sistema de Control Interno	17
4.1. Actividades Previas.....	23
4.2. Recopilación de información.....	23
4.3. Análisis de la información.....	27
4.4. Nivel de Implementación del Sistema de Control Interno en el EMAPE.....	27
4.5. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de entidad.....	38
4.4.1. Componente: Ambiente de Control.....	38
4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos.....	39
4.4.3. Componente: Actividades de Control.....	39
4.4.4. Componente: Información y Comunicación.....	40
4.4.5. Componente: Supervisión.....	40
4.5.6. Fortalezas y Debilidades.....	41
4.6. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas.....	48
V. Aspectos a Implementar.....	55
VI. Conclusiones.....	61
VII. Recomendaciones	64

ANEXOS

ACRONIMO

CCI:	Comité de Control Interno
CGR:	Contraloría General de la República
COSO:	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission
NCI:	Normas de Control Interno
OM:	Oportunidad de mejora
PEI:	Plan Estratégico Institucional
POI:	Plan Operativo Institucional
PDP:	Plan de desarrollo de las personas
PETI:	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información
SCI:	Sistema de Control Interno
TIC:	Tecnologías de Información y Comunicación
OCI:	Oficina de Control Institucional
PCM:	Presidencia del Consejo de Ministros

SÍNTESIS GERENCIAL DEL INFORME

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Alta Dirección de EMAPE, respecto a la importancia de la implementación del Sistema de Control Interno en la entidad, se obtuvo como respuesta, la disposición de los miembros del Comité de Control Interno que priorizó la realización del Diagnóstico para la implementación del Sistema de Control Interno (SCI), en la Empresa Municipal Administradora de Peaje de Lima – EMAPE S.A., la misma que ha culminado en la fecha.

Los resultados del presente diagnóstico servirán de insumo de información para elaborar el Plan de Trabajo Institucional de implementación del Sistema de Control Interno en la entidad, cumpliéndose de esta manera con las disposiciones de la Ley de Control Interno de las entidades del Estado (Ley 28716), con la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016 (Ley n° 30372) y Directivas dictadas por la Contraloría General de la República.

Es de resaltar el Liderazgo, voluntad y decisión de la Gerencia General sobre la necesidad de implementar un Sistema de Control Interno; así como la predisposición del personal gerencial para brindar su apoyo a dicha implementación. Se destaca también la buena participación del Comité de Control Interno y los Coordinadores del mismo, y del personal en general, en su colaboración para la entrega de información y la identificación de actividades y procesos críticos, para una consecuente mejora de la gestión.

Diagnóstico

Para la formulación del presente Diagnóstico se ha recopilado información a través de una encuesta dirigida a los servidores de la entidad (91 respuestas) y mediante sesiones de entrevista pactadas con funcionarios (19 gerentes); con la finalidad de obtener una percepción del estado actual de los controles internos que se aplican en la entidad y el nivel de conocimiento sobre la implementación de un Sistema de Control Interno en entidades públicas.

Asimismo, se ha revisado y analizado la normativa interna, que comprende 211 documentos que regulan el funcionamiento y actividades de la entidad, parte de las cuales están publicadas en la Intranet Institucional y otros documentos de gestión que nos fueron proporcionadas por EMAPE S.A. El análisis de la normativa interna se realizó evaluando principalmente cuatro atributos: vigencia, actualización, capacitación y auto evaluación.

Adicionalmente, se evaluó la concordancia de los documentos normativos con las Normas de Control Interno, principios y Componentes del Sistema de Control Interno.

El Nivel de madurez del Sistema de Control Interno

Para determinar el grado de madurez del SCI, se comparó el valor promedio obtenido en las encuestas, entrevistas y análisis de los documentos normativos,

de acuerdo a la escala establecida como metodología, que fija cuatro niveles: Control Interno Incipiente (1.00), Control Interno Insuficiente (2.00), Control Interno Adecuado (3.00) y Control Interno Satisfactorio (4.00).

EMAPE ha obtenido un valor promedio de **1.93** que corresponde al nivel de madurez de Control Interno **INSUFICIENTE**, lo cual representa que se ha iniciado el proceso de implementación del Sistema de Control interno en EMAPE SA, pero aún es incompleto.

El Grado de madurez del Sistema de Control Interno en EMAPE por cada componente de acuerdo a la escala determinada, es el siguiente:

Tabla N° 1

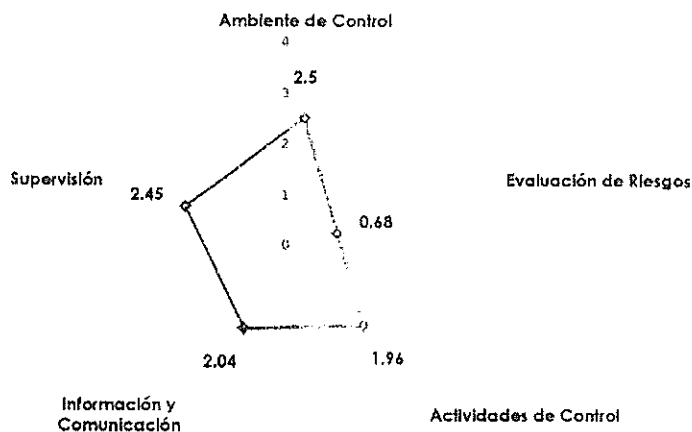
Componente	Valor por componente	Nivel de Madurez
1. Ambiente de Control	2.50	Adecuado
2. Evaluación de riesgos	0.68	Incipiente
3. Actividades de Control	1.96	Insuficiente
4. Información y Comunicación	2.04	Adecuado
5. Supervisión	2.45	Adecuado
Sistema de Control Interno	1.93	Insuficiente

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se muestra el grado de madurez obtenido por cada componente del SCI, observándose su ubicación respecto a los niveles existentes

Gráfico N° 1

Grado de Madurez por componentes del SCI



Fuente: Elaboración propia

El componente con mayor calificación es Ambiente de Control (2.50), ubicado en el nivel de madurez Adecuado, identificado como Control Interno Razonable o en proceso de implementación avanzada gradual, luego vienen los componentes Supervisión (2.45) e Información y Comunicación (2.04), ambos en el nivel de Adecuado y Actividades de Control (1.96) ubicado en el nivel de madurez de Insuficiente. El componente con el menor nivel de madurez es Evaluación de Riesgo (0.68) que se encuentra con un nivel de madurez de Incipiente.

Ambiente de Control

La Alta Dirección de EMAPE, ha elaborado el Plan Estratégico Institucional (PEI) por el periodo 2016-2017, así como el Plan Operativo Institucional (POI) correspondiente al año 2017, documentos de gestión que fijan entre otros, sus perspectiva de inversión, su visión y misión institucional, indicadores de medición de desempeño, así como sus metas presupuestarias para el presente año.

En cuanto a las normas de ética y probidad, EMAPE demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos al publicitarse el Código de Ética de la función Pública, sin embargo, es necesario que cuente con su propio Código de Ética institucional y propender a una mayor sensibilización al personal sobre la importancia del Control Interno así como la difusión de la información vía INTRANET o página web de la institución.

En el nivel general el SCI de este componente es ADECUADO, encontrándose en proceso de desarrollo y mejora.

Evaluación de Riesgos

A la fecha, EMAPE aún no cuenta con un sistema integral de riesgos relacionado a la Metodología COSO y con las normas dictadas por la Contraloría General de la República, respecto a los riesgos.

En términos generales, se considera que en determinados procesos particularmente los que están relacionados con la contratación, ejecución y supervisión de obras a cargo de las áreas operativas y algunas relativas a las áreas de apoyo (logística, tesorería, contabilidad, presupuesto y recursos humanos), se da la presencia de riesgos, los cuales se mitigan de manera informal y poco doctrinario. En nuestra apreciación el desarrollo de este componente es aún INCIPIENTE.

Actividades de Control Gerencial

Los procedimientos de autorización y aprobación; controles sobre el acceso a los recursos o archivos, verificaciones y conciliaciones; rendición de cuentas; documentación y revisión de procesos, actividades y tareas; controles para tecnologías de la información y comunicación, vienen desarrollándose aun

moderadamente, requiriendo sin embargo una mayor disposición para su adecuada implementación.

Es imperativo que el desempeño de las funciones y las actividades que se realizan estén en concordancia con los documentos normativos, así como optimizar los controles en los procesos críticos. En nuestra apreciación este componente muestra un nivel de desarrollo que consideramos INSUFICIENTE.

Información y Comunicación

Los elementos de información y comunicación se dan en la organización de una manera suficiente. Se tienen los niveles de acceso claramente delimitados y al personal se le ha establecido un perfil para acceder a la información que le es pertinente conocer para gestionar sus funciones de manera eficiente.

Sin embargo, se cuenta solo con información parcial, reflejada en algunos manuales, directivas y documentos normativos a disposición del personal, por lo que debería propenderse a la formalización de estos últimos, incluyendo las disposiciones que permitan a EMAPE generar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del Control Interno.

Amerita reforzar la capacitación en el manejo del sistema de información con que se cuenta, para incentivar su uso eficaz. En nuestra apreciación el nivel de desarrollo de este componente es ADECUADO.

Supervisión

EMAPE viene desarrollando moderadamente actividades de prevención y monitoreo, a través de los indicadores establecidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI), asimismo se viene cumpliendo con la elaboración del Plan de Acción para reportar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones de los Informes emitidos por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. Sin embargo, se carece de otros Registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades señaladas en los procedimientos. Conforme a nuestra apreciación el componente de "Supervisión" obtiene un nivel de ADECUADO.

Resultado del Análisis normativo

Se puede concluir que EMAPE, cuenta con un acervo de documentos normativos que datan del año 2003 que se encuentran vigentes a la fecha, los mismos que regulan sus actividades administrativas y operativas y constituyen una evidencia razonable del Ambiente de Control en la entidad.

Del resultado del análisis, se determinó que de los 211 documentos normativos evaluados, solo el 32.23% corresponde a los procesos operativos o las unidades orgánicas que generan valor agregado a la entidad.

Tabla N° 2
Documentos normativos

Tipos de procesos	Procesos	Normas Internas	Total	%
Estratégicos	Dirección	20	33	15.64%
	Planeamiento	12		
	Cumplimiento legal	1		
Operativos	Limpieza de vías	20	68	32.23%
	Mantenimiento Vial	16		
	Estudios y Proyectos	14		
	Obras viales	18		
	Logística	28		
	Tesorería	20		
Apoyo	Contabilidad	13	110	52.13%
	Control Patrimonial	9		
	Recursos Humanos	12		
	Sistemas	28		
Total			211	100.00%

Fuente: Elaboración propia

La mayor cantidad de documentos normativos se ha emitido para los procesos de apoyo, que representa el 52.13%, y en menor medida, los procesos estratégicos con un 15.64%. Esta situación nos permite visualizar que existe una brecha normativa en los procesos operativos que se tiene que trabajar.

De otro lado, dichos documentos normativos requieren ser actualizados en razón a que el 38% de los mismos, corresponde a la normativa emitida para la certificación del sistema de calidad en EMAPE, cuando la función principal estuvo orientada a la recaudación de peajes y que datan del 2003 al 2013. Asimismo, se requiere una evaluación de cada documento normativo con la finalidad determinar su vigencia, actualización o anulación.

Igualmente, aunque los documentos normativos se encuentran en la intranet, para conocimiento de todo el personal, para una evaluación amerita una mayor capacitación y participación del personal.

Oportunidades de mejora

Se han identificado brechas como actividades o procesos críticos, que ameritan implementación y/o reforzamiento a nivel de entidad o de proceso, según corresponda, en razón a que se cuenta con un sistema de control interno insuficiente, siendo una de las preocupaciones prioritarias actuales de la Alta Dirección, su reforzamiento y mejora.

Como conclusión del presente diagnóstico se han identificado 62 oportunidades de mejora que deberán permitir a los diferentes órganos, proponer actividades e incluirlas en sus planes de trabajo para implementar el

Sistema de Control Interno, con la finalidad de superar las brechas existentes y consolidar el SCI institucional.

Dentro de este contexto, cabe recomendar que la implementación y/o reforzamiento de las brechas y procesos críticos identificados en armonía con los requisitos establecidos en las Normas de Control Interno y demás normativas dictadas por la Contraloría General de la República, sean ejecutadas con la inmediatez del caso (FASE DE EJECUCIÓN), a fin de continuar con la dinámica desarrollada actualmente por la Alta Dirección de EMAPE.

I. Antecedentes

1. Antecedentes

1.1. Origen

La Ley N° 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, en su Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final, establece la obligación de todas las entidades de los tres niveles de gobierno de implementar su Sistema de Control Interno, en un plazo máximo de treinta y seis (36) meses.

La Contraloría General de la Republica, entidad rectora del Sistema Nacional de Control, publicó la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, estableciendo que para el apropiado y ordenado inicio del proceso de implantación de la nueva estructura de control interno institucional, y previamente a la etapa de diseño e implementación de la misma, se deberá realizar un Diagnóstico para conocer la situación real del sistema y mecanismos de control interno vigentes y establecer su grado actual de validez y aplicación.

Emape S.A., mediante Acta N° 02-2016 de fecha 01 de febrero del 2016 y Resolución de Gerencia General N° 025-2016-EMAPE/GG del 20 de Abril del 2016, designó al Comité de Control Interno (CCI). En dicha fecha, con Acta N° 001-2016 se firma el Acta de compromiso de la plana gerencial de Emape S.A.

Asimismo, mediante Acta N° 001-2017 de fecha 18 de enero del 2017, el Comité de Control Interno, dispone la actualización del diagnóstico del Sistema de Control Interno, según lo dispuesto en la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG.

1.2. Objetivo

El objetivo del servicio es la elaboración del Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la entidad, que permita determinar el nivel de implementación y adecuaciones necesarias de la estructura y componentes de control interno de EMAPE, acorde a lo establecido en la Resolución N° 004-2017-CG.

Consecuentemente, el resultado del diagnóstico facilitará el conocimiento institucional sobre la situación en que se encuentra actualmente el Sistema de Control Interno de la entidad respecto a los lineamientos establecidos en la Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, a fin que -tal cual se plantea en el mismo- oportunamente se pueda diseñar un plan de acción de reforma y mejoramiento continuo de dicho sistema.

El diagnóstico alcanzó a veintiún (21) Gerencias, de los órganos de la Alta Dirección, Asesoramiento, Apoyo y de Línea de EMAPE S.A., comprendidas en la estructura orgánica vigente aprobada mediante Resolución N° 191-2015-EMAPE/GG

Las oportunidades de mejora se establecen a partir de las fortalezas y brechas existentes, que deben ser consideradas en la formulación del Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno en EMAPE S.A.

[illegible]

II. Base Legal

2. Base Legal

Para la elaboración del Diagnóstico se han considerado los lineamientos, criterios y disposiciones establecidas en los siguientes documentos:

1. Marco de referencia integrada COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - 1992) y las mejores prácticas de la industria.
2. Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
3. Ley N° 27785 - Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
4. Ley N° 28716 - Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
5. Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
6. Ley N° 30372 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final, otorga 36 meses para la implementación del SCI.
7. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, Normas de Control Interno para las entidades del Estado.
8. Resolución de Contraloría N° 273-2014-CG, que aprueba las Normas Generales de Control Gubernamental, y su modificatoria.
9. Marco Conceptual de Control Interno, publicado por la Contraloría General de la República en agosto del 2014.
10. Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD denominada "Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado".
11. Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG que aprueba la "Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado".

Asimismo, para la formulación del presente Diagnóstico se ha revisado la normativa interna que regula el funcionamiento y actividades de la entidad, tanto la que se encuentra publicada en la página Web institucional como aquella proporcionada por Emape S.A.

III. Objetivo

3. Objetivo

3.1. Objetivo general

Determinar el grado de madurez actual, avances y los resultados obtenidos por parte de los funcionarios y servidores de EMAPE S.A., respecto de la implementación del Sistema de Control Interno, en concordancia a las normas de Control Interno vigentes.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de desarrollo, organización y grado de madurez del Sistema de Control Interno (SCI) actual.
- Determinar los elementos de control interno que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) existente y su nivel de formalidad.
- Detectar las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora del Sistema de Control Interno (SCI) existente.
- Determinar los ajustes, modificaciones o adecuaciones que deben desarrollarse en el Sistema de Control.
- Determinar los componentes y normas de control interno que deben ser aplicadas.
- Detectar los procesos críticos y proponer las mejoras alternativas de implementación.
- Establecer los lineamientos a considerar por el Comité de Control Interno, responsable de liderar el proceso implementación del Sistema de Control Interno.
- Definir las acciones que conformaran el Plan de Trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno en EMAPE S.A.

La finalidad de la implementación es ayudar a la Alta Dirección a lograr una administración más eficaz y eficiente, determinando la existencia de riesgos que pudieran afectar la transparencia, la probidad o la no aplicación de la normativa pertinente en la observancia de las políticas y procedimientos utilizando los métodos adecuados y la apropiada utilización de personal, equipo y los sistemas de funcionamiento satisfactorios.

IV. Diagnóstico del Sistema de Control Interno

4. Diagnóstico de Control Interno en EMAPE SA.

Metodología

De acuerdo con el alcance planteado, se ha desarrollado el Diagnóstico de Control Interno en las oficinas de EMAPE S.A., ubicadas en la Av. Evitamiento, Km 1.7 Cercado de Lima.

En la elaboración del Diagnóstico de Control Interno de la entidad se ha aplicado procedimientos contenidos en la Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, referidos a:

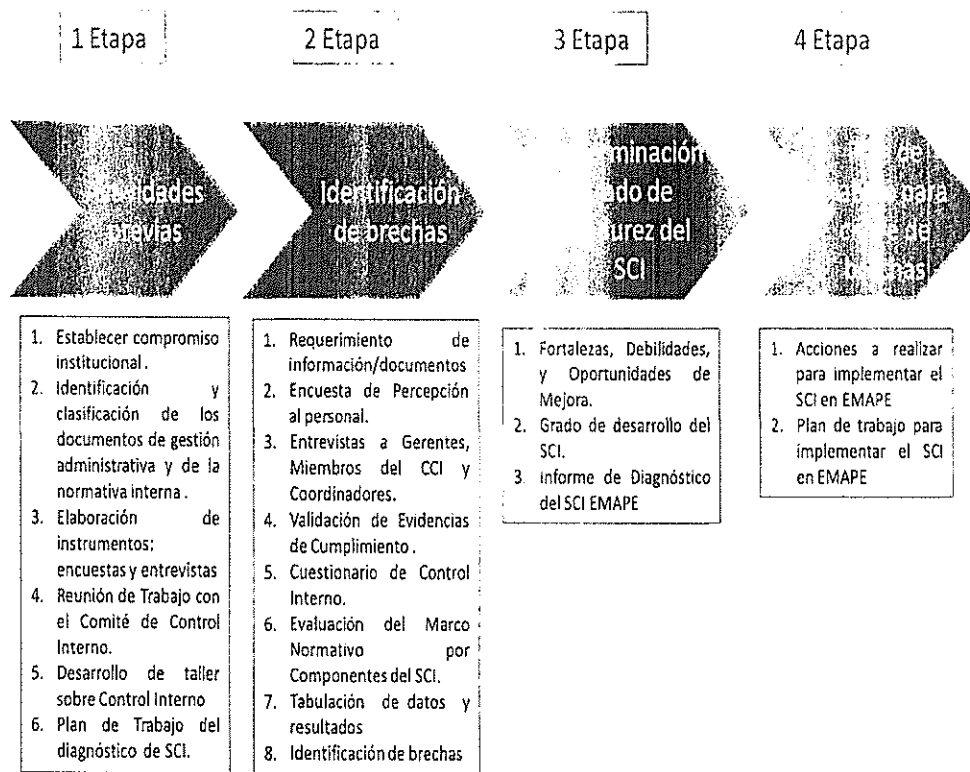
- a) Recopilación y estudio selectivo de la información y documentación disponible sobre las medidas, disposiciones, procedimientos y prácticas instituidas por la entidad como parte de su Sistema de Control Interno, así como toda la normatividad interna o externa vinculada con el control interno vigente.
- b) Revisión de los resultados mediante entrevistas y reuniones de trabajo con los ejecutivos de la entidad y funcionarios claves y pruebas operativas a los controles identificados.
- c) Validación de resultados mediante entrevistas y reuniones de trabajo con funcionarios responsables.
- d) Identificación de debilidades y fortalezas.
- e) Determinación del nivel de implementación y adecuación de la estructura de control interno, en línea con los componentes y principios establecidos por la Contraloría General, identificando, analizando y concluyendo, los aspectos siguientes:
 - El nivel de desarrollo, organización y grado de madurez del Sistema de Control Interno actual.
 - Los estándares o elementos de control que conforman el sistema existente y su grado de formalidad.
 - Las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora que presenta el sistema de control interno.
 - La metodología de control de gestión estratégica.
 - Los ajustes o adecuaciones que deben efectuarse e implementarse.
 - Las prioridades en la implementación definidas de manera conjunta con la Gerencia General de la entidad.
 - Una estimación de los recursos económicos y de personal requerido para la implementación de las deficiencias, vacío y oportunidades antes mencionadas, los cuales serán presentados en un Plan de Acción.

- f) Asimismo, la metodología empleada ha considerado el uso de técnicas de indagación, inspección, cálculo, confirmación, observación, entre otras, así como la aplicación de las herramientas de recolección de información desarrolladas especialmente para este propósito en EMAPE, como son: Encuestas de percepción, entrevistas a los gerentes, la contrastación por componentes y principios, de la evidencia de cumplimiento, aplicación de cuestionarios de control interno, orientados en conjunto a la evaluación y determinación del grado de madurez del control interno de la entidad, tanto a nivel general como por sus unidades orgánicas conformantes.

La metodología empleada para efectuar el diagnóstico de Control Interno en EMAPE, se resume en:

Gráfico N° 2

METODOLOGÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE SISTEMA DE CONTROL INTERNO



Fuente: Elaboración propia

- a) Para la evaluación y determinación del nivel de desarrollo, organización y grado de madurez del Sistema de Control Interno actual, en consonancia con la doctrina, se ha establecido una escala con asignación de la calificación y su puntaje correspondiente, según el siguiente modelo de maduración:

Tabla N° 2

Grado de Madurez del Sistema de Control Interno

Niveles	Valores
Satisfactorio (Apropiado o en estado de mejora continua)	3.01 a 4.00
Adecuado (Razonable o en proceso de implementación avanzada gradual)	2.01 a 3.00
Insuficiente (En proceso de implementación inicial, aún incompleto)	1.01 a 2.00
Incipiente (Inexistente o precario)	0.00 a 1.00

Fuente: Elaboración propia

- b) De otro lado, es pertinente señalar que el desarrollo de la metodología se ha sujetado plenamente a los lineamientos y criterios establecidos en la Guía de Implementación emitida por la Contraloría General, plasmándose en la verificación y evaluación de los componentes, principios y normas de control interno, regulados por dicha normativa, a saber:

Tabla N° 3

Componentes	Principios	Normas de Control Interno
I. Ambiente de control	1. Entidad comprometida con integridad y valores	1. Filosofía de dirección 2. Integridad y Valores éticos
	2. Independencia de la supervisión del Control Interno	
	3. Estructura organizacional apropiada para objetivos	3. Administración estratégica 4. Estructura organizacional
	4. Competencia profesional	5. Administración de recursos humanos 6. Competencia profesional
	5. Responsable del Control Interno	7. Asignación de Autoridad y responsabilidad 8. Órgano de Control institucional
	6. Objetivos claros	1. Planeamiento de la Administración de riesgos 2. Identificación de los riesgos
II. Evaluación del riesgo	7. Gestión de riesgos que afectan los objetivos	3. Valoración de los riesgos 4. Respuesta al riesgo
	8. Identificación de fraude en la evaluación de riesgos	
	9. Monitoreo de cambios que podrían impactar al SCI	
	10. Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos	1. Procedimientos de autorización y aprobación 2. Segregación de funciones
III. Actividades de control		3. Evaluación costo-beneficio 4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos 5. Verificaciones y conciliaciones 6. Evaluación de desempeño 7. Rendición de cuentas 8. Documentación de procesos, actividades y tareas
	11. Despliegue de las actividades de control a través de políticas y	9. Revisión de procesos, actividades y tareas
	12. Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos	10. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones
	13. Información de calidad para el Control Interno	1. Funciones y características de la información 2. Información y responsabilidad 3. Calidad y suficiencia de la información 4. Sistemas de información 5. Flexibilidad al cambio 6. Archivo institucional 7. Comunicación interna 9. Canales de comunicación 8. Comunicación externa
IV. Información y comunicación	14. Comunicación de la información para apoyar el Control Interno	
	15. Comunicación a terceras partes	
V. Actividades de supervisión	16. Evaluación para comprobar el Control Interno	A. Actividades de prevención y monitoreo B. Seguimiento de resultados C. Compromisos de mejoramiento
	17. Comunicación de deficiencias de	

Fuente: Elaboración propia

Los procesos evaluados, a fin de obtener el nivel de implementación y adecuación de la estructura de control interno de EMAPE S.A., han sido los siguientes:

Tabla N° 4

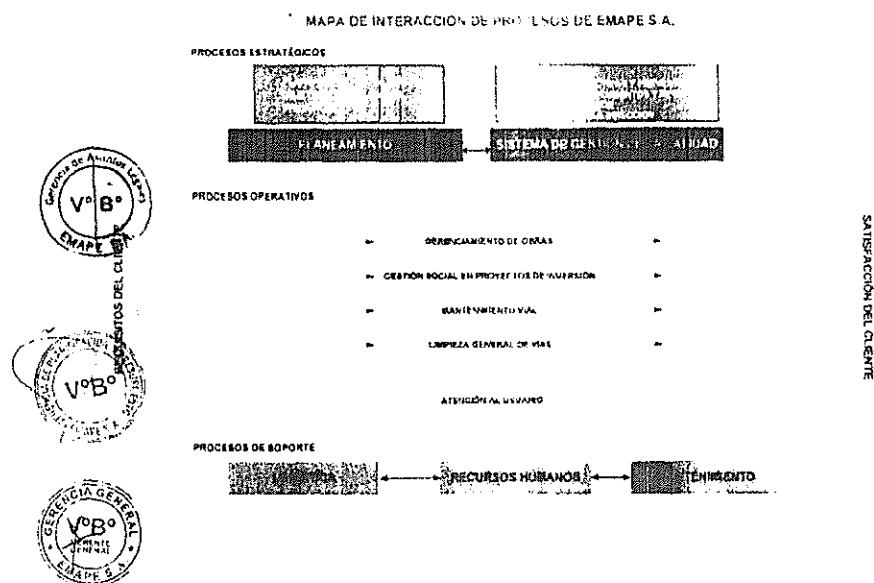
Categorías	Procesos
Estratégico	Planeamiento
Misionales	Gestionar proyectos de Obras viales
	Gestionar Expedientes técnicos viales
	Gestionar obras de Mantenimiento vial
Apoyo	Logística
	Recursos Humanos
	Sistemas
	Tesorería

Fuente: Elaboración propia

Las interacciones de los procesos con los grupos de interés obtenido de documentación de EMAPE, se presenta en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 3

MAPA DE PROCESOS



Fuente: Manual de calidad de EMAPE S.A.

comunicó al personal sobre la aplicación de las encuestas de percepción del sistema de control interno.

La encuesta comprendió preguntas de los cinco componentes y principios de Control Interno, según detalle siguiente:

Componente Ambiente de Control	16 preguntas
Componente de Evaluación de Riesgos	5 preguntas
Componente de Actividades de Control	12 preguntas
Componente de Información y Comunicación	19 preguntas
Componente de Supervisión	8 preguntas

4.2.2. Aplicación de Entrevistas

Las entrevistas se realizaron entre el 25 de setiembre al 6 de octubre y una el 16 de octubre, por cambio de gerente (gerencia legal). En total se entrevistó a 19 gerentes de 20 gerentes (No se entrevistó al gerente de análisis de riesgo).

Los funcionarios entrevistados fueron: Gerentes Adjuntos, Gerentes Centrales, Gerentes y miembros del Comité de Control Interno, a quienes se les efectuó preguntas abiertas y cerradas, que permitió obtener información sobre el conocimiento, percepción y propuestas de los funcionarios sobre el control interno en la entidad. Las respuestas se tabularon para obtener un resultado cuantitativo y cualitativo.

4.2.3. Validación de Evidencias de Cumplimiento

El desarrollo de esta actividad se realizó entre el 9 de octubre al 20 de octubre y comprendió la verificación y validación a través de evidencias documentales y digitales (Manuales de Organización y Funciones, Planes Operativos, Estratégicos, Directivas, Lineamientos, entre otros), verificación de las respuestas formuladas en la Encuesta de Percepción por el personal de la Entidad y en las entrevistas por parte de los gerentes. Se realizaron hasta tres verificaciones por unidad orgánica relacionadas a las normas de control interno implementadas.

4.2.4. Análisis normativo

El análisis de los documentos normativos internos, comprendió la revisión de cuatro atributos importantes: vigencia, conocimiento, capacitación, y autoevaluación.

Se revisaron doscientos (211) normas internas, de las cuales ochenta y tres (83) fueron emitidas dentro del sistema de gestión de calidad, aún vigentes, noventa y ocho (98) se encuentran en la intranet, y treinta dos (32) normas emitidas como lineamientos a través de memorándum internos en las unidades orgánicas.

Tabla N° 5

Unidad Orgánica	Normas Internas
Dirección	20
Planeamiento	12
Legal	1
Limpieza de vías	20
Mantenimiento Vial	16
Estudios y Proyectos	14
Obras viales	18
Logística	28
Tesorería	20
Contabilidad	13
Control Patrimonial	9
Recursos Humanos	12
Sistemas	28
Total	211

Fuente: Elaboración propia

4.2.5. Matriz de vinculación de los Componentes del SCI con los instrumentos de gestión

Se elaboró la matriz para establecer las brechas respecto a las buenas prácticas de control para la implementación del SCI por cada uno de sus cinco componentes e identificar las debilidades que presenta el Sistema de Control Interno de EMAPE.

La matriz comprendió verificaciones de diecisiete (17) principios de control y treinta y cuatro (34) normas de control interno, según detalle siguiente:

Tabla N° 6

Componentes del SCI	Principios	Normas Técnicas de Control
Componente Ambiente de Control	5	8
Componente de Evaluación de Riesgos	4	4
Componente de Actividades de Control	3	10
Componente de Información y Comunicación	3	9
Componente de Supervisión	2	3
Total	17	34

Fuente: Elaboración propia

4.2.6. Identificación de Debilidades y Fortalezas

Tomando en consideración el análisis efectuado, se identificaron las fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno en EMAPE; así como las oportunidades de mejora.

4.3. Análisis de la Información

Como resultado de la encuesta de percepción realizada al personal, entrevista efectuada a los niveles de Gerencia, Jefes de Oficina y Miembros del Comité de Control Interno, así como de la verificación de las evidencias de cumplimiento (implementación de controles internos), Matriz de vinculación de los Componentes del SCI con los instrumentos de gestión, análisis normativo y la identificación de debilidades y fortalezas, se ha efectuado un análisis del nivel de implementación y/o grado de madurez del Sistema de Control Interno en el EMAPE a nivel percepción y a nivel de evidencias.

4.4. Nivel de Implementación del Sistema de Control Interno en el EMAPE

El grado de madurez Promedio del Sistema de Control Interno en EMAPE, ha obtenido un valor promedio de **1.93** que corresponde al nivel de madurez Control Interno **INSUFICIENTE**, lo cual representa que se ha iniciado el proceso de implementación del Sistema de Control interno en EMAPE SA, pero aún es incompleto.

El Grado de madurez del Sistema de Control Interno en EMAPE por cada componente de acuerdo a la escala determinada es el siguiente:

Tabla N° 7

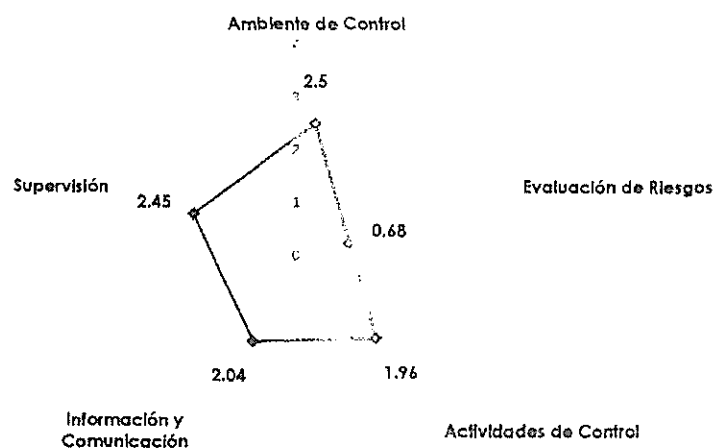
Componente	Valor del Componente	Nivel de Madurez
1. Ambiente de control	2.50	Adecuado
2. Evaluación de riesgos	0.68	Incipiente
3. Actividades de Control	1.96	Insuficiente
4. Información y comunicación	2.04	Adecuado
5. Actividades de supervisión	2.45	Adecuado
Sistema de Control Interno	1.93	Insuficiente

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se muestra el grado de madurez obtenido por cada componente del SCI, observándose su ubicación respecto a los niveles existentes:

Gráfico N° 4

Grado de Madurez por componentes del SCI



Fuente: Elaboración propia

El grado de madurez promedio del SCI, se ha obtenido con los resultados de las encuestas de percepción al personal, entrevistas a los gerentes y evidencias de cumplimiento, cuyo detalle se presenta a continuación.

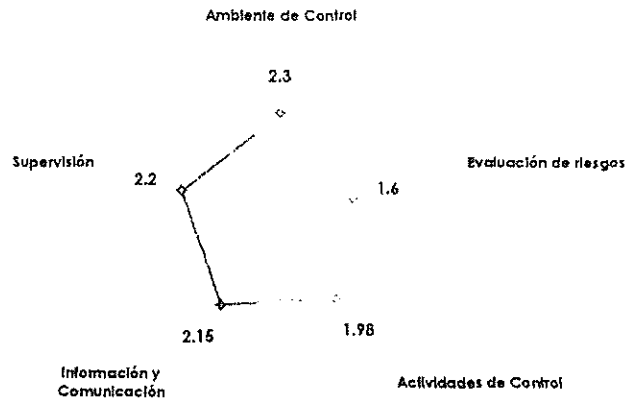
Tabla N° 8

Componente	Encuesta Percepción	Entrevista	Evidencias de cumplimiento	Promedio
Ambiente de Control	2.30	1.80	3.40	2.50
Evaluación de riesgos	1.60	0.45	0.00	0.68
Actividades de Control	1.98	2.20	1.70	1.96
Información y Comunicación	2.15	1.70	2.28	2.04
Supervisión	2.20	2.98	2.16	2.45
Sistema de Control Interno	2.05	1.83	1.91	1.93

Fuente: Elaboración propia

A continuación se muestra los gráficos de los resultados del grado de madurez según instrumento utilizado:

Gráfico N° 5
Encuesta Percepción



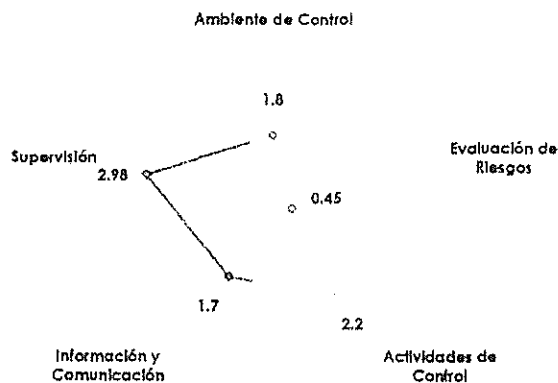
Fuente: Elaboración Propia

Del gráfico precedente se advierte que los componentes Ambiente de Control, Supervisión y Sistemas de Información y Comunicación, han obtenido mayor puntuación, alcanzando un nivel de ADECUADO, lo que denotaría que a opinión del personal, la Entidad ha emitido políticas, guías y procedimientos para disminuir posibles riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, que se han implementado niveles de supervisión adecuados.

Aspectos estos, que permiten asegurar se lleven a cabo las acciones necesarias para el cumplimiento de los fines institucionales y que la información que se recibe y genera al interior de la entidad como resultado de los actividades que vienen desarrollando, es relevante, confiable y de calidad.

Gráfico N° 6

Entrevista

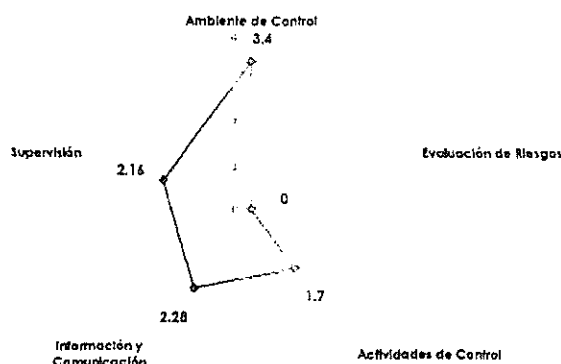


Fuente: Elaboración Propia

Los resultados de las entrevistas a los diecinueve (19) gerentes, que se presentan en el gráfico N°6, nos indica que los componentes Supervisión, y Ambiente de Control, han obtenido un nivel de madurez ADECUADO, lo que denotaría que a opinión de la plana gerencial, la Entidad ha emitido políticas, guías y procedimientos para disminuir posibles riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, que se han implementado niveles de supervisión adecuados; aspectos estos, que permiten asegurar se lleven a cabo las acciones necesarias para el cumplimiento de los fines institucionales.

Gráfico N° 7

Evidencia de Cumplimiento



Fuente: Elaboración Propia

Los resultados de la verificación de evidencias, que se visualiza en el gráfico precedente, nos indica que el componente Ambiente de Control, alcanza un nivel de madurez de SATISFACTORIO o en mejora continua, lo que denotaría que la Entidad ha emitido lineamientos de políticas para disminuir posibles riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, los mismos que deberán ser formalizados en guías, manuales y procedimientos; el componente supervisión alcanza un nivel de adecuado, lo que demuestra que se han adoptado las acciones necesarias para verificar las acciones de control implementadas; y los componentes Actividades de control y Evaluación de riesgos donde el nivel de madurez es insuficiente e incipiente, respectivamente, demuestra que aún están en un proceso inicial.

Sobre la base de los resultados de las encuestas, entrevistas y validación de las evidencias de cumplimiento efectuadas y, considerando los elementos que integran el Sistema de Control Interno vigente en EMAPE; se ha determinado el grado de Madurez para cada uno de los 5 componentes, como se detalla a continuación:

Ambiente de Control

Este componente se encuentra en el nivel adecuado (2.50), toda vez que las condiciones del elemento de control existen, están formalizadas, están operando y existe evidencia documentada de su cumplimiento, asimismo cuenta con un conjunto de normas, procesos y estructuras que proporcionan una base importante para llevar a cabo el control interno en la entidad.

Se advierte la suscripción del Acta de Compromiso en el año 2016 para la implementación del Sistema de Control Interno, la misma que se encuentra publicada en la intranet y en la página Web EMAPE. Se ha observado igualmente que se aplica el Código de Ética de la Función Pública, sin embargo es necesario que se tenga un Código de Ética Institucional propio. El Código de Ética del Funcionario Público, está publicado en la intranet y en el Portal de Transparencia, estando pendiente la entrega a todo el personal, quienes deben firmar un documento en señal de recepción.

Existe un Reglamento Interno de Trabajo aprobado mediante Resolución N° 166-2015-EMAPE/GG de fecha 10/11/2015. Se cuenta con un Plan Estratégico 2014-2017 pendiente de aprobación y el Plan Operativo Institucional, los cuales se encuentran publicados en Intranet y en el Portal de Transparencia de la Entidad.

Se ha elaborado y está pendiente de aprobación el Reglamento del Comité de Control Interno, que regula la conformación del Comité, las funciones del Presidente del Comité, las funciones del Secretario del Comité, lugar, número y fecha de reuniones Ordinarias y Extraordinarias, Quórum, Votación, Funciones del Comité, entre otras disposiciones.

Se tiene definido mecanismos emitidos por la Contraloría General para la evaluación periódica del Control Interno a través del órgano de Control Interno de la Entidad y Sociedades de Auditoría.

No obstante estar funcionando algunos elementos de control, existen ciertas debilidades que requieren adoptar acciones como: Mejorar la planeación y programación de las actividades, dado que existen constantes modificaciones presupuestales y elaborar procedimientos para la evaluación de desempeño del personal.

No se advierte mayor difusión del Código de Ética del Funcionario Público, pasando en algunos casos estos documentos como desapercibidos, no obstante ser de vital importancia, por cuanto marcan conductas esenciales, del personal en una entidad, para fortalecer y/o garantizar el cumplimiento de sus objetivos.

Hay Unidades Orgánicas que carecen de personal suficiente para el cumplimiento de sus funciones, lo que viene generando pasivos en liquidaciones y cierre de obras; asimismo la falta de personal dedicado a la foliación, ordenamiento y derivación de documentos al archivo central, lo que ha generado un incremento de documentos en el archivo de gestión y/ o desorden en el archivo de documentos.

Si bien se viene implementando Recomendaciones contenidas en los Memorándums de Control Interno como en los Informes de Control emitidos por las SOA's y el OCI de EMAPE, existen aún 13 Informes de Control que continúan en seguimiento no obstante que provienen de los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016. La situación de dichos Informes al 31/08/2017, es la siguiente: 9 recomendaciones han sido Implementadas, 19 se encuentran en Proceso y 5 continúan Pendientes.

Asimismo, no se ha mapeado los procesos de la entidad con el objetivo de identificar todos los procesos misionales de EMAPE, sus características e interrelaciones.

Mayor detalle en **Anexo N° 1**, Matriz de verificación de evidencia de cumplimiento, Componente Ambiente de Control.

Evaluación de Riesgos

Se ha determinado que este componente no ha sido implementado y se encuentra en el nivel de Incipiente (0.68), al no haberse podido comprobar la existencia de evidencias de cumplimiento que denoten una gestión sistemática del riesgo, concebida como un proceso continuo y como parte de las actividades y responsabilidades de todo el personal; sin embargo, se ha podido evidenciar que las unidades orgánicas, Programa de Solidaridad y Control Previo, han definido algunos riesgos con suficiente claridad para permitir en un futuro próximo dar inicio a la implantación de la Gestión Integral de Riesgos.

Mayor detalle en **Anexo N° 2**, Matriz de verificación de evidencia de cumplimiento, Componente Evaluación de riesgos.

Actividades de Control

Se ha constatado que este componente se encuentra en el nivel Insuficiente (1.96), pese a contar la Entidad con políticas, guías y procedimientos para el cumplimiento y logro de sus objetivos en las diversas actividades que realizan las diferentes Unidades Orgánicas, los documentos normativos existentes están desactualizados y no son aplicadas por el personal. Asimismo se ha observado que se cuenta con un conjunto de lineamientos de política que son aplicados por los niveles gerenciales en sus unidades orgánicas y contribuyen a mejorar los controles internos, sin embargo aún se requiere formalizarlas e implementar mejoras.

Para el control de bienes, se viene aplicando los procedimientos establecidos en la Ley N° 29151, Ley General del Sistema Nacional de Bienes Estatales; sin embargo está pendiente de elaboración la norma de control de bienes institucionales.

Se encuentra pendiente de elaboración y en otros de actualización, los documentos normativos de Seguridad Física de Equipos de Cómputo, Detección y Extinción de Incendios en el Centro de Cómputo y Lineamientos sobre aspectos técnicos de la Seguridad de la Información.

No se cuenta con un ambiente adecuado para los servidores del centro de cómputo. Asimismo, no existe un control sobre las licencias de software que utiliza el personal.

Los documentos que recibe y emite EMAPE, no se encuentran protegidos debidamente, tanto en las Unidades Orgánicas que procesan la información como en los ambientes de archivo, lo cuales no cuentan con los estándares necesarios para la custodia temporal de documentos.

Se encuentra pendiente de elaborar documentos normativos como: Lineamiento para la Atención de Documentos Solicitados al Archivo, Procedimientos Técnicos Archivísticos, Normas Generales del Sistema Nacional de Archivos para el Sector Público Nacional.

No se ha elaborado el Plan de Contingencias Informático, que tiene por objetivo garantizar la continuidad operativa de los servicios y sistemas de información de TI, el Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PETI, Plan Operativo Informático y Guía de Elaboración, lineamientos de política sobre seguridad informática e Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la Entidad en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.

EMAPE ha emitido abundante normativa para regular sus actividades y procesos operativos y administrativos, habiéndose advertido normas de hace más de 14 años que regulan procedimientos operativos, lo que denotaría falta de una revisión y depuración de las normas que ya no están vigentes.

De otro lado se ha tomado conocimiento de la existencia de un alto volumen de requerimientos no programados por las diversas Unidades Orgánicas, debido a la inadecuada programación de sus necesidades. Existen requerimientos que son formulados por las áreas usuarias que no cuentan con marco presupuestal, generando retrasos en la Certificación presupuestaria, por lo que deben solicitar modificaciones presupuestarias.

Existen problemas en la elaboración de los TDR y presentación de especificaciones técnicas, lo que genera que se realicen hasta cinco (5) modificaciones en el proceso de estudio de mercado.

Mayor detalle en **Anexo N° 3**, Matriz de verificación de evidencia de cumplimiento, Componente Actividades de Control.

Sistemas de Información y Comunicación

Se ha determinado que este componente se encuentra en un nivel Adecuado (2.04), por cuanto se ha podido determinar que las condiciones del elemento de control están operando, y cuentan con algunas evidencias de cumplimiento.

EMAPE cuenta con medios que facilitan la comunicación interna: Intranet, correo electrónico, boletines, periódicos murales; de conocimiento de los funcionarios y servidores públicos. Asimismo, se cuenta con Libro de Reclamaciones físico y virtual.

Cabe señalar que EMAPE cuenta con un sistema de gestión, denominado GEMA, que comprende algunos procesos como: trámite documentario, contabilidad, tesorería, planilla, logístico, transporte, almacén, presupuesto y contratos; sin embargo, no comprende de manera integral todos los procesos y actividades de la entidad que permita servir de soporte en el control y monitoreo de las actividades de la entidad. Adicionalmente dicha tecnología aplicada es de hace 13 años, por lo que requiere una actualización.

Algunas unidades orgánicas, utilizan programas en Excel para el control y monitoreo de sus actividades, como es el caso del Programa de Solidaridad, Estudios de Preinversión, entre otros. Este tipo de control ha permitido mejorar el nivel del control de la documentación, respecto de la ubicación de la información para la atención de solicitudes que realizan los usuarios internos y externos; sin embargo deberían formar parte de un sistema integral de gestión institucional.

Se advierte asimismo algunas coordinaciones entre las diferentes unidades orgánicas, principalmente en los casos de pagos a proveedores o de cierre y liquidación de obras.

Igualmente, se ha evidenciado que se utiliza el sistema informático que administra la Contraloría General para la presentación de Registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas.

Está pendiente de elaborar el procedimiento para la actualización regular del Portal web y el Portal de transparencia, así como el procedimiento para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).

Mayor detalle en **Anexo N° 4**, Matriz de verificación de evidencia de cumplimiento, Componente Información y comunicación

Supervisión

Se ha determinado que este componente se encuentra en el nivel Adecuado (2.45), al haberse encontrado que las condiciones del elemento de control existen, están operando, y cuentan con algunas evidencias de cumplimiento,

sin embargo comparado este resultado con el modelo COSO, se advierte una brecha que requiere la adopción de acciones.

Se ha evidenciado que EMAPE aplica la directiva sobre implementación de recomendaciones de informes de control, publicado por la Contraloría General de la República. Se realizan periódicamente evaluaciones independientes a cargo de los órganos de control competentes (OCI, SOA's), que garantizan la valoración y verificación periódica e imparcial del comportamiento del sistema de control interno, identificando las deficiencias y formulando las recomendaciones oportunas para su mejoramiento.

Asimismo se ha observado que no obstante que se realizan evaluaciones de los Planes Operativos, la información no necesariamente es remitida por cada Unidad Orgánica, lo que genera que no se realicen autoevaluaciones del control que permita a la Entidad como a cada Unidad Orgánica, medir la efectividad de los controles en los procesos que interviene y los resultados de la gestión, verificando la capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo, así como identificar aquellos aspectos que aún se encuentren pendientes de implementar en el Sistema de Control Interno.

Mayor detalle en **Anexo N° 5**, Matriz de verificación de evidencia de cumplimiento, Componente Actividades de Supervisión.

4.4.1. Resultados del análisis y Concordancia del Marco Normativo

Análisis normativo

El análisis de la normativa interna se realizó evaluando principalmente tres variables: actualización, capacitación y auto evaluación.

Se puede concluir que EMAPE, cuenta con un acervo de documentos normativos que datan del año 2003 que se encuentran vigentes a la fecha, que regulan sus actividades administrativas y operativas y constituyen una evidencia razonable del Ambiente de Control en la entidad.

Del resultado del análisis, se determinó que de los 211 documentos normativos evaluados, solo el 32.23% corresponde a los procesos operativos o las unidades orgánicas que generan valor agregado a la entidad.

Tabla N° 9

Documentos Normativos internos evaluados

Tipos de procesos	Procesos	Normas Internas	Total	%
Estratégicos	Dirección	20	33	15.64%
	Planeamiento	12		
	Cumplimiento legal	1		
Misionales Operativos	Limpieza de vías	20	68	32.23%
	Mantenimiento Vial	16		
	Estudios y Proyectos	14		
	Obras viales	18		
	Logística	28		
	Tesorería	20		
Apoyo	Contabilidad	13	110	52.13%
	Control Patrimonial	9		
	Recursos Humanos	12		
	Sistemas	28		
Total			211	100.00%

Fuente: Elaboración propia

La mayor cantidad de documentos normativos se ha emitido para los procesos de apoyo, que representa el 52.13%, y en menor medida los procesos estratégicos con un 15.64%. Esta situación nos permite visualizar que existe una brecha normativa en los procesos operativos que se tiene que trabajar.

De otro lado, dichos documentos normativos requieren ser actualizados en razón a que el 38%, corresponde a la normativa emitida para la certificación del sistema de calidad en EMAPE, cuando la función principal estuvo orientada a la recaudación de peajes y que datan del 2003 al 2013. Asimismo, se requiere una evaluación de cada documento normativo con la finalidad determinar su vigencia, actualización o anulación, ya que todos los documentos normativos están vigentes.

Asimismo, aunque el 50% de los documentos normativos se encuentran en la intranet para conocimiento de todo el personal, hay un conocimiento parcial de personal, por lo que amerita una mayor capacitación y participación del personal para su evaluación.

De la revisión aleatoria de los documentos normativos se determinó que aproximadamente más del 50% requieren actualización, en razón que tienen más de 7 años de haber sido elaborados y la institución ha realizado varios cambios organizativos.

De otro lado, el conocimiento por parte del personal de los documentos normativos es limitado, aun cuando se encuentran publicadas en la intranet, no se realizan capacitaciones, que permitan que el personal pueda realizar sus funciones de acuerdo a los procedimientos normados y/o emitir opinión en base a una autoevaluación de la norma.

Es importante resaltar que se debe considerar también capacitaciones externas sobre procesos de ejecución de obras viales, que permita que el personal pueda aportar en las actualizaciones de los documentos normativos internos.

Concordancia Normativa

Se ha elaborado la concordancia del marco normativo interno de la entidad (Resoluciones, Directivas, Instructivos, reglamentos, entre otros) con las normas contenidas en la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno, considerando al efecto los objetivos inherentes a cada uno de los componentes COSO y sus respectivas normas de control interno establecidos en el mencionada Guía, conforme se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla N° 10

Resultados Concordancia normativa

Componente	Concordancia
1. Ambiente de control	87%
2. Evaluación de riesgos	0.0%
3. Actividades de Control	30%
4. Información y comunicación	44%
5. Supervisión	50%
Sistema de Control Interno	1.93

Fuente: Elaboración propia

El mayor soporte de documentos normativos se encuentra en el Componente Ambiente de Control, seguido de Actividades de Supervisión e Información y Comunicación, resultados concordantes con el nivel del grado de madurez del sistema de control interno alcanzado por EMAPE.

Mayor detalle en **Anexo N° 6**, Matriz de concordancia de normativa interna por componentes.

4.5. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel entidad

Como resultado del estado situacional del Sistema de Control Interno (SCI) de EMAPE, expresado en los acápites precedentes, se han identificado sesenta y dos (62) brechas, entendidas éstas como la diferencia entre el criterio (normativo y de buenas prácticas aplicables a la gestión) y lo planificado en los instrumentos de gestión, con la situación encontrada en la entidad respecto de los componentes del SCI.

Tabla N° 11

Brechas Identificadas por componente

Componente	Brechas
1. Ambiente de control	18
2. Evaluación de riesgos	4
3. Actividades de Control	21
4. Información y comunicación	15
5. Supervisión	4
Sistema de Control Interno	62

Fuente: Elaboración propia

En tal sentido, las brechas identificadas por cada componente del SCI se detallan a continuación:

4.5.1. Componente: Ambiente de Control

1. No se publica la declaración de la Misión, Visión y Valores en las instalaciones de la entidad para conocimiento de los trabajadores y funcionarios.
2. No cuenta con un Código de Ética institucional aprobado, vigente y difundido.
3. No hay mayor difusión del Código de Ética del Funcionario Público.
4. Elevados pasivos en liquidación y cierre de obras.
5. Importante número de casos de demandas laborales que provienen de años anteriores y de personal contratado por Locación de servicios.
6. Ausencia de un Procedimiento para la contratación de personal por Locación de Servicios, que evite casos de incompatibilidades o nepotismo.
7. Repetidas verificaciones de los documentos que acompañan la autorización de Pago, por parte de unidades orgánicas, que no le compete dicha función.
8. Está pendiente de aprobación el Plan de Capacitación para el personal técnico de las unidades orgánicas operativas como GGAIV y GGAN.

9. Está pendiente de aprobación el Reglamento Interno del Comité de Control Interno.
10. Carencia de personal suficiente para el cumplimiento de sus funciones, en áreas operativas y de apoyo.
11. Ausencia de un registro de sanciones y despidos de personal.
12. El Plan Estratégico institucional (PEI) no está aprobado y difundido.
13. El Reglamento de Organización y Funciones y el Manual de Perfiles de puestos, así como la estructura orgánica no están actualizados
14. No existen procedimientos para evaluar el desempeño de los trabajadores, de acuerdo a los perfiles establecidos.
15. Falta de evaluación del Plan Anual de Contrataciones y remisión de la misma a la OSCE.
16. Carencia de un mapa de procesos.
17. Ausencia de Manuales de Gestión de Procesos.
18. Ausencia de directivas internas sobre rendición de cuentas y declaraciones juradas.

4.5.2. Componente: Evaluación de riesgos

1. No se cuenta con un plan de riesgos que permita efectuar un análisis y valoración de los riesgos de la empresa.
2. No están identificados los riesgos significativos por cada objetivo estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento.
3. No hay mapa de riesgos, ni estudio de probabilidades de riesgos ni de riesgos en proceso.
4. No se han establecido las acciones necesarias para enfrentar a los riesgos

4.5.3. Componente: Actividades de Control

1. Ausencia de un Manual que incluya en forma integral los niveles de aprobación y autorización para los principales procesos tanto de las Áreas Operativas como de las Áreas de Apoyo (Administrativas).
2. Existen cargos funcionales previstos en los documentos de gestión, que son asumidos por una misma persona.
3. Ausencia de procedimientos para cuantificar el costo / beneficio de los controles establecidos en los procesos críticos, como es el caso del trámite de documentos de autorización de pagos.
4. No se han regulado integralmente los controles de acceso a los recursos, mostrándose desactualizados los documentos aprobados.
5. Se encuentran pendientes rendiciones de cuentas, Proyectos de años anteriores que se ejecutaron con Recursos Financieros de la MML.
6. No se realizan evaluaciones de desempeño del personal considerando los indicadores establecidos en el POI.
7. Ausencia de procedimientos formales que establezcan modalidad y oportunidad de rendición de cuentas de Caja Chica, otorgadas a las unidades orgánicas de línea, administradas por la Gerencia de Tesorería.
8. El personal operativo de EMAPE S.A. tiene un conocimiento parcial de los documentos de los principales procesos.
9. No existe el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI).

10. No se cuenta con un plan operativo informático y de un plan de contingencias.
11. Carencia de infraestructura tecnológica (Servidores y Software) necesarios para el centro de cómputo.
12. Se encuentran pendientes de elaboración y en otros de actualización, los documentos normativos de seguridad física de equipos de cómputo, de detección de incendios en el centro de cómputo y lineamientos sobre aspectos técnicos de seguridad de la información.
13. Falta de control sobre la vigencia de las licencias de software.
14. No existe un ambiente adecuado para los servidores del centro de cómputo.
15. No se encuentran debidamente protegidos, los documentos generados en las unidades orgánicas.
16. Existencia de documentos normativos desactualizados que datan del año 2003.
17. Personal no aplica las disposiciones de los documentos normativos vigentes.
18. Existencia de lineamientos de política emitidos por los gerentes pendientes de formalizarlos en directivas, manuales, guías, etc.
19. Los ambientes del archivo de documentos no cuentan con los estándares necesarios, para la custodia temporal.
20. Modificación de los TDR y Especificaciones técnicas en el proceso de estudio de mercado.
21. No existe un procedimiento para casos de averías en las vías urbanas, como caídas de tableros, de postes, rotura de guardavías, etc. que suceden de forma imprevista y que requieren de atención inmediata.

4.5.4. Componente: Información y Comunicación

1. Carencia de normativa interna que regulen los requisitos de la información que ingresa a la entidad a través del sistema de administración documentaria.
2. No se ha implementado un Sistema Integrado de Gestión Administrativa, el sistema GEMA existente tiene una antigüedad de 13 años y no comprende las actividades de los procesos operativos.
3. Se cuenta con programas en Excel para el control y monitoreo de las actividades como es el caso del Programa de Solidaridad, Asesoría Legal y Estudios y Proyectos de Infraestructura Vial; los que deberían formar parte de un programa integral de gestión institucional.
4. El Portal de Transparencia de la Página Web de EMAPE S.A., no permite visualizar con mediana rapidez y certeza, la información de Presupuesto.
5. La página web institucional de EMAPE, no está actualizada.
6. Está pendiente de elaborar el procedimiento para la actualización regular del portal web y el de transparencia.
7. Carencia de procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y acceso a la información pública)
8. Ausencia de documento interno que acredite la comunicación de los problemas detectados y las posibles soluciones arribadas.

9. Falta de sistematización de información de procesos de selección, proveedores, ejecución de obras, incidencias, entre otras, que permitan una base de datos de consulta.
10. Ausencia de bases de datos unificada de referencias de precios de los servicios y obras que requiere la entidad.
11. Falta de procedimientos y mecanismos de cautela para asegurar la protección de la información, principalmente de las generadas por las áreas técnicas.
12. No existe el Plan Anual de Trabajo Archivístico (Directiva N°003-2008-AGN/DNDAAI) para la adecuada organización y preservación de toda la documentación.
13. No se cuenta con una política de flexibilidad y adaptabilidad a los cambios e innovaciones que permitan a EMAPE mantener su rol misional.
14. Limitada coordinación entre las áreas técnicas y las áreas de apoyo.
15. Carencia de procedimientos para estandarizar la presentación de los documentos que se generan en la entidad. (Oficios, cartas, memorandas, informes, etc.)

4.5.5. Supervisión

1. No se ha efectuado la evaluación del Plan Estratégico Institucional (1er semestre 2017).
2. Carencia de Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades desarrolladas.
3. No se han desarrollado políticas integrales que regule las actividades de supervisión que deben ser efectuados por la alta dirección.
4. Las evaluaciones del POI no se sustentan necesariamente con información remitida por cada unidad orgánica.

4.5.6. Fortalezas y debilidades

Como resultado de la revisión efectuada a los documentos recopilados y al levantamiento de información para la validación de evidencias de cumplimiento, se han identificado Fortalezas y Debilidades que a nivel general se muestra a continuación:

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

FORTALEZAS

DEBILIDADES

1. AMBIENTE DE CONTROL

Principio 1:

La entidad demuestra compromiso con integridad y valores éticos

1.1. Filosofía de la dirección

La Dirección demuestra compromiso y disposición para apoyar el establecimiento y mantenimiento del Control Interno, habiéndose formalizado la correspondiente Acta de Compromiso, constituido el Comité de Control Interno y dictado charlas de Control interno.

Asimismo, pone a disposición del público en general la información de gestión, en cumplimiento a la directiva de PCM.

Está pendiente la aprobación del reglamento del Comité de Control Interno.

1.2. Integridad y Valores Éticos

La alta dirección promueve los valores del Código de Ética de la Función Pública, a través de eventos realizados por la Gerencia de Recursos Humanos y publicitando el Código, en su página web y la intranet.

No se ha difundido adecuadamente el Código de Ética para los trabajadores de EMAPE S.A.

Principio 3

La gerencia establece, con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.

1.3. Administración Estratégica

Se tiene un Plan Estratégico Institucional 2015-2017, referidos a las perspectivas de EMAPE de mediano y largo plazo, a los objetivos estratégicos generales y específicos y sus correspondientes indicadores para la medición del desempeño a nivel de resultados. Todo ello concerniente al gran eje estratégico de la Municipalidad Metropolitana de Lima sobre: Movilidad Urbana y Transporte Público; Territorio e Infraestructura.

Este documento de gestión no ha sido aprobado, por lo tanto se carece de su evaluación a la fecha.

1.4. Estructura Organizacional

Se cuenta con una estructura orgánica de la empresa desarrollado sobre la base de las actividades que se desarrollan. Asimismo, se cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y el Manual de Perfiles de Puestos (MPP).

El Reglamento de Organización y Funciones y el Manual de Perfiles de puestos, así como la estructura orgánica no están actualizados desde el 2015, ya que en la actualidad, algunas áreas dependientes de las Gerencias Centrales, no se han constituido como tal.

Principio: 4

La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización.

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

FORTALEZAS

DEBILIDADES

1.5. Administración de los Recursos Humanos

Las líneas de autoridad y responsabilidad están definidas en el ROF y el personal actúa de acuerdo a las funciones y nivel jerárquico funcional que le corresponde.

Se carece de planes de desarrollo profesional del personal.

No se evidencia evaluación del desempeño operativo del personal en relación a cumplimiento de actividades y metas.

1.6. Competencia profesional

El personal ejecutivo y operativo de EMAPE S.A. cuenta con experiencia y especialización en las labores que se desarrollan en la empresa, así como en el sector.

No existen procedimientos para evaluar el desempeño de los trabajadores, de acuerdo a los perfiles establecidos, no regulándose las exigencias de las competencias necesarias al efecto.

Principio: 5

La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.

1.7 Asignación de Autoridades y Responsabilidad

EMAPE S.A. tiene personal especializado en sus funciones; tanto administrativas como técnicas (Proyectos de Inversión, Sistemas de Información, etc.)

Desactualización de ROF y MPP.

1.8. Órgano de Control Institucional

El Órgano de Control Institucional (OCI), es parte del Sistema Nacional de Control y realiza acciones de control para verificar la legalidad, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos y está sujeta a evaluación por parte de la Contraloría General de la República.

2. EVALUACION DE RIESGOS**Principio: 6**

La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.

2.1. Planeamiento de la administración de riesgos

No identificados

No se cuenta con un plan de riesgos que permita efectuar un análisis y valoración de los riesgos de la empresa.

Principio: 7

La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre el cual determinar cómo se debe gestionar.

2.2. Identificación de riesgos

No identificadas

No están identificados los riesgos significativos por cada objetivo estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento.

2.3. Valoración de riesgos

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

FORTALEZAS

No identificados

2.4. Respuestas al riesgo

No identificadas

DEBILIDADES

No hay mapa de riesgos, ni estudio de probabilidades de riesgos ni de riesgos en proceso.

No se han establecido las acciones necesarias para enfrentar a los riesgos

3. ACTIVIDADES DE CONTROL

Principio: 10

La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables, para la consecución de los objetivos.

3.1. Procedimiento de autorización y aprobación

Determinadas Áreas tienen procedimientos de autorización y aprobación para los principales procesos.

Ausencia de un Manual que defina el nivel de aprobación y autorización para los principales procesos tanto de las Áreas Operativas como de las Áreas de Apoyo (Administrativas).

3.2 Segregación de Funciones

Se cuenta con Manual de Perfiles de Puestos, de acuerdo al ROF

Existen funciones diversas relacionadas a procesos importantes, realizadas por una misma persona.

3.3 Evaluación Costo Beneficio

EMAPE S.A. no ha establecido procedimientos para cuantificar el costo / beneficio de los controles establecidos en los procesos críticos.

3.4. Controles sobre los accesos a los recursos o archivos

Se cuentan con algunos procedimientos administrativos para el acceso y control a los recursos.

No se han regulado integralmente los controles de acceso a los recursos, mostrándose desactualización en documentos aprobados.

La responsabilidad del control es ejercida de manera individual por el personal.

3.5 Verificaciones y Conciliaciones

Se realizan conciliaciones bancarias, arqueos de caja y conciliaciones entre reportes operativos y contables.

Se encuentran aún pendientes de rendición, Proyectos de años anteriores que se ejecutaron con Recursos Financieros enviados por la MML. El retraso de las conciliaciones entre los registros operativos y contables, se debe a la falta de información de años anteriores.

3.6 Evaluación de desempeño

EMAPE S.A. cuenta con indicadores de desempeño del Plan Operativo Institucional

Si bien la empresa cuenta con indicadores de desempeño para su Plan

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

FORTALEZAS

y efectúa un seguimiento a los mismos.

3.7. Rendición de cuentas

EMAPE S.A. cuenta con procedimientos de carácter administrativo para la asignación de fondos y el personal conoce sus responsabilidades con respecto de las rendiciones de cuenta.

Principio : 12

La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de control interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.

3.8 Documentación de procesos, actividades y tareas.

Los Gerentes de EMAPE S.A. conocen la documentación de los principales procesos que involucran a su unidad orgánica y el rol que le corresponde en los mismos.

Principio : 11

La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.

3.10 Controles para las tecnologías de la información y comunicación

Personal joven capacitado con tecnologías de punta.

DEBILIDADES

Operativo Institucional, no se realizan evaluaciones de desempeño del personal considerando los referidos indicadores.

Ausencia de procedimientos formales que establezcan modalidad y oportunidad de rendición de cuentas de Caja Chica, otorgadas a través de la Gerencia de Tesorería, a las unidades orgánicas de línea.

El personal operativo de EMAPE S.A. tiene un conocimiento parcial de los documentos de los principales procesos.

No se cuenta con un plan de informática y plan de contingencias, no existe un Sistema Integral que registre sus operaciones. Carencia de Servidores y Software necesarios para las áreas técnicas.

PROCESO DE GESTIONAR OBRAS VIALES

Se cuenta con personal con experiencia y compromiso de trabajo.

Mantienen elevados pasivos en liquidación y cierre de obras. No se cuenta con procedimientos que normen este proceso.

Falta control administrativo de documentos de obras terminados.

PROCESO DE GESTIONAR EXPEDIENTES TÉCNICOS

Se cuenta con personal con experiencia y compromiso de trabajo.

Falta de procedimientos y mecanismos de cautela para asegurar la protección de la información, principalmente de las generadas por las aéreas técnicas.

PROCESO DE GESTIONAR OBRAS DE MANTENIMIENTO

Se cuenta con personal con experiencia y

No existe un procedimiento para casos

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO**FORTALEZAS**

compromiso de trabajo.

DEBILIDADES

de averías en las vías urbanas, como caídas de tableros, de postes, rotura de guardavías, etc. que suceden de forma imprevista y que requieren de atención inmediata.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**Principio 13:**

La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del Control Interno

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**4.1. Funciones y características de la Información**

Se cuenta con información diseñada por Unidad Orgánica y con características parcialmente definidas.

Determinadas características de la información financiera y de gestión (Integridad, oportunidad, actualización, accesibilidad, etc.) están insuficientemente establecidas y no permite facilitar su acceso y utilización.

4.2. Información y responsabilidad

Se cuentan con Normas Internas que regulan la relación entre información y responsabilidad del personal (RIT, MPP, Estructura Orgánica, etc.) y se enfatiza en la utilización de la comunicación directa con el personal (Reuniones de Trabajo, etc.).

Ausencia de documento interno que acredite la comunicación de los problemas detectados y las posibles soluciones arribadas.

4.3. Calidad y suficiencia de la información

Se cuentan con determinadas disposiciones internas sobre la disponibilidad y privacidad de los datos e información de la entidad.

Falta de procedimientos y mecanismos de cautela aprobados para asegurar la calidad y suficiencia de la información, así como su evaluación periódica.

4.4. Sistema de información

Se cuentan con determinadas disposiciones sobre controles de acceso a la información (Asignación de cuentas, medidas de seguridad a los servidores y sistemas, uso de internet y correo electrónico, sistema de protección contra virus, etc.).

No se realiza un control en las unidades orgánicas del uso de los accesos a la información.

4.5. Flexibilidad al cambio

La actual gestión ha emitido lineamientos operativos para reforzar la actitud de adaptabilidad al cambio mostrada por los trabajadores de EMAPE, cuando varió el nuevo rol misional de la entidad.

No se cuenta con una política de flexibilidad y adaptabilidad a los cambios e innovaciones que permitan mantener su rol misional.

4.6. Archivo Institucional

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO**FORTALEZAS**

Determinadas áreas aplican adecuados procedimientos gubernamentales para la administración, mantenimiento y conservación de la documentación.

DEBILIDADES

Carencia de un Plan Anual de Trabajo archivístico que establezca las políticas y procedimientos para la adecuada organización y preservación de toda la documentación que genera la entidad.

Principio 14:

La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI

FORTALEZAS**4.7. Comunicación Interna**

Se aplican disposiciones para la administración y uso de internet y correo electrónico, así mismo se han establecido medios que facilitan la comunicación interna (Intranet, correo electrónico, folletos, periódicos murales) y líneas de comunicación para la denuncia de posibles actos indebidos (Libro de Reclamaciones).

DEBILIDADES**4.9. Canales de Comunicación**

Se tiene establecido canales de comunicación interna y externa, a través de : Documentos (Cartas, oficios, informes, memorando, entre otros), periódicos murales, intranet, sistema virtual, etc.

Ausencia de políticas para mejorar y fortalecer medios de comunicación que tienden a establecer una comunicación interna y externa efectiva.

Principio 15:

La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del Control Interno.

4.8. Comunicación Externa

La información hacia terceros es revisada a nivel operativo o administrativo. Se cuenta con un portal de transparencia en su página web.

Ausencia de un Procedimiento de Comunicación que permita, entre otros, garantizar que las comunicaciones sean: documentadas, registradas y evaluadas e identificar el área orgánica responsable de su atención

5. SUPERVISIÓN**Principio: 17**

La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo a la alta dirección.

5.1. Normas Básicas para las Actividades de Prevención y Monitoreo**5.1.1 Prevención y Monitoreo**

Se ejecutan evaluaciones de gestión sobre el plan estratégico y cumplimiento del plan operativo y financieras sobre los resultados de operación de la entidad.

5.1.2. Monitoreo Oportuno del Control Interno

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

FORTALEZAS

EMAPE cuenta con un Órgano de Control Institucional que realiza revisiones periódicas.

DEBILIDADES

Carencia de Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades desarrolladas.

5.2. Normas Básicas para el Seguimiento de Resultados

5.2.1. Reporte de deficiencias

El órgano de control Institucional emite informes periódicos del seguimiento de las observaciones detectadas en los informes del órgano de control.

5.2.2. Implantación y Seguimiento de Medidas Correctivas

Se prioriza la atención de la Falta de interés del personal para la implementación de las recomendaciones del OCI.

implementación de las recomendaciones de la OCI.

Principio: 16

La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI, están presentes y en funcionamiento.

5.3. Normas Básicas Para los Compromisos de Mejoramiento

5.3.1. Autoevaluación

Anualmente, se contrata la ejecución de auditorías externas.

Fuente Elaboración propia

4.6. Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos y/o unidades orgánicas

Las brechas identificadas proceden de las unidades orgánicas visitadas, correspondiendo a la Gerencia Central de Planeamiento y Sistemas una participación del 48% de las brechas, seguido de la Gerencia central de Administración y Finanzas con un 37%. Es de resaltar que esta participación de la GCPS es concordante con la importancia que se otorga en la implementación de un Sistema de Control Interno a los documentos normativos y de gestión que se encuentran dentro de sus funciones. Igualmente a la GCAF, a quienes les corresponden cautelar los recursos asignados.

Tabla N° 12

Brechas por procesos y/o unidades orgánicas

Tipos de procesos	Unidades Orgánicas	Componentes					Total
		Ambiente de Control	Evaluación de Riesgos	Actividades de control	Información y comunicación	Supervisión	
Estratégicos	Gerencia General	1		1	2	1	5
	Gerencia Central de Planeamiento y Sistemas	4	4	9	10	3	30
	Gerencia Central de Asesoría Legal	--	--	--	--	--	--
	Gerencia General Adjunta de Infraestructura Vial	1	--	--	2	--	3
	Gerencia General Operativos	--	--	1	--	--	1
Misionales	Mantenimiento						
	Gerencia Central de Administración y Finanzas	12	--	10	1	--	23
	Apoyo Gerencia Central de Control Previo	--	--	--	--	--	--
Total		18	4	21	15	4	62

Fuente: Elaboración propia

4.6.1. Gerencia General

Es un órgano de Dirección, que reporta al Directorio y desarrolla sus actividades en el ámbito funcional de planeamiento, organización, dirección y de control.

Componente: Ambiente de Control

1. Está pendiente de aprobación el Reglamento Interno del Comité de Control Interno.

Componente: Actividades de Control

1. Personal no aplica las disposiciones de los documentos normativos vigentes.

Componente: Información y Comunicación

1. Limitada coordinación entre las áreas técnicas y las áreas de apoyo.
2. No se cuenta con una política de flexibilidad y adaptabilidad a los cambios e innovaciones que permitan mantener su rol misional.

Supervisión

1. No se han desarrollado políticas integrales que regule las actividades de supervisión que deben ser efectuados por la alta dirección.

4.6.2. Gerencia Central de Planificación y Sistemas

Es un órgano de asesoría encargado de conducir los procesos de planificación estratégicos y operativos, la formulación de estudios de preinversión y desarrollar e implementar sistemas informáticos.

Componente: Ambiente de Control

1. El Plan Estratégico institucional (PEI) no está aprobado y difundido.
2. El Reglamento de Organización y Funciones y el Manual de Perfiles de puestos, así como la estructura orgánica no están actualizados.
3. Carencia de un mapa de procesos.
4. Ausencia de Manuales de Gestión de Procesos.

Componente: Evaluación de riesgos

1. No se cuenta con un plan de riesgos que permita efectuar un análisis y valoración de los riesgos de la empresa.
2. No están identificados los riesgos significativos por cada objetivo estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento.
3. No hay mapa de riesgos, ni estudio de probabilidades de riesgos ni de riesgos en proceso.
4. No se han establecido las acciones necesarias para enfrentar a los riesgos

Componente: Actividades de Control

1. Ausencia de un Manual que incluya en forma integral los niveles de aprobación y autorización para los principales procesos tanto de las Áreas Operativas como de las Áreas de Apoyo (Administrativas).
2. Ausencia de procedimientos para cuantificar el costo / beneficio de los controles establecidos en los procesos críticos, como es el caso del trámite de documentos de autorización de pagos.
3. No existe el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI).
4. No se cuenta con un plan operativo informático y de un plan de contingencias.
5. Carencia de infraestructura tecnológica (Servidores y Software) necesarios para el centro de cómputo.
6. Se encuentran pendientes de elaboración y en otros de actualización, los documentos normativos de seguridad física de equipos de cómputo, de detección de incendios en el centro de cómputo y lineamientos sobre aspectos técnicos de seguridad de la información.
7. Falta de control sobre la vigencia de las licencias de software.
8. Existencia de documentos normativos desactualizados que datan del año 2003.
9. Existencia de lineamientos de política emitidos por los gerentes pendientes de formalizarlos en directivas, manuales, guías, etc.

Componente: Información y Comunicación

1. No se ha implementado un Sistema integrado de Gestión Administrativa, el sistema GEMA existente, tiene una antigüedad de 13 años y no comprende las actividades de los procesos operativos.
2. Se cuenta con programas en Excel para el control y monitoreo de las actividades como es el caso del Programa de Solidaridad, Asesoría Legal y Estudios y Proyectos de Infraestructura Vial; los que deberían formar parte de un programa integral de gestión institucional.

3. El Portal de Transparencia de la Página Web de EMAPE S.A., no permite visualizar con mediana rapidez y certeza, la información de Presupuesto.
4. La página web institucional de EMAPE, no está actualizada.
5. Está pendiente de elaborar el procedimiento para la actualización regular del portal web y el de transparencia.
6. Ausencia de documento interno que acredite la comunicación de los problemas detectados y las posibles soluciones arribadas.
7. Falta de sistematización de información de procesos de selección, proveedores, ejecución de obras, incidencias, entre otras, que permitan una base de datos de consulta.
8. Carencia de procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y acceso a la información pública)
9. Carencia de procedimientos para estandarizar la presentación de los documentos que se generan en la entidad. (oficios, cartas, memoranda, informes, etc.)

Componente: Supervisión

1. No se ha efectuado la evaluación del Plan Estratégico Institucional (1er semestre 2017).
2. Carencia de Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades desarrolladas.
3. Las evaluaciones del POI no se sustentan necesariamente con información remitida por cada unidad orgánica.

4.6.3. Gerencia Central de Administración y Finanzas

Es un órgano de apoyo encargada de administrar los recursos económicos, financieros, humanos, materiales y de servicios de la empresa.

Componente: Ambiente de Control

1. Importante número de casos de demandas laborales que provienen de años anteriores y de personal contratado por Locación de servicios.
2. Ausencia de un Procedimiento para la contratación de personal por Locación de Servicios, que evite casos de incompatibilidades o nepotismo.
3. No se publica la declaración de la Misión, Visión y Valores en las instalaciones de la entidad para conocimiento de los trabajadores y funcionarios.
4. No hay mayor difusión del Código de Ética del Funcionario Público.
5. No cuenta con un Código de Ética institucional aprobado, vigente y difundido.

6. Repetidas verificaciones de los documentos que acompañan la autorización de Pago, por parte de unidades orgánicas, que no le compete dicha función.
7. Está pendiente de aprobación el Plan de Capacitación para el personal técnico de las unidades orgánicas operativas como GGAIV y GGAN.
8. Carencia de personal suficiente para el cumplimiento de sus funciones, en áreas operativas y de apoyo.
9. Ausencia de un registro de sanciones y despidos de personal.
10. No existen procedimientos para evaluar el desempeño de los trabajadores, de acuerdo a los perfiles establecidos.
11. Falta de evaluación del Plan Anual de Contrataciones y remisión de la misma a la OSCE.
12. Ausencia de directivas internas sobre rendición de cuentas y declaraciones juradas.

Componente: Actividades de Control

1. Carencia de normativa interna que regulen los requisitos de la información que ingresa a la entidad a través del sistema de administración documentaria.
2. Existen cargos funcionales previstos en los documentos de gestión, que son asumidos por una misma persona.
3. No existe un ambiente adecuado para los servidores del centro de cómputo.
4. No se han regulado integralmente los controles de acceso a los recursos de la entidad, como bienes del activo fijo, estudios y expedientes de preinversión y definitivos, etc.
5. Se encuentran pendientes rendiciones de cuentas, los Proyectos de años anteriores que se ejecutaron con Recursos Financieros de la MML.
6. No se realizan evaluaciones de desempeño del personal considerando los indicadores establecidos en el POI.
7. Ausencia de procedimientos formales que establezcan modalidad y oportunidad de rendición de cuentas de Caja Chica, otorgadas a las unidades orgánicas de línea, administradas por la Gerencia de Tesorería.
8. El personal operativo de EMAPE S.A. tiene un conocimiento parcial de los documentos de los principales procesos.
9. Los ambientes del archivo de documentos no cuentan con los estándares necesarios, para la custodia temporal.
10. Modificación de los TDR y Especificaciones técnicas en el proceso de estudio de mercado.

Componente: Información y Comunicación

1. No existe el Plan Anual de Trabajo Archivístico (Directiva N°003-2008-AGN/DNDAAI) para la adecuada organización y preservación de toda la documentación.

4.6.4. Gerencia General Adjunta de Infraestructura Vial

Es un órgano de línea encargado de dirigir, supervisar y evaluar las acciones de supervisión técnica y administrativa de los estudios y ejecución de obras, así como la finalización, recepción, liquidación, transferencia y cierre de los proyectos de inversión de infraestructura vial encargados a EMAPE.

Componente: Ambiente de Control

1. Elevados pasivos en liquidación y cierre de obras.

Componente: Información y Comunicación

1. Ausencia de bases de datos unificada de referencias de precios de los servicios y obras que requiere la entidad.
2. Falta de procedimientos y mecanismos de cautela para asegurar la protección de la información, principalmente de las generadas por las áreas técnicas.

4.6.5. Gerencia General Adjunta de Mantenimiento

Es un órgano de línea encargado de proponer, implementar, conducir, controlar y ejecutar la supervisión técnica y administrativa de los planes, actividades de mantenimiento de vías, áreas verdes y limpieza vial; y mantenimiento de puentes administrados por EMAPE y aquellos por encargo.

Componente: Actividades de Control

1. No existe un procedimiento para casos de averías en las vías urbanas, como caídas de tableros, de postes, rotura de guardavías, etc. que suceden de forma imprevista y que requieren de atención inmediata.

V. Aspectos a implementar

Componentes	Prioridad	Responsabilidad	Tiempo/ Semanas
1. AMBIENTE DE CONTROL			
La Gerencia de Recursos Humanos, deberá publicar en las instalaciones de la entidad la Visión, Misión y Valores Éticos, para conocimiento del personal.	1	G.C.A.F.	4
La Gerencia de Planeamiento deberá elaborar el Código de Ética institucional	1	G.C.P.S.	6
Realizar charlas de sensibilización periódicas al personal ejecutivo y operativo, sobre la importancia de implementar un sistema de control interno en la entidad,	2	G.C.A.F.	6
Difundir el Código de Ética a todo el personal, a través de charlas, entregando al personal copia del Código y registrando su conocimiento y compromiso.	2	G.C.A.F.	4
La Gerencia General deberá aprobar el Plan Estratégico y disponer su actualización.	2	G.G.	6
Actualizar el ROF y el MPP, que refleje realmente las funciones que realiza la entidad.	2	G.C.P.S.	8
Actualizar la estructura orgánica de la entidad, a fin de que refleje su real accionar.	2	G.C.P.S.	8
Difundir periódicamente al personal de la entidad los documentos normativos vigentes: ROF, MPP y demás manuales de procedimientos.	2	G.C.A.F.	10
Establecer los requisitos y limitaciones para la contratación del personal bajo la modalidad de Locación de Servicios.	1	G.C.A.F. y G.C.A.L.	8
Revisar el Cuadro de Asignación de Personal de la entidad para adecuarlo a los requerimientos funcionales y perfiles de puestos.	2	G.C.A.F. y G.C.P.S.	8
Incorporar en el plan de capacitación los temas requeridos por el personal y necesarios para el accionar de la entidad.	3	G.C.A.F.	6
Realizar periódicamente evaluaciones de desempeño al personal en relación a cumplimiento de metas.	2	G.C.A.F.	8
Incorporar en plan de capacitación, eventos para promover la carrera y desarrollo profesional del personal.	2	G.C.A.F.	8
Elaborar el Mapa que comprenda las actividades estratégicas, misionales y de apoyo, que desarrolla la entidad.	1	G.C.P.S., G.C.A.F., G.G.I.V. y G.G.A.M	16

Componentes	Prioridad	Responsabilidad	Tiempo/ Semanas
Elaborar del Manual de gestión de Procesos de la entidad y determinar los procesos y actividades críticas que deberán ser objeto de control de riesgos de alta probabilidad e impacto	1	G.C.P.S., G.C.A.F., G.G.I.V. y G.G.A.M.	16
Implementar un registro de sanciones y despidos aplicados al personal.	2	G.C.A.F.	6
La Gerencia General deberá aprobar el Reglamento del Comité Interno.	1	G.G.	6
La Gerencia de Planeamiento deberá actualizar directiva que regule los procedimientos sobre rendición de cuentas y declaraciones juradas	2	G.C.P.S.	8.
2. EVALUACIÓN DE RIESGOS			
Elaborar, aprobar y difundir la Directiva de Gestión de Riesgos, en el que se incluya la metodología y manual de gestión de riesgos de posibles fraudes y/o posibles actos irregulares en las diversas áreas de EMAPE.	1	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M.	24
Elaborar, aprobar y difundir el inventario de riesgos, en el que se incluya la matriz de riesgos (probabilidad e impacto), análisis y evaluación de riesgos, así como definir los controles que contribuyan a reducir los riesgos de errores y fraudes en las áreas de EMAPE.	1	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M.	24
Elaborar, aprobar, difundir e implementar el Plan de Gestión de Riesgos en el que se incluya las medidas de prevención, mitigación y tratamiento de los riesgos.	1	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M.	24
Elaborar los reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad), así como de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el sistema de control interno de EMAPE.	1	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M.	24
Implementar actividades de capacitación sobre gestión de riesgos a los responsables de las unidades orgánicas.	1	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M.	24
3. ACTIVIDADES DE CONTROL			
Elaborar un Manual que comprenda los niveles de aprobación que son requeridos por los procesos, actividades y tareas de la entidad, en función de la naturaleza de funciones y responsabilidades.	2	G.G. y G.C.P.S	8

Componentes	Prioridad	Responsabilidad	Tiempo/ Semanas
Evaluar y disponer la separación de las funciones o tareas a cargo de un mismo personal en dos o más procesos críticos de la entidad.	3	G.G.	8
Elaborar directiva interna e integral que apruebe niveles y requisitos de acceso a recursos de la entidad.	3	G.C.A.F	8
Asimismo, gestionar un ambiente apropiado para la custodia temporal de documentos en el archivo			
Establecer una lista de verificaciones y conciliaciones, que se deben ejecutar sobre los registros de los procesos críticos de la entidad, especialmente los referidos a la rendición de cuentas a la MML.	1	G.C.A.F.	18
Elaborar las Directivas sobre el acceso a la información, de acuerdo a lo establecido por PCM.	3	G.G y G.C.P.S.	8
Revisar, depurar y actualizar la documentación normativa que mantiene EMAPE desde el año 2003, adecuándola a su actual rol misional	2	G.C.P.S., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M	16
Elaborar y/o actualizar la documentación normativa de seguridad física de los equipos de cómputo, de detección de incendios en el Centro de Computo y otros lineamientos relativos a los aspectos técnicos de seguridad de la información	2	G.G. y G.C.P.S	8
Elaborar un Registro que permita mantener el control sobre la vigencia de las Licencias de software.	1	G.C.P.S.	4
Elaborar un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, instrumento importante para la gestión de la entidad; así como el Plan Informático y el Plan de Contingencias.	2	G.G. y G.C.P.S.	12
Optimizar el centro de cómputo con servidores, tecnologías actuales y un ambiente apropiado.	2	G.G. y G.C.P.S.	12
Determinar estudio y procedimiento para evaluar el costo/ beneficio de decisiones y controles en los procesos críticos.	3	G.G., G.C.A.F., G.G.A.I.V. y G.G.A.M	16
Establecer procedimientos que establezcan modalidad y oportunidad de rendición de cuentas por gestión de unidades orgánicas y rubros de información regulada por CGR para rendición periódica de Titular de la entidad.	2	G.G., G.C.A.F. y G.G.A.I.V.	8

Componentes	Prioridad	Responsabilidad	Tiempo/ Semanas
Los procesos evaluados son considerados claves para obtener el nivel de implementación y adecuación de la estructura de control interno de Emape:			

PROCESO DE GESTIONAR OBRAS VIALES

Establecer un plan de liquidación y cierre de proyectos culminados, para prevenir la demora en la entrega de obras terminadas. Asimismo, establecer un cronograma de trabajo para culminar con los pasivos de liquidación y cierre de obras de años anteriores.	1	G.G. y G.G.A.I.V.	12
Elaborar una base de datos unificada de referencias de precios de los servicios y obras que requiere la entidad.	2	G.G., G.G.A.I.V. y G.C.P.S.	16

PROCESO DE GESTIONAR EXPEDIENTES TÉCNICOS

Establecer mecanismos de cautela para asegurar la protección de la información técnica.	1	G.G. y G.G.A.I.V.	4
---	---	-------------------	---

PROCESO DE GESTIONAR OBRAS DE MANTENIMIENTO VIAL

Elaborar procedimiento para casos de averías en las vías urbanas, como caídas de tableros, de postes, rotura de guardavías, etc. que suceden de forma imprevista y que requieren de atención inmediata..	1	G.G., G.G.A.M y G.C.A.F.	12
Establecer procedimientos que establezcan revisiones periódicas a los planes de mantenimiento.	2	G.G. y G.G.A.M.	8

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Establecer procedimiento para actualizar el Portal de transparencia y la pág. Web de EMAPE.	2	G.G. y G.C.P.S.	4
Priorizar el desarrollo de políticas sobre la conservación de la información.	2	G.G. y G.C.A.F	2
Priorizar el desarrollo de un sistema integral informatizado.	2	G.G. y G.C.P.S	36
Establecer Directiva que norme los requisitos de la documentación e información que ingresa a la entidad, que facilite una ordenada y fluida atención de los mismos.	2	G.G., G.C.A.F y G.C.P.S.	8
Realizar un estudio orientado a proponer alternativas para que Emape se adapte a los cambios experimentados en los últimos años.	2	G.G. Y G.C.P.S.	16
Elaborar el Plan Anual de Trabajo Archivístico regulado por el Archivo	2	G.G. y G.C.A.F.	8

Componentes	Prioridad	Responsabilidad	Tiempo/ Semanas
General de la Nación, con la finalidad de establecer procedimientos para la organización y preservación de la documentación que genera Emape S.A.			
Establecer procedimientos para estandarizar la forma y presentación de los documentos que se generan en la entidad tales como las cartas, oficios, memorandos, informes, ayuda memoria, etc.	2	G.G. y G.C.P.S.	8
5. SEGUIMIENTO			
Establecer políticas integrales que regulen las actividades de supervisión que deben ser ejercidas por la alta gerencia.	2	G.G.	12
Establecer políticas y/o procedimientos que permitan implementar correctivos de manera oportuna.	2	G.G.	8
Priorizar la ejecución de autoevaluaciones de control interno.	2	G.G.	8
Priorizar el seguimiento de recomendaciones y su implementación oportuna por la propia administración	2	G.G.	8

G.G.	Gerencia General
G.G.A.I.V.	Gerencia General Adjunta de Infraestructura Vial
G.G.M.	Gerencia General Adjunta de Mantenimiento
G.C.P.S.	Gerencia Central de Planificación y Sistemas
G.C.A.F.	Gerencia Central de Administración y Finanzas

VI. Conclusiones

6. Conclusiones

1. En cumplimiento de la contratación del servicio, se ha realizado la correspondiente recopilación y estudio de la información y documentación proporcionada y disponible en la entidad sobre las medidas, disposiciones, procedimientos y prácticas instituidas por la entidad como parte de su vigente Sistema de Control Interno, así como toda la normatividad interna o externa vinculada con el mismo, aplicándose encuestas, y cuestionarios elaborados especialmente para el efecto.

Prevía validación de resultados mediante entrevistas y reuniones de trabajo con funcionarios responsables y pruebas operativas selectivas de verificación a la evidencia de cumplimiento sobre la información y controles identificados, ha sido posible determinar el nivel de implementación y adecuación de la estructura de control interno, en línea con los componentes y subsistemas de control establecidos por la Guía para la implementación y fortalecimiento del sistema de Control Interno en las entidades del Sistema, aprobada mediante resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, obteniendo la calificación de **INSUFICIENTE** a nivel de la entidad en su conjunto.

En tal sentido, en base al resultado del Diagnóstico realizado respecto de los elementos del Sistema de Control Interno de EMAPE SA, el nivel de desarrollo, organización y grado de madurez observado a nivel de la entidad para cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno institucional, es el siguiente:

Componentes del Sistema de Control Interno	Incipiente	Insuficiente	Adecuado	Satisfactorio
Ambiente de Control			✓	
Evaluación de riesgos	✓			
Actividades de Control		✓		
Sistemas de Información y Comunicación			✓	
Seguimiento			✓	

El acotado nivel de desarrollo, organización y grado de madurez ha sido evaluado en base al modelo de maduración presentado en el punto 4, metodología del presente informe.

2. En el desarrollo del Diagnóstico se han identificado los lineamientos y disposiciones existentes que constituyen el marco normativo, estratégico y operativo, así como verificado las normas de control que conforman el sistema vigente en EMAPE y su grado de formalidad; determinándose la presencia de debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora que presenta el sistema de control interno en operación e, igualmente, la conveniencia de ajustes y adecuaciones que deben efectuarse e implementarse, todo lo cual es expuesto en la sección IV del presente informe.
3. Se considera que, con los aspectos señalados como sujetos a implementación y que se detallan en la sección V: Aspectos a implementar, EMAPE fortalecerá su Sistema de Control Interno y mejorará el nivel actual de desarrollo, organización y grado de madurez alcanzados, encaminándose a la apropiada implantación y puesta en marcha gradual de la nueva estructura de control interno establecida por la Contraloría General de la República, basada en el modelo COSO y organizados en base a los componentes de Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Seguimiento.

Las sugerencias contenidas en los Aspectos a implementar, indicadas en la sección V, expresan los lineamientos a considerar por el equipo de la entidad que se designe como responsable del proceso de implantación, para la formulación y ejecución del plan de trabajo correspondiente a la subsiguiente etapa de diseño e implementación de la nueva estructura del sistema de control, de acuerdo con lo establecido en la guía de implementación; refiriendo, asimismo, la estimación realizada en torno a las prioridades y áreas responsables que deben conducir el proceso de implementación pertinente.

VII. Recomendaciones Generales

7. Recomendaciones Generales

Para el proceso de implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de EMAPE se requiere adoptar las siguientes recomendaciones generales, las cuales implican la constitución de los lineamientos y criterios a considerarse por el Equipo de Trabajo Institucional como Plan de Acción, llamado Plan de Trabajo, para la definición del curso de las próximas decisiones y actuaciones de la entidad sobre la materia.

A. Acciones Previas sobre Planificación y Organización

En cumplimiento a la Guía para la implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado, aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, se deberá:

1. Formalizar el compromiso de los órganos de dirección y gerencia

La implantación del control interno requiere que el Titular u órgano de dirección de la entidad, así como los órganos gerenciales, en su calidad de responsables por el diseño, desarrollo y funcionamiento del sistema de control interno, manifiesten y hagan explícito su compromiso conciente de asumir directamente la conducción superior del proceso de implantación.

2. Establecer la organización del equipo institucional de trabajo

El presidente del Comité de Control Interno deberá designar un equipo institucional responsable del proceso de implantación y funcionamiento de la estructura de control interno, quienes conformarían el equipo de trabajo operativo que estará integrado por funcionarios ejecutivos u operativos de la entidad.

La conformación del equipo será propuesta por el presidente del Comité de Control Interno y deberá considerar tres (3) grupos de trabajo con niveles distintos de responsabilidad frente al control interno:

- Comité de Control Interno: Responsable de promover, orientar, coordinar y realizar el seguimiento a la implementación del sistema de Control Interno. Asimismo, como responsable por los procesos en la entidad, cada gerente tendrá a su cargo la implementación del control interno en la unidad orgánica o área que se encuentra bajo su conducción.
- Grupo Operativo: será el responsable directo, de orden ejecutivo y técnico, del diseño, coordinación y apoyo a las diferentes áreas organizacionales en la implementación efectiva del sistema de control interno. Debe caracterizarse por su conocimiento de los procesos, funciones y debilidades de control en sus áreas

respectivas. Impulsará la autoevaluación y asumirá el rol de facilitador de control interno.

- Grupo Evaluador: será responsable de la evaluación independiente y objetiva del establecimiento, mantenimiento y mejoramiento del sistema de control interno. Estará constituido por el jefe y personal auditor del Órgano de Control Institucional.

3. Formalizar el Plan de Trabajo

En base al resultado del presente Diagnóstico de Control Interno, el Comité Directivo de Control Interno dispondrá que el Grupo Operativo proceda a la elaboración del Plan de Trabajo para ejecutar la etapa de diseño e implementación de la nueva estructura de control interno, el mismo que debe contemplar el Reglamento de Funciones, la definición y cronograma de actividades, la provisión de recursos y la realización de un programa de capacitación y sensibilización en control interno para el personal de la entidad.

B. ACCIONES PRINCIPALES SOBRE ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Sin perjuicio de las medidas de detalle sugeridas específicamente en la sección IV del presente Informe, a continuación se citan las acciones pendientes, identificadas como principales o prioritarias, para que EMAPE pueda acometer adecuadamente el inicio de la etapa de implementación de su nuevo Sistema de Control Interno, acorde a lo establecido por la normativa aprobada por la Contraloría General de la República:

Ambiente de Control

- Elaborar y difundir el Código de Ética de la entidad, designando un Comité de Ética.
- Revisar y actualizar, según el caso, los principales documentos de gestión institucional, entre ellos el Plan Estratégico Institucional, el Reglamento de Organización y Funciones y Manual de Perfiles de Puestos, así como los Planes de Carrera y Desarrollo del potencial humano de la entidad.

Evaluación de Riesgos

- Realizar estudio y formulación del Plan Integral de Gestión de Riesgos de EMAPE.

Actividades de Control

- Elaborar Manual de Procesos de la entidad, regulando y/o actualizando disposiciones de revisión y control sobre actividades u operaciones de

naturaleza crítica o sensible a los riesgos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- Actualizar el Manual administrativo de Normas y Políticas de EMAPE, extendiendo la aplicación de los procedimientos administrativos pertinentes a todas las unidades técnicas y operativas de la entidad, acorde a sus funciones, responsabilidades y servicios que cumplen.

Sistemas de Información y Comunicación

- Establecer políticas y mecanismos de alcance institucional para la asimilación y aplicación del concepto de comunicación organizacional como responsabilidad de todas las dependencias de la entidad para asegurar que la información sobre los procesos y eventos de la entidad fluyan y se canalicen adecuadamente, tanto a nivel interno como externo.

Seguimiento

- Desplegar una campaña de sensibilización y capacitación en los conceptos básicos y metodológicos de la autoevaluación de la gestión institucional y del sistema de control interno, que permitan interiorizar que representan una actividad intrínseca en todas sus funciones y por consiguiente responsabilidad de todos.

Lima, octubre de 2017

ANEXOS

ANEXO I

Matriz de Verificación de Evidencia de cumplimiento

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL			
Ítem	Principios	Documento de gestión	Evidencia de Cumplimiento
1	La entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos	Acta de compromiso suscrita Acta de charla de Sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participantes con las firmas correspondientes Enunciado de la declaración de Misión, Visión y Valores Difusión del acta de compromiso. Código de Ética institucional aprobado, vigente y difundido. Registro de Sanciones de Destitución y Despido actualizado. Declaración jurada de sujeción al Código de Ética en legajos de los funcionarios y servidores públicos.	Acta N° 001-2016 de fecha 01 de febrero del 2016. Registro de asistencia de charla día 24 de setiembre http://www.emape.gob.pe/mision-y-vision/ http://www.emape.gob.pe/sistema-de-control-interno/ Pendiente Pendiente Pendiente
2	La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del control interno	Documento de designación del Comité de Control Interno (CCI).	Acta N° 02-2016 de fecha 01 de febrero del 2016 y Resolución de Gerencia General N° 025-2016-EMAPE/GG del 20 de Abril del 2016
3	La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos	Planes aprobados: Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), Plan de Desarrollo Concertado (PDC), Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional (POI) y otros planes sectoriales y territoriales, articulados y ligados a las políticas nacionales. Para entidades del Gobierno Nacional verificar que los planes incorporen la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD).	El PEI 2015-2017 no tiene Resolución de aprobación ni se han elaborado evaluaciones. POI aprobado con Resolución N° 023-2017EMAPE/GG, en fecha 22 de mayo del 2017. Los otros Planes no son aplicables. No aplicable

4	La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización	Plan Estratégico de Gobierno Electrónico.	Pendiente
		Plan Anual de Contrataciones debidamente aprobado	Aprobado con Resolución N° 001-2017-EMAPE/GCAF del 12/01/2017 y su última modificación (15) aprobada mediante Resolución N° 072-2017-EMAPE/GCAF de fecha 08/09/2017
		Informes semestrales de evaluación del POI que realizan las unidades orgánicas.	Se realizó la evaluación del 1er semestre del 2017
		Estructura orgánica -- Organigrama	Se encuentra en el ROF aprobado con Resolución N° 191-2015-EMAPE/GG del 28/12/2015
		Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado y vigente.	Aprobado con Resolución N° 191-2015-EMAPE/GG del 28/12/2015
		Cuadro de Puestos de la Entidad -- CPE aprobado y vigente.	Manual de Perfiles de Puestos-MPP aprobado con Resolución N° 041-2017-EMAPE/GG de fecha 07/07/2017
		Manual de Perfiles de Puesto-MPP aprobado y vigente; así como vinculado al PEI y al ROF.	El Mapa de Procesos está a nivel 0, sin diagrama y fichas técnicas. Manual de calidad GG-RD-001 versión 24, y esto desactualizado.
		Mapa de Procesos (Diagrama y Fichas Técnicas)	Pendiente
		Manuales de Gestión de Procesos y Procedimientos.	No aplicable
		Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) aprobado y vigente.	Aprobado mediante Resolución N° 166-2015-EMAPE/GG de fecha 10/11/2015
		Reglamento Interno de Trabajo, aprobado y vigente	Incorporado en el Reglamento Interno de Trabajo aprobado con Resolución N° 166-2015-EMAPE/GG
		Procedimiento de inducción a los funcionarios y servidores públicos, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos.	Plan de Capacitación aprobado mediante Resolución N° 103-2016-EMAPE/GG de fecha 21/12/2016
		Procedimiento de capacitación.	Pendiente
		Procedimiento de evaluación de personal.	Directiva N° GCAF-GI-001-2016. Otorgamiento, ejecución y rendición de cuentas de fondo fijo de caja chica, y Directiva N° 013-2015-CG/GPROD.
		Lineamientos de rendición de cuentas, declaraciones juradas.	Pendiente
		Escala remunerativa en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.	

5	La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos	Evaluaciones del clima laboral	Pendiente
		Registro de evaluación de los perfiles del personal de la Entidad.	MPP
		Plan Desarrollo de las Personas aprobado.	Incorporado dentro del Plan de Capacitación aprobado mediante Resolución N° 103-2016-EMAF/GG de fecha 21/12/2016
		Plan de sensibilización y capacitación en Control Interno.	Pendiente de aprobación
		Registros de documentos de designación de encargaturas (asignación de atribuciones y responsabilidades al personal).	Registro correlativo en la Alta Dirección
		Reglamento del Comité de Control Interno.	Pendiente de aprobación
		Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u	

ANEXO II

Matriz de Verificación de Evidencia de cumplimiento

COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS						
Ítem	Principios	Documento de gestión	Si	No	N/A	Evidencia de Cumplimiento
6	La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados	Lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado.		X		Pendiente
		Plan de Gestión de Riesgos aprobado.		X		Pendiente
		Política de Riesgos.		X		Pendiente
		Manual de Gestión de Riesgos.		X		Pendiente
		Procedimientos para la gestión de riesgos.		X		Pendiente
7	La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar	Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.		X		Pendiente
		Inventario de riesgos de la entidad		X		Pendiente
		Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de Riesgos.		X		Pendiente
		Plan de Tratamiento de Riesgos o similar.		X		Pendiente
		Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en los áreas.		X		Pendiente
8	La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.		X		Pendiente
		Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.		X		Pendiente

	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción	x	Pendiente
	Reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que puedan impactar en el SCI.	x	Pendiente
9	La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI	x	Pendiente

ANEXO III

Matriz de Verificación de Evidencia de cumplimiento

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL						
Item	Principios	Documento de gestión	Si	No	N/A	Evidencia de Cumplimiento
		Procedimientos de autorización y aprobación documentados comunicados a los funcionarios y servidores responsables.	x			Existen lineamientos
		Procesos de la entidad documentados.		x		Pendiente
		Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude		x		Pendiente
10	La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos	Normas internas aprobadas que evidencian que la segregación de funciones se aplica en los procesos, actividades y tareas que realiza la entidad	x			ROF desactualizado
		Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones		x		Pendiente
		Lineamientos para la aplicación de evaluación costo – beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.		x		Pendiente

Estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).	x	Pendiente
Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: instalaciones, recursos económicos, tecnología de información, bienes y equipos patrimoniales	x	Pendiente
Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información	x	Se aplica, pero no está documentado
Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad	x	Pendiente
Procedimientos documentados aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.	x	Pendiente
Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.	x	Disposiciones de las gerencias de Tesorería, Contabilidad y Recursos Humanos.
Labores de verificación y/o conciliación de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos	x	Disposiciones de las gerencias de Tesorería y Contabilidad.
Registro y seguimiento de indicadores de desempeño del plan estratégico y del plan operativo	x	Disposiciones de la Gerencia de Planeamiento para el P.OI.

	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos actividades o tareas.	x	Pendiente
	Procedimientos internos para la rendición de cuentas.	x	Disposiciones de la gerencia de Tesorería
	Registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR.	x	Constancias de presentación del sistema informático de la Contraloría General.
	Registros de cumplimiento en la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.	x	Pendiente
	Registros de cumplimiento de la presentación de información para la elaboración de la Cuenta General de la República.	x	Constancias de presentación
	Lineamientos sobre la política de seguridad informática.	x	Pendiente
11	La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos		
	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.	x	Pendiente
	Plan Operativo Informático y Guía de Elaboración.	x	Pendiente
	Plan de Contingencias aprobado. Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PEI y su evaluación.	x x	Desactualizado Pendiente

Confidencial

ANEXO IV

Matriz de Verificación de Evidencia de cumplimiento

COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN						
Ítem	Principios	Documento de gestión	SI	No	N/A	Evidencia de Cumplimiento
13	La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	Normas internas que regulen los requisitos de la información		X		Pendiente
		Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.	X			Desactualizada
		Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.	X			Lineamientos de política en cada unidad orgánica
		Procedimiento estableciendo los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica.		X		Pendiente
		Existencia del sistema integrado de gestión administrativa (SIGA o el sistema equivalente).	X			Sistema parcial "GEMA"
		Registros de revisión periódica de los sistemas de información para detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios en el entorno o ambiente interno de la organización.		X		Pendiente
		Registros de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa / reclamos o pedidos de los usuarios.		X		Pendiente

15	La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.	Canales de denuncias	x	Pendiente
		Libro de reclamaciones físicas y virtuales.	x	Virtual en la pág. Web de EMAPE y físico en Recursos Humanos.
		Informe de reclamaciones de usuarios.	x	Pendiente
		Norma actualizada para regular la actualización del Portal web y el Portal de transparencia.	x	Pendiente
		Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).	x	Pendiente

ANEXO V

Matriz de Verificación de Evidencia de cumplimiento

COMPONENTE SUPERVISIÓN

Ítem	Principios	Documento de gestión	Si	No	N/A	Evidencia de Cumplimiento
16	La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento	Diagnóstico (línea de base) del control interno Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo. Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (objetivos, indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Institucional. Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidos en los procedimientos. Registros de participantes o las capacitaciones sobre control interno. Comunicaciones a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo, para que adopten los correctivos. Informes de la Alta Dirección sobre la adopción de medidas correctivas.	X	X		Informes del coordinador de monitoreo Pendiente Las evaluaciones se realizan únicamente al POI semestralmente Pendiente Registro en Recursos Humanos Comunicaciones del Coordinador de Monitoreo.
17	La entidad evalúa y comunica la deficiencia de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	Reportes de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los Informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control. Registro de deficiencias reportadas por el personal. Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad. Documentos de implementación de los recomendaciones que formulan los OCI. Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora. Evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.	X	X		Informes OCI bimensual Pendiente Registro de Planes de Acción en la coordinación de monitoreo Registro en Excel en coordinación de monitoreo Semestral

ANEXO VI

Resultados Concordancia de normativa interna con NCI

Componente/Norma de Control Interno	Normativa/Parámetro	Registro verificación
Ambiente de control		
• Filosofía de la dirección.	Principios y Valores contenidos en Plan Estratégico	www.emoppe.gob.pe Ley N° y reglamento Norma de PCM documento institucional con trece artículos y disposiciones complementarias.
• Integridad y Valores éticos	Código de ética de la Función Pública	
• Administración estratégica	Plan Estratégico 2014-2017	www.emoppe.gob.pe
• Estructura organizacional	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) - Organigrama	www.emoppe.gob.pe
• Administración de los recursos humanos	Manual de Perfiles de Puestos (MPP)	www.emoppe.gob.pe
• Competencia profesional	Manual de Perfiles de Puestos	www.emoppe.gob.pe
• Asignación de Autoridades y Responsabilidad.	Manual de Perfiles de Puestos	www.emoppe.gob.pe
• Órgano de Control Institucional.	Sus funciones se encuentran definidas en el ROF y en Reglamento de OCIs aprobado por CGR.	Art. 18 de la Ley 27785 y Resolución de Contraloría N° 459-2008-CGR que aprueba Reglamento de OCIs.

Componente/Norma de Control Interno	Normativa/Parámetro	Registro verificación
Evaluación de Riesgos		
• Gestión planificada de riesgos.	No se ha identificado norma interna que regule este aspecto	No aplicable
• Identificación de los riesgos.	No se ha identificado norma interna que regule este aspecto	No aplicable
• Análisis y valoración de los riesgos.	No se ha identificado norma interna que regule este aspecto	No aplicable
• Respuesta al riesgo.	No se ha identificado norma interna que regule este aspecto	No aplicable
Actividades de control		

• Procedimiento de autorización y aprobación	Reglamento de Organización y Funciones (ROF), procedimientos y lineamientos Administrativos existentes en cada Gerencia. Se carece de Manual de Procesos.	En cada descripción de función del ROF y parcialmente, en procedimientos y lineamientos existentes
• Segregación de funciones.	Manual de Perfiles de Puestos (MPP)	En descripción de funciones del MPP
• Evaluación costo-beneficio.	No se ha identificado mecanismos de evaluación de costos para cumplimiento de objetivos, metas e indicadores.	No aplicable
• Controles sobre el acceso a los recursos o archivos	En áreas administrativas existen lineamientos de políticas de seguridad y control de accesos sobre recursos	Parcialmente en Manual de Perfiles de Puestos y ROF
• Verificaciones y conciliaciones	Existe Directiva de Control de Bienes Patrimoniales y Manual de Normas y Políticas de alcance administrativo general sujeto a actualización.	Parcialmente en Directiva de Control de Bienes Patrimoniales y lineamiento de política interna). Desactualizada
• Evaluación del desempeño	Existen indicadores de medición del desempeño en función al Plan Operativo Anual. No se ha identificado otros procedimientos para evaluación de la calidad, eficiencia y economía de servicios o productos.	Parcialmente en Plan Operativo Institucional. www.emape.gob.pe/
• Rendición de cuentas	Se cuenta con lineamientos y documentos respecto a la rendición de cuentas en lo concerniente a aspectos administrativos. No se ha identificado procedimientos formales específicos en torno a gestión técnica y comercial.	Parcialmente en Directivas sobre Fondo de Caja Chica, Viajes, control de Órdenes de Pago, Autorización de Gastos y Pagos, Fondo de Reposición, entre otros. Desactualizado
• Controles para las tecnologías de la información comunicación.	No se han identificado procedimientos que regulen controles sobre los sistemas y tecnologías de información. Hay sistema y equipamiento informático institucional que posibilita registro parcial de operaciones.	No aplicable
• Documentación de procesos, actividades y tareas	No se ha identificado existencia de Manual de Procesos ni vigencia de Sistema de Gestión de Calidad.	Parcialmente en directivas
• Revisión de procesos, actividades y tareas	Se cuenta con evaluaciones de Plan Operativo e indicadores establecidos.	Parcialmente en Plan Operativo Anual.

Información y Comunicación.

- | | | |
|--|---|---|
| • Funciones y características de la información. | Existen mecanismos de información institucional en base a directivas de PCM sobre Transparencia y Evaluación de Plan Operativo. | Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública,
www.emape.gob.pe |
| • Información y responsabilidad. | No se han identificado normas de regulación interna sobre veracidad, oportunidad y uso de la información. | No aplicable. |
| • Calidad y suficiencia de la información. | Existen directivas de PCM sobre transparencia de la información institucional, sin embargo no se han identificado normas de regulación sobre su fluidez interna. | www.emape.gob.pe |
| • Archivo institucional | Existente lineamientos de política para el cuidado y conservación de la información y documentación producida por la entidad | Memorándum múltiple N° de GG |
| • Flexibilidad al cambio. | No se han identificado normas que regulen la adecuación de los cambios a la naturaleza de sus procesos y actividades | No aplicable. |
| • Sistemas de Información | No se han identificado normas que regulen la adecuación de los sistemas de información de la entidad a su plan estratégico y a la naturaleza de sus procesos y actividades | No aplicable. |
| • Comunicación Interna | No se ha identificado normativa interna que regule el flujo de mensajes entre los miembros de la entidad y su entorno para influenciar positivamente en su comportamiento y opiniones | No aplicable. |
| • Comunicación externa. | Opera el portal web institucional y existen normas de PCM sobre políticas de comunicación externa y transparencia informativa. | Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública |

Glosario de Términos

Área:

Se refiere a los órganos y unidades orgánicas de una entidad.

Actividades de control:

Componente referido a las políticas, métodos, procedimientos y otras medidas establecidas, como parte de las operaciones, a fin de asegurar que se están aplicando las acciones necesarias para manejar y minimizar los riesgos, así como para realizar una gestión eficiente y eficaz.

Ambiente de control:

Componente relacionado con las actitudes y acciones del titular, directivos y demás funcionarios, sus valores y el ambiente en el que desempeñan sus actividades dentro de la institución.

Automatización:

Es un sistema donde se transfieren tareas de producción, realizadas habitualmente por operadores humanos a un conjunto de elementos tecnológicos.

Clima organizacional:

Es el conformado por el ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato de un jefe hacia sus subordinados, la relación entre el personal de la entidad e incluso la relación con proveedores y clientes.

Control Interno:

Es proceso integral y continuo efectuado por la dirección, gerencia y personal de la entidad para proporcionar la seguridad razonable respecto al logro de objetivos siguientes:

- Eficiencia, eficacia, transparencia, economía y calidad de los servicios y operaciones
- Cautela y salvaguarda de los recursos y bienes
- Conformidad de normas y regulaciones aplicables
- Confiabilidad y oportunidad de la información financiera y de gestión
- Práctica de valores institucionales y rendición de cuentas

Diagnóstico de la Estructura de Control Interno:

Es la recopilación, estudio y análisis en detalle de la información disponible sobre el sistema y mecanismos de control interno en operación dentro de las entidades, que permita conocer la situación real de su desarrollo y establecer su grado actual de validez y aplicación.

Eficacia:

Grado en el cual una entidad, programa o proyecto gubernamental logre cumplir con los objetivos y metas (adquisiciones o contrataciones) que se planificaron, siguiendo la normativa vigente. En el caso de adquisiciones y contrataciones se da énfasis a la oportunidad de la compra o contratación.

Eficiencia:

Relación existente entre los bienes o servicios producidos o entregados y los recursos utilizados para ese fin, en comparación con un estándar de desempeño establecido. Los bienes, servicios o ejecución de obras, que se adquieren o contratan, deben reunir los requisitos de calidad, precio, plazo de ejecución y entrega y deberán efectuarse en las mejores condiciones en su uso final. Este criterio está referido a la relación

- Canales de comunicación. No se han identificado procedimientos específicos para asegurar la transmisión y distribución oportuna y segura de la información a los destinatarios idóneos dentro y fuera de la entidad, salvo las disposiciones de PCM No aplicable

Supervisión.

- Actividades de prevención y Monitoreo. de La Contraloría General a través de OCI institucional permite observar y monitorear de manera continua el funcionamiento de los diversos controles durante la ejecución de los procesos y operaciones. El OCI en las funciones asignadas por normativa de la CGR. El coordinador de monitoreo y lineamientos de política interna en cada gerencia.
- Seguimiento de resultados. de Se han identificado lineamiento de política para verificar la eficacia de los controles los procesos y actividades de la entidad. Parcialmente en algunas unidades orgánicas mediante lineamientos de política interna.
- Compromisos de mejoramiento. No se cuenta con normas que regulen compromisos o acuerdos para implementación de acciones de mejora, como producto de las actividades de autoevaluación efectuadas por las unidades orgánicas de la entidad. No aplicable

existente entre los bienes o servicios adquiridos o contratados y los recursos utilizados para ese fin, en comparación con un estándar de calidad preestablecido.

Estructura de Control Interno:

Propone la organización sistémica básica para el formal y estandarizado establecimiento e implantación del control interno en las entidades, adaptándose a sus necesidades específicas, a sus objetivos, tamaño, procesos y servicios que suministran. Dicha estructura se encuentra concebida y organizada bajo el enfoque moderno del modelo COSO, reconocido internacionalmente como el de mayor idoneidad, solidez y confianza.

Estructura organizativa:

Distribución y orden con que está compuesta una entidad (cargos, funciones, unidades orgánicas y niveles de autoridad), incluyendo el conjunto de relaciones entre todos los miembros. Proporciona el marco dentro del cual se planean, ejecutan, controlan y supervisan las actividades, a fin de lograr los objetivos o metas previstas.

Evaluación de riesgos:

Componente relativo a los procedimientos de identificación y estimación de los factores o situaciones que podrían afectar el logro de los objetivos institucionales, permitiendo adoptar acciones oportunas para prevenir y enfrentar las posibles consecuencias de la materialización de esos riesgos.

Evento:

Un incidente o acontecimiento, derivado de fuentes internas o externas de la entidad, que afecta a la consecución de los objetivos.

Funciones específicas:

Conjunto de acciones que deben realizar los órganos y unidades orgánicas que conforman la entidad, acorde con sus funciones generales y conducente a alcanzar los objetivos y metas de la entidad.

Funciones generales:

Conjunto de acciones que debe realizar la entidad conducente a alcanzar los objetivos y metas de su gestión administrativa. Estas provienen por lo general de las normas sustantivas vinculadas a la entidad.

Indicador:

Dato que ayuda a medir objetivamente la evolución de un proceso.

Mapa de procesos:

Es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

Monitoreo:

Apreciación continúa de la implementación de una actividad, que busca asegurar que los insumos, planes de trabajo, resultados priorizados y otras acciones requeridas estén procediendo de acuerdo con el plan.

Niveles jerárquicos:

Diversos niveles de la estructura de una organización, en la cima están el gerente o los gerentes de mayor rango, responsables de las operaciones de toda la organización; los gerentes de rangos más bajos se ubican en los diversos niveles descendentes de la organización.

Plan de contingencia:

Es un instrumento de gestión que contiene medidas técnicas, humanas y organizativas necesarias para garantizar la continuidad de las operaciones de la entidad

Política:

1. Declaración general que guía el pensamiento durante la toma de decisiones. La política es una línea de conducta predeterminada que se aplica en una entidad para llevar a cabo todas las actividades, incluyendo aquellas no previstas.
2. Mandato de la administración respecto de qué debe hacerse para efectuar el control. Sirve como base para proceder a su implementación.

Procedimiento:

Manera de llevar a cabo una actividad o un conjunto de actividades, centrándose en la forma en la que se debe trabajar o que se deben hacer las cosas para llevar a cabo una determinada tarea.

Proceso:

Secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones.

Procesos críticos:

Son aquellos procesos indispensables para el funcionamiento o la producción de bienes y servicios que la entidad provee. Dicho de otra manera, son aquellos que pueden detener, temporal o permanentemente, el normal funcionamiento de la entidad

Seguimiento:

Componente que consiste en el proceso de monitoreo continuo para valorar la calidad de la gestión y del sistema de control interno.

Sistema de Control Interno:

Es el conjunto de acciones, actividades, políticas, normas, planes y procedimientos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan la dirección y personal institucional, para ofrecer seguridad sobre el logro de los objetivos, así como prevenir, administrar y monitorear los riesgos que las afecten.

Sistema de gestión:

Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

Sistemas de información y comunicación:

Componente que comprende los sistemas de comunicación e información institucional, los que deben permitir la generación, procesamiento y transmisión de información relevante y confiable sobre las actividades y eventos externos e internos, para el oportuno conocimiento y control de las operaciones, así como para el logro de los objetivos de la organización.

Sistematización:

Es un proceso que utiliza la descripción, la documentación, el análisis y la evaluación de los diferentes aspectos de los proyectos, experiencias sociales, programas, etc. Permite identificar aciertos, errores, dificultades, aportes, cambios y reajustes, teniendo como referente el marco teórico y la propuesta inicial del proyecto, la experiencia, etc.

Subsistema de Control Interno Estratégico:

Es el primer nivel orgánico de la estructura de control interno, tiene como finalidad la generación y consolidación de una cultura organizacional basada en el control a los

procesos de dirección estratégica, administrativa y operativa de las entidades. Administra dos componentes de control: Ambiente de Control y Evaluación de Riesgos.

Subsistema de Control Interno Operativo:

Es el segundo subsistema de la organización del control interno. Se orienta a asegurar el control sobre la adecuada ejecución de los procesos, actividades y operaciones de las entidades, así como la consecución de los objetivos, resultados y productos previstos para el cumplimiento de su misión. Administra los componentes de control: Actividades de Control y Sistemas de Información y Comunicación,

Subsistema de Control Interno de Evaluación:

Es el tercer y último nivel de la estructura de control interno. Tiene por finalidad evaluar en forma permanente la efectividad del control interno de las entidades, desarrollando mecanismos de medición, supervisión y verificación, necesarios para determinar su eficacia y permitir la retroalimentación del sistema, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos, políticas y normativa aplicable a la organización. Administra el componente, Seguimiento.

Supervisión:

Proceso dinámico permanente de orientación, guía, educación y apoyo técnico al personal para que se desarrolle, supere y realice su trabajo en forma eficiente. Es inherente a la acción directriz o ejecutiva de todo jefe y se sustenta en mecanismos de enseñanza aprendizaje que permite el intercambio de experiencias entre supervisor y supervisado.

Tecnologías de información y comunicación:

Conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenaje, tratamiento, comunicación, registro y presentación de información, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética.

Unidad orgánica:

Es la unidad de organización en que se dividen los órganos contenidos en la estructura orgánica de la entidad (oficinas, gerencias, direcciones, entre otros).

Valor agregado:

Es el valor que un determinado proceso adiciona al ya plasmado en las entradas.

