# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

## CONSEJO UNIVERSITARIO

## RESOLUCIÓN N° 025-2017-UNU-CU-R

Pucallpa, 19 de enero de 2017.

**VISTO**, los Expedientes Internos Nos 01137-2016 y 00211-2017, y el acuerdo de Consejo Universitario de fecha 19 de enero de 2017, sobre aprobación de Plan de Trabajo para Implementar el Sistema de Control Interno y el Programa y Diagnóstico de Implementación del Sistema de Control Interno y Reestructuración del Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, a través del Oficio N° 0442/2016-VRINV-UNU, de fecha 26 de diciembre del 2016, la Vicerrectora de Investigación, solicita al señor Rector de la Universidad Nacional de Ucayali, la emisión de la resolución correspondiente aprobando el **"PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"** y **"PROGRAMA Y DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"**, para lo cual adjunta dos anillados de los documentos antes mencionados;

Que, con Informe N° 025-2017-UNU-R/OAJ, de fecha 05 de enero de 2017, el Jefe de la Oficina General de Asesoría Jurídica, opina favorablemente para que el **"PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"** y **"PROGRAMA Y DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"**, sean aprobados por el Honorable Consejo Universitario;

Que, el artículo 131° del Estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali establece: *"Son atribuciones del Rector, numeral 131.2. "Dirigir la actividad académica de la Universidad y su gestión administrativa, económica y financiera".* Asimismo *el numeral 131.3.refiere "Presentar al Consejo Universitario, para su aprobación, los instrumentos de planeamiento Institucional de la Universidad"* y por último el artículo 128° prevé: *"Son atribuciones del Consejo Universitario las siguientes: numeral 128.1. Aprobar a propuesta del Recto, los instrumentos de planeamiento de la Universidad Nacional de Ucayali";*

Que, mediante Oficio N° 001/2017-UNU-VRINV, de fecha 10 de enero de 2017, la Vicerrectora de Investigación, hace de conocimiento al señor Rector de la Universidad Nacional de Ucayali, que mediante Resolución N° 144-2016-UNU-R, de fecha 23 de febrero de 2016, se le designo como Presidente del Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, con quienes viene trabajando desde la fecha que se les designo, que en los últimos meses contaron con el apoyo del señor Hugo Panduro Sajamí, lográndose cumplir con la elaboración del **"PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"** y **"PROGRAMA Y DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"**, de la Universidad Nacional de Ucayali. Asimismo la Contraloría General de la República ha establecido plazos que están corriendo por la Implementación del Sistema de Control de la Universidad Nacional de Ucayali y de acuerdo a la evaluación realizada nuestra Universidad califica como DEFICIENTE, por ello a fin de resarcir esta situación solicita se tenga a bien designar a un profesional y equipo de trabajo competente que se dedique a la indicada implementación;

Que, el Consejo Universitario, en sesión de fecha 19 de enero del 2017, acordó aprobar el "**PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"** y **"PROGRAMA Y DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO"** y la **Reestructuración del Comité de Control Interno** de la Universidad Nacional de Ucayali, autorizando al Secretario General emitir la resolución correspondiente;

Que, estando a lo acordado en sesión del Consejo Universitario y en uso de las funciones y atribuciones otorgadas al Consejo Universitario y al señor Rector de la Universidad Nacional de Ucayali, por la Ley Universitaria N° 30220 y por el Estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali;

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

## CONSEJO UNIVERSITARIO

## *RESOLUCIÓN N° 025-2017-UNU-CU-R*

Pucallpa, 19 de enero de 2017.

**SE RESUELVE:**

**ART. 1°:** **APROBAR**, el "**PLAN DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**" y "**PROGRAMA Y DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**", acompañando dos anillados a la presente resolución.

**ART. 2°:** **APROBAR,** la Reestructuración del Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, quedando conformada por las siguientes personas:

- **CPCC HUGO PANDURO SAJAMÍ.** - **RESPONSABLE**
- **CPCC VÍCTOR MANUEL SANCHEZ HURTADO.** - **MIEMBRO**

**ART. 3°:** **PUBLICAR,** la presente resolución en la página Web Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali.

**ART. 4°:** **REMITIR**, la presente resolución a la Vicerrectora de Investigación y demás dependencias pertinentes de la Universidad Nacional de Ucayali.

***REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE***

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DR. CARLOS ENRIQUE FACHIN MATTOS
RECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
MG. JORGE LUIS HILARIO RIVAS
SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
Secretaria General de la Universidad Nacional de Ucayali que Suscribe
CERTIFICA
Que el Documento que ha tenido a la vista es Copia Fiel de su Original.
Pucallpa 19 ENE 2017
Mg. Jorge Luis Hilario Rivas
SECRETARIO GENERAL

DISTRIBUCIÓN
RECT;VRACAD;VRINV;OGAJ;DGA;A.GRAL.

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

## COMITÉ DE CONTROL INTERNO

# PROGRAMA Y DIAGNOSTICO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

PUCALLPA

2016

R. 025-2017-UNU-CU
19-01-2017

# INDICE

**I. ANTECEDENTES** 1

1. ORIGEN 1
2. OBJETIVO 1
3. ALCANCE. 2

**II. BASE LEGAL** 3

**III. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO** 3

1. METODOLOGIA PARA LOGRAR EL DIAGNOSTICO 3
2. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA FASE PLANIFICACION 4
3. ANALISIS DE LA INFORMACION DOCUMENTAL DE GESTION INSTITUCIONAL, NORMAS INTERNAS, ENCUESTAS Y ENTREVISTAS 7
4. RESPONSABLES 9
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 10
6. RESULTADO DEL DIAGNOSTICO 11

**IV. ASPECTOS A IMPLEMENTAR** 15

**V. CONCLUSIONES** 20

**VI. RECOMENDACIONES** 21

**ANEXO 1**

**ANEXO 2**

**ANEXO 3**

**ANEXO 4**

**ANEXO 5**

SINTESIS GERENCIAL

PROGRAMA Y DIAGNOSTICO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

PERIODO
ENERO DE 2016 A DICIEMBRE DE 2016

## I: INTRODUCCION

Mediante Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus modificatorias (Decreto de Urgencia N° 067-2009 y Ley 29743), se dispuso que la Contraloría General de la República, dicte la normativa técnica de Control, que permita la efectiva implantación y funcionamiento de Control Interno en las entidades del Estado con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultaneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y trasparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

Mediante Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG se establece los lineamientos y criterios para la aplicación y regulación del Control Interno en las entidades del Estado.

Mediante Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG se aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", con el objetivo de proveer a las referidas entidades, los lineamientos, herramientas y métodos para la implementación de los componentes y subcomponentes que conforman el Sistema de Control Interno establecido en la normativa de la materia.

En el marco de la referida normativa, la Universidad Nacional de Ucayali, emitió la Resolución N° 144-2016-UNU-R, mediante el cual restructura la conformación del COMITÉ de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, determinando las funciones del mismo. Por otro lado, con fecha 19 de febrero de 2016, el Titular de la Entidad y funcionarios de alto nivel, suscribieron el Acta de Compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali.

Paralelamente, se dispuso el establecimiento de Subcomités de implementación del Sistema de Control Interno, a nivel de áreas administrativas y facultades de la Universidad Nacional de Ucayali, cuyos representantes, deberán conformar un Subcomité y suscribir el Acta de Compromiso correspondiente, asumiendo la responsabilidad de realizar el Diagnóstico y la consecuente implementación del Sistema de Control Interno en dichas áreas, función que debe realizarse en coordinación permanente con el Comité de Control Interno.

El proceso de implementación del Sistema de Control Interno, de acuerdo a lo señalado por la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado, comprende tres fases: Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Universidad Nacional de Ucayali, se encuentra actualmente en la fase de **Planificación**, por lo que, habiendo dado cumplimiento a los requisitos previos - conformación del Comité de Control interno y suscripción del Acta de Compromiso -, es necesario dar inicio a la elaboración del Diagnóstico que refleje el estado situacional actual del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali.
En esa línea, el Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, presidido por la Señora Dra. Teresa de Jesús Elespuro Najar – Vice Rectora de Investigación, ha previsto la elaboración del presente **PROGRAMA DE TRABAJO**, el mismo que brindará una metodología de trabajo tanto al Comité de Control Interno como a los diversos Subcomités, permitiendo unificar criterios para la realización del Diagnóstico.

## II: CONCLUSIONES

1. El resultado del diagnóstico de los cinco componentes del Control Interno es "inadecuado" y arroja lo siguiente: Anexo 2.

   a) **Ambiente de Control**: el resultado en siete (7) subcomponentes arroja 0.75% estando en la calidad de Inadecuado (no existe), solamente el primer subcomponente (Filosofía y estilo de la dirección) tiene 0.22%, en nivel Deficiente (débil).

   b) **Evaluación de Riesgos**: arroja un resultado en todos los subcomponentes de 0.06%, en un nivel de Inadecuado (no existe).

   c) **Actividad de Control**: el resultado total es 0.68%, considerado en un nivel de Inadecuado (no existe).

   d) **Información y Comunicación**: los resultados son de 0.4%, que se ubica en el nivel de Inadecuado (no existe).

   e) **Supervisión**: el componente arroja en el total 0.3%, se ubica en el nivel de inadecuado (no existe).

2. El análisis de Riesgo del Anexo 3, 4, y 5, da resultados de impacto con Riesgo moderado y Riesgo importante y existe la probabilidad y posibilidad que ocurra, que causaría daño a la Entidad.

## III: RECOMENDACIONES PRINCIPALES

Con el propósito de coadyuvar a la Implementación del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali para mejorar la capacidad y eficiencia del personal dentro de la entidad, en la toma de decisiones y en el manejo de sus recursos, se formularon las recomendaciones siguientes:

**Al Titular y Miembros de la Alta Dirección:**

1. En la Universidad Nacional de Ucayali, se debe Implantar e Implementar el Sistema de Control Interno en la Entidad, no se aplica

las Normas de Control Interno en las dependencias (facultades y administrativas), no están definidas, casi no existen.

2. Las dependencias (facultades y administrativas) sustentan sus procedimientos diarios con normas generales que conllevan a ciertos errores y, demora en la información, atención de los servicios que brinda la Universidad.
3. El rango o nivel del Sistema de control Interno, es "Inadecuado", se deben proponer acciones para el diseño e implementación de acuerdo a las Normas de Control Interno, en todas las dependencias de la UNU.
4. Las acciones que tomen debe ser de prioridad alta, orientadas a garantizar la Implementación del Control Interno en la Universidad y que se involucre a todo el personal.

Pucallpa, Diciembre de 2016

# I. ANTECEDENTES

## 1. ORIGEN

Mediante Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus modificatorias (Decreto de Urgencia N° 067-2009 y Ley 29743), se dispuso que la Contraloría General de la República, dicte la normativa técnica de Control, que permita la efectiva implantación y funcionamiento de Control Interno en las entidades del Estado con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultaneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y trasparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

Mediante Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG se establece los lineamientos y criterios para la aplicación y regulación del Control Interno en las entidades del Estado.

Mediante Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG se aprobó la "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado", con el objetivo de proveer a las referidas entidades, los lineamientos, herramientas y métodos para la implementación de los componentes y subcomponentes que conforman el Sistema de Control Interno establecido en la normativa de la materia.

En el marco de la referida normativa, la Universidad Nacional de Ucayali, emitió la Resolución N° 144-2016-UNU-R, mediante el cual restructura la conformación del COMITÉ de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, determinando las funciones del mismo. Por otro lado, con fecha 19 de febrero de 2016, el Titular de la Entidad y funcionarios de alto nivel, suscribieron el Acta de Compromiso para la implementación del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali.

Paralelamente, se dispuso el establecimiento de Subcomités de implementación del Sistema de Control Interno, a nivel de áreas administrativas y facultades de la Universidad Nacional de Ucayali, cuyos representantes, deberán conformar un Subcomité y suscribir el Acta de Compromiso correspondiente, asumiendo la responsabilidad de realizar el Diagnóstico y la consecuente implementación del Sistema de Control Interno en dichas áreas, función que debe realizarse en coordinación permanente con el Comité de Control Interno.

El proceso de implementación del Sistema de Control Interno, de acuerdo a lo señalado por la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado, comprende tres fases: Planificación, Ejecución y Evaluación.

La Universidad Nacional de Ucayali, se encuentra actualmente en la fase de **Planificación**, por lo que, habiendo dado cumplimiento a los requisitos previos - conformación del Comité de Control interno y suscripción del Acta de Compromiso -, es necesario dar inicio a la elaboración del Diagnóstico que refleje el estado situacional actual del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali.

En esa línea, el Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, presidido por la Señora Dra. Teresa de Jesús Elespuro Najar – Vice Rectora de Investigación, ha previsto la elaboración del presente **PROGRAMA DE TRABAJO**, el mismo que brindará una metodología de trabajo tanto al Comité de Control Interno como a los diversos Subcomités, permitiendo unificar criterios para la realización del Diagnóstico.

Finalmente, es preciso mencionar que el presente documento ha sido elaborado, tomando en cuenta los lineamientos establecidos en la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado".

## 2. OBJETIVO

La Universidad Nacional de Ucayali, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Constitución Política del Estado, que tiene como fines la formación profesional, la difusión cultural, la creación intelectual y artística y la Investigación Científica y Tecnológica, autónoma en su régimen normativo, de gobierno, académico, administrativo y económico y, que se rigen por sus propios Estatutos en el marco de la Constitución y de las Leyes.- Por lo que estando las Universidades comprendidas dentro de los alcances de le Ley N° 27785 Ley Orgánica de Control y de la Contraloría General de la República, y de la Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, establece que la Contraloría General de la República orienta la implantación y funcionamiento del Control Interno en la entidades del Estado, así como de su respectiva evaluación, y establece que para el año fiscal 2016 mediante Ley N° 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público, dispuesto en su Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria Final, la Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades siendo los objetivos siguientes:

a) Promover y optimizar la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad, así como la calidad de los servicios que presta.
b) Cuidar y resguardar los recursos y bienes del Estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales, así como, en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudiera afectar.
c) Cumplir con la normatividad aplicable a la entidad u sus operaciones.
d) Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.
e) Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales.
f) Promover el cumplimiento de los funcionarios y servidores públicos docente y no docente de rendir cuenta por los fondos y bienes públicos a su cargo y/o una misión u objetivo encargado y aceptado.

## 3. ALCANCE.

El Diagnostico, deberá comprender todas las dependencias de la Universidad, Nacional de Ucayali (Facultades y/o Direcciones u Oficinas Generales).
El alcance del diagnóstico abarca los procesos relacionados con la Implementación del Sistema de Control Interno en todas las áreas de la Universidad que comprende el periodo del 1 de enero de 2016 al 31 de octubre de 2017, veinticuatro (24) meses de conformidad con la Directiva N° 013-2016-CG-PROD (cuadro N°1), aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG.
Las oficinas administrativas y facultades de la Universidad Nacional de Ucayali está ubicada en la Carretera Federico Basadre Km. 6.00, comprensión del distrito de Calleria, provincia de Coronel Portillo, departamento y región Ucayali. El presente Programa de Trabajo fue elaborado en base a la Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG, Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno.

## II. BASE LEGAL

- Ley N° 27785 de 22 de julio "Ley Orgánica del sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República".
- Ley N° 28716 de 17 de abril de 2006, "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado"
- Decreto de Urgencia N° 064-2009 de 22 de junio de 2009, que modifica el Art. 10° de la Ley N° 28716.
- Ley N° 29743 de 08 de Julio de 2011, Ley que modifica el Art. 10 de la Ley N° 28716.
- Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG de 20 de octubre de 2006 que aprueba las "Normas de Control Interno".
- Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG de 26 de octubre de 2008, que aprueba "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado".
- Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG de 13 de mayo de 2016 que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD.
- Ley N° 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público, para el año fiscal 2016 (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, contados a partir de su entrada en vigencia".

## III. DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

### 1. METODOLOGIA PARA LOGRAR EL DIAGNOSTICO.

El Diagnóstico, constituye una acción primordial previa al proceso de implementación del sistema de Control Interno, permite contrastar la situación en la que se encuentra el actual Sistema de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, con respecto a lo establecido en las normas de la materia, aprobadas por la Contraloría General de la Republica.

La metodología para lograr el Diagnostico, comprende la recopilación, análisis, y estudio de la documentación e información que maneja la Universidad Nacional de Ucayali, respecto a su sistema de control interno existente, identificando sus fortalezas y debilidades – FODA, así como sus riesgos, lo cual permitirá determinar su actual grado de desarrollo.

El Diagnostico debe ser realizado con un enfoque de gestión que debe comprender de la general a lo particular, lo que significa que se inicia con un diagnóstico de los controles establecidos a nivel general (institucional) dentro de la Universidad nacional de Ucayali, para luego pasar a temas específicos (procesos, actividades, tareas, etc.)

El proceso de Diagnóstico se evaluará entre otros aspectos lo siguiente:

- Los estándares o componentes de control que conforman el sistema existente y su grado de efectividad, lo cual nos indicará el nivel de desarrollo y organización del sistema de Control Interno actual en la UNU.
- Las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora que presenta el Sistema en operación.
- Los ajustes o modificaciones que deberán efectuarse.

- Identificar las normas internas pendientes de implementar y/o actualizar y su grado de prioridad.
- Los principales procesos críticos donde se modificarán o implementarán los controles.
- Estimación de los recursos económicos, materiales y de personal requeridos para la implementación del SCI.

**a) Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali**

Mediante Resolución N° 144-2016-UNU-R de 23 de febrero de 2016, la Universidad Nacional de Ucayali, reestructuró el Comité de Control Interno, de la siguiente manera:

- **Dra. Teresa de Jesús Elespuro Najar** – Presidente (Vicerrectora de Investigación)
- **Abog. Carlos Alejandro Ramírez y Aguirre** - Secretario (Jefe de Asesoría Legal).
- **Dr. Pedro Ormeño Carmona** - Miembro (Vicerrector Académico)
- **Econ. José Manuel Cárdenas Bernaola** – Miembro (Director Gral. De **Planificación)**
- **Fermín** Campos Solórzano - Miembro (Director Gral. De Investigación)
- **Lic. Adm. Roy James Pérez Ríos** - Miembro (Director Gral. Bienestar Social)
- **Dra. Nelly Graciela Tafur Flores** – Miembro (Decana Facultad Ciencias de la Salud)
- **Dr. Abraham Ermitanio Huamán Almirón** - Miembro (Decano Facultad Educ. Cs. Sociales)
- **Ricardo Anastasio Mejía Sifuentes** – Miembro (Director General de Administración)
- **Ing. Edgardo García Saavedra** – Miembro (Director General de Infraestructura).

## 2 DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA FASE DE PLANIFICACION.

### 2.1 Etapa Pre-Operativa

a. Suscripción del Acta de Compromiso
b. Conformación del Comité de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali.
c. Acta de Instalación del Comité de Control Interno.
d. Designación de Coordinadores de SCI
e. Se desarrolló una capacitación de taller de sensibilizar dirigidos a los miembros del Comité de Control Interno y subcomités en el mes de junio – 2016, por personal del OCI de la UNU.
f. Se efectuó una charla de sensibilizar dirigidos a Funcionarios y Trabajadores de la UNU en el mes de octubre – 2016, por personal de la CGR.
g. Difusión en el Portal Institucional.

Es necesario difundir todo el proceso de Implementación del Control Interno, a través de la Pagina Webs institucional a través del Portal de Transparencia institucional, en el Link correspondiente al CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL, que se denominara CONTROL INTERNO UNU; la información a ser difundida, en dicho link, será aprobada previamente por la presidencia del Comité de Control Interno Institucional.

**2.2 Etapa Operativa.**

En esta etapa se realizaran las siguientes acciones:

**a. Análisis Normativo del Sistema de Control Interno.**

Se analizarán las normas externas e internas que han sido aprobadas y que se encuentran vigentes, relacionadas con el Control Interno, tales como:

- Ley N° 27785 Ley Orgánica del sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- Le N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus Modificatorias.
- Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG, que aprueba normas de control Interno.
- Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG, Que aprueba la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades.

**b. Recopilación de información.**

Comprende la Selección y clasificación de la información documental de gestión, como de normativa interna, que regula o explica los procesos o procedimientos en la institución, así como los mecanismos de control establecidos, en cuanto a cada uno de los componentes del control interno:

- Ambiente de Control
- Evaluación de riesgos
- Actividad de Control Gerencial
- Información y comunicación, y
- Supervisión.

**c. Recopilación de información documental de gestión institucional**

- Reglamento de Organización y Funciones (ROF).
- Cuadro de Asignación de Personal (CAP)
- Manual de Organización y Funciones ( MOF)
- Manual de Procedimientos (MAPRO)
- Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)
- Plan Estratégico Institucional
- Plan Operativo Institucional
- Plan Operativo Informático.
- Plan Anual de Capacitación.
- Informe Anual de evaluación del Plan Estratégico Institucional 2015

- Planes anuales de Contrataciones de los años 2015, 2016.
- Presupuesto Analítico de Personal (PAP),
- Informe de Evaluación de Ejecución Presupuestaria de los años 2015-2016.
- Informes emitidos por OCI O Auditoría sobre acciones de control efectuadas de los años 2014-2015
- Informes de avances en la implementación y/o cumplimiento de recomendaciones del Órgano de Control Institucional (OCI) o de Auditorías.
- Informes de Sistema de Gestión implementados 8 Calidad, SST, sistema de Gestión de la Información, Gestión de Riesgos de Desastres, Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos)
- Otros que el Comité de Control Interno, considere necesario.

**d. Recopilación de Normas Internas relacionadas con el Control Interno**

De las Rectoría, Vice Rectorías, las Direcciones Generales, Facultades, Escuela de Post Grado, Laboratorios y áreas o Unidades Operativas si los hubiere.

**e. Encuestas**

El Comité Central de Control Interno, siguiendo los lineamientos de la Guía, aplicará en cada uno de los Sub Comités de Control Interno, constituidas como grupos de trabajo descentralizada con la finalidad de generar un trabajo integral institucional y nos garantice la obtención de resultados serios y debidamente planificados, los mismos que estarán constituidos por los siguientes Sub Comités:

- Sub Comité de SCI de la Secretaria General.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de Administración.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Infraestructura.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Imagen Institucional.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Tecnología de la Información, Sistemas y Estadística.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Planificación y Presupuesto.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Asesoría Jurídica.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Relaciones Nacionales e Internacionales y Cooperación Técnica.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de Registros y Asuntos Académicos.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de Responsabilidad Social Universitaria.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de la Calidad Académica y Acreditación.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de Bienestar Universitario.
- Sub Comité de SCI de la Oficina General de Admisión.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de Investigación e Innovación.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de la Producción Intelectual.
- Sub Comité de SCI de la Dirección General de desarrollo Empresarial.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Ciencias Agropecuarias.

- Sub Comité de SCI de la Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Educación y Ciencias Políticas.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Medicina Humana.
- Sub Comité de SCI de la Facultad de Ing. de Sistemas y de Ing. Civil.
- Sub Comité de SCI de la Escuela de Posgrado.

Los datos obtenidos serán debidamente tabulados y procesados, agrupándoles según componentes de Control Interno, Órgano y nivel de las unidades encuestadas.

**f. Entrevistas.**

Se podrá realizarlas de manera aleatoria, principalmente entre los funcionarios de la Alta Dirección, con la finalidad de contar con información que no haya sido posible obtener a través de los Sub Comités citados en el párrafo anterior.

**3 Análisis de la Información Documental de gestión institucional, normas Internas, encuestas y entrevistas.**

De la recopilación efectuada de Información documental de gestión y normas internas, ( debidamente aprobadas y actualizadas), se procederá a su análisis a efectos de identificar las fortalezas y debilidades así como los riesgos que pudieran tener el Sistema de Control Interna de la Universidad Nacional de Ucayali, **contrastando dicha información, con los diferentes componentes que conforman el Control Interno, establecidos en la normatividad de la materia (Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control Gerencial, Información y Comunicación y Supervisión),** con el objetivo de determinar los componentes a ser reforzados y cuales deberán implementarse.

Esta información que se obtenga debe ser analizada como indica la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", de acuerdo al siguiente cuadro:

| CONCORDANCIA NORMATIVA DEL SCI | | |
|---|---|---|
| AMBIENTE DE CONTROL | Normas Internas | Art.Literal o numeral |
| | | |
| *Filosofía y Estilo de la Dirección* | | |
| Integridad y Valores Éticos | | |
| Administración estratégica | | |
| Estructura Organizacional | | |
| Administración de los RRHH | | |
| Competencia Profesional | | |

| | | |
|---|---|---|
| Asignación de autoridad y responsabilidad | | |
| Función del Órgano de Control Institucional | | |
| ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL | | |
| Procedimientos de autorización y aprobación. | | |
| Controles Claves | | |
| Segregación de Funciones | | |
| Evaluación Costo - beneficio | | |
| Controles sobre el acceso a recursos y archivos | | |
| Verificaciones y conciliaciones | | |
| Evaluación de desempeño | | |
| Rendiciones de cuentas | | |
| Documentación de procesos, actividades y tareas. | | |
| | | |
| INFORMACION Y COMUNICACIÓN | | |
| | | |
| Funciones y características de la información | | |
| Información y responsabilidad | | |
| Calidad y suficiencia de la información. | | |
| Sistema de Información. | | |
| Flexibilidad al cambio | | |
| Archivo Institucional | | |
| Comunicación Interna | | |
| Comunicación externa | | |
| Canales de comunicación. | | |
| | | |
| SUPERVISION | | |
| | | |
| Actividades de prevención y monitoreo | | |
| Seguimiento de resultados | | |
| Compromiso de mejoramiento | | |

**Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG**

### 3.1 Identificación de Debilidades, Fortalezas y Riesgos

Del análisis de la normativa General y su comparación de la normativa interna y la determinación de los aspectos de concordancia con los Componentes de la Estructura del Control Interno, se procederá a la identificación de las FORTALEZAS Y DEBILIDADES del actual Sistema de Control Interno que se viene aplicando en la entidad, para este efecto se deberá proceder a la identificación de los riesgos y amenazas y oportunidades existentes. Para desarrollar esta actividad, debiendo realizar previamente el llenado de las listas de verificación de cada uno de los **componentes del control interno establecidas en la Guía** para la implementación del sistema de Control Interno de las entidades del Estado, debiéndose presentar de manera agrupada, por cada componente a través de un cuadro resumen tal como se indica en el modelo de la Guía, debiéndose mencionar las actividades que deberán implementarse y su prioridad de cada componente, de acuerdo al siguiente cuadro:

| COMPONENTES | FORTALEZAS | DEBILIDADES | ACTIVIDAD A IMPLEMENTAR Y PRIORIDAD - (Alta Media y Baja)- |
|---|---|---|---|
| Ambiente de Control | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | |
| Evaluación de Riesgos. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | |
| Actividad de Control Gerencial | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | |
| Información y Comunicación. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | |
| Supervisión. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | |

Fuente: Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG

## 4 RESPONSABLES

| | ACTIVIDADES | RESPONSABLES |
|---|---|---|
| | **Etapa Pre - Operativa** | |
| a | Acta de compromiso | Comité de Control Interno |
| b | Resolución de Rectoría que aprueba la constitución del Comité de Control Interno institucional | Comité de Control Interno |
| c | Acta de Instalación del Comité de Control Interno | Comité de Control Interno |
| d | Designación de representantes coordinadores de cada unidad orgánico o área de la UNU | Comité de Control Interno |
| e | Capacitación en Control Interno a todos los trabajadores de la entidad. | Secretario Técnico / Especialista en SCI |
| f | Difusión de la implementación del SCI | Secretario Técnico / Especialista en SCI |
| | | |
| | **Etapa Operativa** | |
| a | Recopilación de la información | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| b | Recopilación de información documental de gestión institucional | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| c | Recopilación de Normas internas relacionadas con el Control Interno | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| d | Encuestas | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| e | Entrevistas | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| f | Análisis de la información documental de gestión institucional, normas internas, encuestas y entrevistas | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| g | Análisis Normativo del sistema de Control Interno | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| h | Identificación de debilidades, fortalezas y riesgos | Secretario Técnico / Especialista en SCI/ Coordinadores |
| i | Elaboración del informe de Diagnostico a nivel de áreas y/o unidades Orgánicas | Secretario Técnico / Especialista en SCI |
| j | Elaboración del informe final del Diagnostico | Comité de Control Interno |

## 5 CRONOGAMA DE ACTIVIDADES

El Cronograma de Actividades para la Implementación del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali, será como se indica en el anexo que se adjunta (año 2016).

| Objetivos | Actividades | Responsable | Ene | Feb | Marz | Abr | May | Jun |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Etapa pre-Operativa | 1 Suscripción del Acta de Compromiso | Comité/Subcomites/ Funcionarios (alta Direccion) | | | | | | |
| | 2 Conformación del Comité de Control interno | Comité/V.Sanchez | | | | | | |
| | 3 Acta de instalación del Comité de Control interno | Comité/T.Elespuro | | | | | | |
| | 4 Designación de Coordinadores de SCI. | Comité/Coordinadores Subcomites | | | | | | |
| | 5 Capacitación (Taller y Charla) de sensibilización al personal del SCI | Comité/OCI/ CGR | | | | | | |
| | 6 Difusión de todo el proceso de Implementación del SCI en el portal institucional de la UNU denominado "Control Interno – UNU" | Comité/V.Sanchez/ H.Panduro | | | | | | |

| Objetivos | Actividades | Responsable | Jul | Ago. | Set | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Etapa pre-Operativa | 7 Capacitación (Taller y Charla) de sensibilización al personal del SCI | . Comité/OCI/ CGR | | | | | | |
| | 8 Difusión de todo el proceso de Implementación del SCI en el portal institucional de la UNU denominado "Control Interno – UNU" | Comité/V.Sanchez/ H.Panduro | | | | | | |
| Etapa Operativa-Etapa 1 1- Desarrollo del Diagnostico | 1 Preparación del Formato de encuesta de control interno | Comité/V.Sanchez | | | | | | |
| | 2 Revisión y aprobación de la encuesta por el Comité de Control Interno | Comité/T.Elepuro/ V.Sanchez | | | | | | |
| | 3 Desarrollo de aplicativo de la encuesta | Comité/coordinadores de subcomités | | | | | | |
| | 4 entrega de resultados | Comité/Coordinadores de subcomités | | | | | | |
| Etapa Operativa-Etapa 2 1- Informe del Diagnostico | 1 Análisis y evaluación de resultados | Comité/H.Panduro | | | | | | |
| | 2 Conclusiones y recomendaciones | Comité/T.Elespuro/ H.Panduro | | | | | | |
| | Informe final | Comité/T.Elespuro/ H.Panduro | | | | | | |

**Fuente: Comité CI/Coordinador SCI.**

## 6 RESULTADO DEL DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

6.1 El diagnostico se ha elaborado siguiendo el esquema de la Guía aprobada; en tanto el Órgano de Control Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali desde el año 2011 ha revisado la estructura del Control Interno de la Universidad con resultados desalentadores, es así que la Contraloría General de la Republica mediante Oficio N° 00529-2014-CG/GCAL de 3 de octubre de 2014, comunica a la Universidad Nacional de Ucayali los "Resultados de la medición referida a la Implementación del Sistema de Control Interno en el Estado" que fue considerado dentro del grupo de entidades seleccionadas; siendo la percepción respecto al nivel de implementación, nivel entidad muestra un promedio de 33,0% de los cinco componentes que conforman el SCI.

6.2 El Comité y los subcomités de la Universidad Nacional de Ucayali han elaborado, desarrollado y validado la encuesta de los cinco componentes que conforman el Control Interno; los datos obtenidos fueron procesados según cada componente y subcomponente, dependencia y nivel ocupacional del encuestado.

6.3 Población y muestra (Anexo 1 )

a) Población: estuvo constituida por 560 servidores (a noviembre 2016), personal docente y no docente (gerencial y operativo) de la Entidad.

b) Muestra: para calcular el tamaño de la muestra se ha empleado la fórmula propuesta por Martínez Becardino, Ciro en su libro Estadística y Muestreo (2008:393)

**Muestra Total**

**Cuadro 1**

| Nivel Jerárquico | N° Servidores |
|---|---|
| Gerencial | 18 |
| | 80 |
| Operativo | 130 |
| **Total Muestra** | **228** |

Fuente: Comité Control Interno

6.4 El resultado del Diagnóstico de los cinco componentes del Sistema de Control Interno se vierte en lo siguiente: (anexo 2).

**Cuadro N° 2**

| Componente (Subcomponente) | Inadecuado (no existe) ( 0 – 1) | Deficiente (débil) ( 2 ) | Satisfactorio (aceptable) ( 3 – 4) | Adecuado (Fuerte) ( 5 ) |
|---|---|---|---|---|
| AMBIENTE DE CONTROL | | | | |
| Filosofía y Estilo de la Dirección | | 0.22% | | |
| Integridad y Valores Éticos | 0.11% | | | |
| Administración estratégica | 0.13% | | | |
| Estructura Organizacional | 0.14% | | | |
| Administración de los RRHH | 0.06% | | | |
| Competencia Profesional | 0.07% | | | |
| Asignación de autoridad y responsabilidad | 0.05% | | | |
| Función del Órgano de Control Institucional | 0.19% | | | |
| SUBTOTAL | 0.75% | 0.22% | | |
| EVALUACION DE RIESGOS | | | | |
| Planeamiento de Adm. Riesgos | 0.01% | | | |
| Identificación de Riesgos | 0.02% | | | |
| Valoración de Riesgos | 0.02% | | | |
| Respuesta al Riesgo | 0.01% | | | |
| SUBTOTAL | 0.06% | | | |
| ACTIVIDADES DE CONTROL | | | | |
| Procedimiento de Autorización y Aprobación. | 0.11% | | | |
| Segregación de Funciones | 0.05% | | | |
| Evaluación Costo - Beneficio | 0.03% | | | |
| Controles sobre el acceso recursos y archivos | 0.15% | | | |
| Verificación y conciliaciones | 0.10% | | | |
| Evaluación de desempeño e indicadores | 0.06% | | | |
| Rendición de cuestas y de gestión | 0.11% | | | |
| Documentación de procesos, actividades y tareas. | 0.06% | | | |
| Revisión de procesos, actividades y tareas | | 0.25% | | |
| SUBTOTAL | 0.68% | 0.25% | | |
| INFORMACION Y COMUNICACION | | | | |
| Funciones y características de la información | 0.05% | | | |
| Información y responsabilidad | 0.03% | | | |
| Calidad y suficiencia de la información. | 0.03% | | | |
| Sistema de Información. | 0.02% | | | |
| Flexibilidad al cambio | 0.01% | | | |
| Archivo Institucional | 0.08% | | | |
| Comunicación Interna | 0.06% | | | |
| Comunicación externa | 0.07% | | | |
| Canales de comunicación. | 0.05% | | | |
| SUBTOTAL | 0.4% | | | |
| SUPERVISION | | | | |
| Actividades de prevención y monitoreo | 0.14% | | | |
| Seguimiento de resultados | 0.09% | | | |
| Compromisos de mejoramiento | 0.07% | | | |
| SUBTOTAL | 0.3% | | | |
| RESULTADO PORCENTUAL | 2.19% | 0.47% | | |

Fuente: Comité de Control Interno de la UNU

El resultado del diagnóstico de los cinco componentes del Control Interno arroja lo siguiente:

**Ambiente de Control**: el resultado en siete (7) subcomponentes arroja 0.75% estando en la calidad de Inadecuado (no existe), solamente el primer subcomponente (Filosofía y estilo de la dirección) tiene 0.22%, en nivel Deficiente (débil).

**Evaluación de Riesgos**: arroja un resultado en todos los subcomponentes de 0.06%, en un nivel de Inadecuado (no existe).

**Actividad de Control**: el resultado total es 0.68%, considerado en un nivel de Inadecuado (no existe).

**Información y Comunicación**: los resultados son de 0.4%, que se ubica en el nivel de Inadecuado (no existe).

**Supervisión**: el componente arroja en el total 0.3%, se ubica en el nivel de inadecuado (no existe).

El resultado general es de 2.66% porcentaje que le ubica muy por debajo de lo establecido por la Contraloría General de la Republica

### 6.4.1 Desarrollo Análisis de la Información Documental de gestión institucional, normas Internas (Anexo 3, 4 y 5)

**Cuadro N° 3**

| CONCORDANCIA NORMATIVA DEL SCI | | |
|---|---|---|
| **AMBIENTE DE CONTROL** | Normas Internas | Art.Literal o numeral |
| Filosofía y Estilo de la Dirección | Inexistencia de Normas y/o desactualizadas | |
| Integridad y Valores Éticos | | |
| Administración estratégica | | |
| Estructura Organizacional | | |
| Administración de los RRHH | | |
| Competencia Profesional | | |
| Asignación de autoridad y responsabilidad | | |
| Función del Órgano de Control Institucional | | |
| | | |
| **EVALUACION DE RIESGOS** | | |
| Planeamiento de Administración de Riesgos | Inexistencia de Normas | |
| Identificación de Riesgos | | |
| Valoración de Riesgos | | |
| Respuesta al Riesgo | | |
| | | |
| **ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL** | | |
| Procedimientos de autorización y aprobación. | Documentos de gestión | |

| | | |
|---|---|---|
| Controles Claves | desactualizados | |
| Segregación de Funciones | | |
| Evaluación Costo - beneficio | | |
| Controles sobre el acceso a recursos y archivos | | |
| Verificaciones y conciliaciones | | |
| Evaluación de desempeño | | |
| Rendiciones de cuentas | | |
| Documentación de procesos, actividades y tareas. | | |
| | | |
| **INFORMACION Y COMUNICACIÓN** | | |
| | | |
| Funciones y características de la información | Inadecuado sistema de información | |
| Información y responsabilidad | | |
| Calidad y suficiencia de la información. | | |
| Sistema de Información. | | |
| Flexibilidad al cambio | | |
| Archivo Institucional | | |
| Comunicación Interna | | |
| Comunicación externa | | |
| Canales de comunicación. | | |
| | | |
| **SUPERVISION** | | |
| | | |
| Actividades de prevención y monitoreo | **Inexistencia de Normas** | |
| Seguimiento de resultados | | |
| Compromiso de mejoramiento | | |

**Fuente: Comité de Control Interno de la UNU.**

En el desarrollo del análisis de información documental de gestión institucional, normas Internas, son inexistentes, inadecuadas, desactualizadas y en algunos casos deficientes las circunstancias ameritan acciones que estarán necesariamente orientadas a la implementación de los componentes y normas de Control Interno.

### 6.4.2 Desarrollo de debilidades, Fortalezas y Riesgos (Anexo 3,4 y 5)

**Cuadro N° 4**

| COMPONENTES | FORTALEZAS | DEBILIDADES | ACTIVIDAD A IMPLEMENTAR Y PRIORIDAD - (Alta Media y Baja)- |
|---|---|---|---|
| Ambiente de Control | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | -Inexistencia de normas<br>-No se aplica la normatividad de SCI.<br>-Se aplica normas generales en cada área de la entidad. |
| Evaluación de Riesgos. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | -Inexistencia de normas<br>-No se aplica la normatividad de SCI.<br>-Se aplica normas generales en cada área de la entidad |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Actividad de Control Gerencial | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | -Documentos de gestión desactualizados.<br>-No se aplica la normatividad de SCI.<br>-Se aplica normas generales en cada área de la entidad |
| Información y Comunicación. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | -Inadecuado sistema de información<br>-No se aplica la normatividad de SCI.<br>-Se aplica normas generales en cada área de la entidad |
| Supervisión. | | Debilidad<br>Causa:<br>Efectos: | -Inexistencia de normas<br>-No se aplica la normatividad de SCI.<br>-Se aplica normas generales en cada área de la entidad |

**Fuente: Comité de Control Interno de la UNU.**

**Las debilidades descritas necesitan acciones orientadas a la implementación de los componentes y normas de control interno porque tienen un rango de "Inadecuado" la Entidad debe Priorizar en un nivel alto.**

## IV. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

### a. Ambiente de Control

a.1.**Difusión de la normatividad de Control Interno:** La misma que consistía en difundir mediante algún medio (Ejemplo charla, seminario, taller, comunicados, entre otros) la normatividad de control interno, Ley Nº 28716 y Resolución de Contraloría Nº 320-2006-CG. Respecto a esta actividad, si bien es cierto la entidad no ha comunicado a las diversas dependencias respecto a la aprobación de las "*Normas de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali*". Sin embargo, la entidad ha sensibilizado al personal administrativo y docente en un taller en el mes de junio y una charla en el mes de octubre de 2016 con personal del OCI de la UNU y de la CGR; se debe seguir difundiendo entre los servidores y trabajadores de la entidad sobre la importancia y el propósito de la normatividad de control interno; las **Normas de Control Interno (NCI)** y el **Sistema de Control Interno (SCI).**

a.2.**Integridad y los valores éticos:** Elaborar la propia entidad su Código de Ética, código de conducta, debidamente aprobado y difundido, mediante talleres o reuniones. Asimismo, la difusión entre los trabajadores la Ley 27815 "Ley del Código de la Función Pública". Comunicación de las acciones disciplinarias sobre violaciones éticas. Respecto a la presente actividad la entidad, no elaboró su propio Código de Ética, código de conducta, el cuál debió estar aprobado y difundido a fin de establecer una cultura organizacional basada en principio y valores que rijan las normas de conducta y estilos de gestión del personal de la Unive5rsidad Nacional de Ucayali. De igual manera, no se evidencia la difusión entre los trabajadores, la ley Nº 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".

a.3. **Administración estratégica:** En cuanto se refiere a la presente actividad la entidad, estableció el cumplimiento y evaluación del Plan operativo actualizado conforme al Plan Estratégico Institucional, sobre la base de la misión, objetivos y actividades de cada área o dependencia de la UNU.

a.4.**Estructura organizacional, Competencia profesional, Asignación de autoridad y responsabilidad:** En relación a los presentes rubros, se determinó que se debían actualizar los siguientes documentos normativos de Gestión: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional, Reglamento Interno de Trabajo, Organigrama, Reglamento de Organización y Funciones – ROF, Manual de Organización y Funciones – MOF, Manuales de Procedimientos Administrativos – MAPRO, Cuadro de Asignación de Personal – CAP, Presupuesto Analítico de Personal PAP y el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA.

**a.5.Administración de los recursos humanos:** En el presente rubro se determinó que la entidad debía de contar con procedimientos documentados para: • Reclutamiento • Selección • Inducción • Desarrollo (capacitación) • Evaluación • Registro. Que todo el personal de la entidad ocupe una plaza en le PAP y que su cargo este incluido en el CAP. Se cuente con un plan de formación y capacitación de personal.

**a.6.Órgano de Control Institucional:** Para implementar el presente rubro, se determinó que:

-El OCI debe de contar con los recursos humanos, materiales y financieros que le permitan el adecuado desempeño de sus funciones.

-La Alta Dirección debe de implementar oportunamente las recomendaciones formuladas por el OCI.

## b. Evaluación de Riesgos

**b.1.Planeamiento de la administración de riesgos:** Es el proceso de desarrollar y documentar una estrategia clara, organizada e interactiva para identificar y valorar los riesgos que puedan impactar en una entidad impidiendo el logro de los objetivos. Se deben desarrollar planes, métodos de respuesta y monitoreo de cambios, así como un programa para la obtención de los recursos necesarios para definir acciones en respuesta a riesgos.

**b.2.Identificación de riesgos:** En la identificación de los riesgos se tipifican todos los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos de la entidad debido a factores externos o internos. Los factores externos incluyen factores económicos, medioambientales, políticos, sociales y tecnológicos. Los factores internos reflejan las selecciones que realiza la administración e incluyen la infraestructura, personal, procesos y tecnología.

**b.3.Valoración de riesgos:** El análisis o valoración del riesgo le permite a la entidad considerar cómo los riesgos potenciales pueden afectar el logro de sus objetivos. Se inicia con un estudio detallado de los temas puntuales sobre riesgos que se hayan decidido evaluar. El propósito es obtener la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, tiempo, respuesta y consecuencias.

**b.4.Respuesta al riesgo:** La administración identifica las opciones de respuesta al riesgo considerando la probabilidad y el impacto en relación con la tolerancia al riesgo y su relación costo/beneficio. La consideración del manejo del riesgo y la selección e implementación de una respuesta son parte integral de la administración de los riesgos.

## c. Actividades de Control

1. Establecer que las actividades y procedimientos de control estén de acuerdo con los resultados esperados (costo beneficio). Considerando como premisa básica que el costo no supere el beneficio que se puede obtener.
2. Instaurar las políticas y procedimientos documentados para la utilización y protección de los recursos o archivos de la Universidad..
3. Definir y formalizar con documentos de carácter institucional los indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas.
4. La entidad debe de implementar formalmente la evaluación del desempeño de la gestión institucional para asegurar el cumplimiento de sus objetivos
5. Establecer políticas y procedimientos escritos para la administración de los sistemas de información y asegurar su correcta operatividad.
6. Definir los mecanismos de autorización para la realización de proyectos, revisiones, pruebas y aprobaciones para actividades de desarrollo de nuevos sistemas requeridos por la Universidad.
7. Diseñar el Plan Operativo Informático.
8. Elaborar, mantener y actualizar periódicamente un Plan de Contingencias, debidamente autorizado y aprobado.
9. Diseñar un Programa de Planificación y Administración de Seguridad
10. Implementar con personal capacitado y permanente con la finalidad de brindar un adecuado servicio de soporte técnico para las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que cuenta la Universidad.

## d. Información y Comunicación

**d.1.Implementación de sistema de información interno:** Se identificó que la Universidad Nacional de Ucayali debe de implementar el sistema de información interna, dicha actividad debe ayudar a la toma de decisiones que proporcione información confiable y oportuna.

**d.2.Elaboración de manuales e instructivos del sistema de información:** Se determinó que la entidad debe de elaborar manuales e instructivos del sistema de información.

**d.3.Soporte y mantenimiento de los sistemas de información:** Se identificó que la Universidad Nacional de Ucayali debe de establecer lineamientos sobre Soporte y mantenimiento de los sistemas de información.

**d.4.Administración, preservación y conservación de archivo institucional:** En lo que refiere a la Administración, preservación y conservación (archivos electrónicos, magnéticos y físicos) del archivo institucional; políticas y procedimientos establecidos

**d.5.Regulación de procedimientos en las comunicaciones internas y externas:** En lo que refiere a la Regulación de procedimientos en las comunicaciones internas y externas; mecanismos y procedimientos para denunciar, portal de transparencia (difusión de gestión institucional) adecuado, actualizado (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).

**d.6.Obtener periódicamente la opinión de los usuarios sobre el sistema de información, registrando los reclamos e inquietudes:** Buzón de sugerencias, mecanismos de evaluación.

**d.7.Ambientes ubicados y ambientados adecuadamente para la preservación y conservación de la información y documentación, los cuales sean utilizados como archivo institucional:** Implementación del Archivo Institucional.

**d.8.Se cuenta con una unidad orgánica especializada para administrar el archivo institucional con procedimientos documentados para el archivo de la documentación y la información con la finalidad de proporcionarla confiable y oportunamente:** Implementar con procedimientos, directivas e instructivos actualizados.

## e. Supervisión

**e.1.Monitoreo de actividades y operaciones de la institución:** Respecto a la presente actividad, se determinó que la entidad debe de contar con procedimientos documentados para el monitoreo de las actividades y operaciones de la entidad.

**e.2.Índices de verificación para medidas correctivas:** En el presente rubro se determinó que la entidad debe de llevar un registro de las debilidades o deficiencias detectadas por el monitoreo en cada dependencia y rubro.

**e.3.Seguimiento de medidas correctivas:** La entidad debe de realizar el seguimiento de las acciones correctivas hasta su implementación.

**e.4.Autoevaluaciones de la gestión:** Respecto a la presente actividad, se determinó que la entidad debe de realizar autoevaluaciones de la gestión, en cada área, así como el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales.

**e.5.Plan de mejoramiento institucional:** En el presente rubro se determinó que la entidad debe de contar con un plan de mejoramiento institucional, que son recomendaciones del OCI y las SOAs (auditorías internas y externas), recomendaciones para la mejora institucional.

**e.6.Cada dependencia y/o área administrativa y académica (facultades) deben establecer mediante documento las políticas y procedimientos de supervisión, prevención y monitoreo a fin de lograr sus objetivos y metas previstas:** los reportes que deben emitir de los resultados de la supervisión y las correcciones efectuadas y además los logros obtenidos deben ser registrados, para afirmar que haya existido monitoreo implementado por la entidad, y se facilite la adopción de medidas correctivas en forma oportuna.

**e.**7.La entidad no ha realizado periódicamente las evaluaciones independientes sobre aspectos de gestión y de control interno a cargo de los órganos del Sistema Nacional de Control- SNC (CGR, OCI, SOA).

Matriz de Maduración por componente en la Universidad Nacional de Ucayali

| Componente de Control Interno | Inicial | En proceso de implementación | Establecido/implementado | Avanzado | Optimizado |
|---|---|---|---|---|---|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Ambiente de Control<br>Evaluación de Riesgos<br>Actividades de control<br>Información y Comunicación<br>Supervisión | Los elementos de Control Interno de los componentes casi no existen, ni están definidos y no es posible comprobar su operación. | Algunos elementos de Control Interno de estos componentes existen y están definidos de manera general, pero la aplicación las áreas y procesos críticos de la entidad son inconsistentes. | Los elementos de Control Interno de este componente están definidos de manera general, pero se aplica en un número reducido de áreas y procesos críticos de la entidad son inconsistentes. | Los elementos de Control Interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, se aplica en la mayoría de las áreas y procesos críticos de la entidad. | Los elementos de Control Interno de este componente están definidos de manera detallada y formalmente, se aplica en todas las áreas y procesos críticos de la entidad. |

La ubicación del Sistema de Control Interno de la Universidad Nacional de Ucayali, está en el nivel "Inicial" (1) y "en proceso de implementación" (2), de la matriz.

## V. CONCLUSIONES

1. El resultado del diagnóstico de los cinco componentes del Control Interno es "inadecuado" y arroja lo siguiente: Anexo 2.

   a) **Ambiente de Control**: el resultado en siete (7) subcomponentes arroja 0.75% estando en la calidad de Inadecuado (no existe), solamente el primer subcomponente (Filosofía y estilo de la dirección) tiene 0.22%, en nivel Deficiente (débil).

   b) **Evaluación de Riesgos**: arroja un resultado en todos los subcomponentes de 0.06%, en un nivel de Inadecuado (no existe).

   c) **Actividad de Control**: el resultado total es 0.68%, considerado en un nivel de Inadecuado (no existe).

   d) **Información y Comunicación**: los resultados son de 0.4%, que se ubica en el nivel de Inadecuado (no existe).

   e) **Supervisión**: el componente arroja en el total 0.3%, se ubica en el nivel de inadecuado (no existe).

   f) El resultado de los cinco componentes del Sistema de Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali, por entidad es de 2.66% porcentaje que le ubica muy por debajo del promedio establecido por la Contraloría General de la Republica.

2. El análisis de Riesgo del Anexo 3, 4, y 5, da resultados de impacto con Riesgo moderado y Riesgo importante y existe la probabilidad y posibilidad que ocurra, que causaría daño a la Entidad.

## VI. RECOMENDACIONES

Al Titular y Miembros de la alta dirección:

1. En la Universidad Nacional de Ucayali, se debe Implantar e Implementar el Sistema de Control Interno, no se aplica las Normas de Control Interno en las dependencias (facultades y administrativas), no están definidas, casi no existen.

2. Las dependencias (facultades y administrativas) sustentan sus procedimientos diarios con normas generales que conllevan a ciertos errores y, demora en la información, atención de los servicios que brinda la Universidad.

3. El rango o nivel del Sistema de control Interno, es "Inadecuado", se deben proponer acciones para el diseño e implementación de acuerdo a las Normas de Control Interno, en todas las dependencias de la UNU.

4. Las acciones que tomen debe ser de prioridad alta, orientadas a garantizar la Implementación del Control Interno en la Universidad Nacional de Ucayali y que se involucre a todo el personal.

Pucallpa, Diciembre de 2016

ANEXO 1

MUESTRA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

**Fórmula:**

$$n = \frac{pq}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{pq}{N}}$$

**Donde:**

n = Muestra
Z = Coeficiente de confianza o valor crítico, su valor depende del nivel de confianza (como se trabajará al 95 % de confiabilidad, entonces Z = 1,96)
p = Proporción muestral de un género (50 % es lo máximo)
q = Proporción muestral del género complementario a "p" (50 % es lo máximo)
E = Error al estimar la media poblacional (se trabajará al 95 % de confiabilidad, entonces la probabilidad de cometer el error será del 5 %)
N = Población (se considerará en total 560 personal docente y no docente (gerencial y operativo)

*Total Muestra*

$$= \frac{(0,5)(0,5)}{\frac{(0,05)^2}{(1,96)^2} + \frac{(0,5)(0,5)}{560}} = \frac{0,25}{\frac{0,0025}{3,8416} + \frac{0,25}{560}} = \frac{0,25}{0,0006507 + 0,0004464} = \frac{0,25}{0,0010971} = 228$$

## ANEXO 2

## EVALUACION DEL CUESTIONARIO A DEPENDENCIAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

| ITEM | DEPENDENCIAS / DETALLE DE COMPONENTES | 1 Direccion General Administracion | | 2 Oficina General de Infraestructura | | 3 Direccion General Investigacion | | 4 Direccion Gral. de Produccion Intelectual | | 5 Direccion Gral. de Calidad Academica | | 6 Direccion Gral. Desarrollo Empresarial | | 7 Direccion Gral. Resp. Social Univ. | | 8 Direccion Gral. Bienestar Univ. | | 9 Direccion Gral.Ppto. | | 10 Facultad Cs. Agrop. | | 11 Facultad Cs. De la Salud | | 12 Facultad Educ. Cs. Ss. | | 13 Oficina Gral. Imagen Institucional | | 14 Facultad Cs.Forestales | | 15 Oficina General Asesoria Jurica | | 16 Escuela de Posgrado | | 17 Direccion Gral. Registros y Asuntos Acad. | | 18 Oficina Gral. Relac. Nac. Inter. Coop. Tec. | | totales | | IISCI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | (N/A) | |
| A | AMBIENTE DE CONTROL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | FC - 01 Filosofía y Estilo de la Dirección | 85 | 48 | 6 | 1 | 6 | 1 | 12 | 2 | 7 | 0 | 5 | 2 | 6 | 1 | 34 | 8 | 12 | 30 | 10 | 4 | 9 | 5 | 22 | 6 | 6 | 1 | 5 | 2 | 10 | 4 | 4 | 3 | 6 | 1 | 6 | 1 | 251 | 120 | 0.22 |
| 2 | Integridad y Valores Éticos | 60 | 73 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 12 | 5 | 2 | 2 | 5 | 1 | 6 | 13 | 29 | 8 | 34 | 4 | 10 | 2 | 12 | 9 | 19 | 1 | 6 | 2 | 5 | 4 | 10 | 1 | 6 | 7 | 0 | 4 | 3 | 131 | 240 | 0.11 |
| 3 | Administración Estratégica | 57 | 57 | 6 | 0 | 4 | 2 | 2 | 12 | 6 | 0 | 1 | 5 | 2 | 4 | 18 | 18 | 21 | 15 | 6 | 6 | 1 | 11 | 0 | 24 | 1 | 5 | 1 | 5 | 10 | 2 | 1 | 5 | 6 | 0 | 5 | 1 | 148 | 172 | 0.13 |
| 4 | Estructura Organizacional | 54 | 60 | 3 | 3 | 1 | 5 | 4 | 8 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 16 | 20 | 24 | 12 | 0 | 12 | 4 | 8 | 16 | 8 | 3 | 3 | 4 | 2 | 8 | 4 | 0 | 6 | 6 | 0 | 5 | 1 | 155 | 163 | 0.14 |
| 5 | Administración de los Recursos Humanos | 25 | 32 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 11 | 7 | 9 | 9 | 0 | 6 | 1 | 5 | 6 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 72 | 87 | 0.06 |
| 6 | Competencia Personal y Profesional | 25 | 32 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 10 | 8 | 6 | 12 | 0 | 6 | 2 | 4 | 12 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 84 | 75 | 0.07 |
| 7 | Desarrollo del Potencial Humano | 48 | 85 | 4 | 3 | 1 | 6 | 1 | 13 | 3 | 4 | 1 | 6 | 1 | 6 | 19 | 23 | 7 | 35 | 0 | 14 | 0 | 14 | 4 | 24 | 0 | 7 | 1 | 6 | 2 | 12 | 0 | 7 | 4 | 3 | 4 | 3 | 100 | 271 | 0.09 |
| 8 | Clima de Confianza | 28 | 10 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 8 | 4 | 3 | 9 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 58 | 48 | 0.05 |
| 9 | Coordinación de Acciones Institucionales | 10 | 9 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 1 | 5 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 29 | 24 | 0.03 |
| 10 | Función del Órgano de Control Institucional | 78 | 55 | 2 | 5 | 5 | 2 | 7 | 5 | 5 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 25 | 17 | 21 | 21 | 4 | 10 | 7 | 7 | 16 | 12 | 5 | 2 | 5 | 2 | 10 | 4 | 3 | 4 | 7 | 0 | 7 | 0 | 215 | 154 | 0.19 |
| | CORRECTO | 470 | 461 | 31 | 18 | 25 | 24 | 34 | 64 | 37 | 12 | 21 | 28 | 19 | 30 | 157 | 137 | 112 | 182 | 24 | 74 | 27 | 71 | 93 | 103 | 19 | 30 | 24 | 25 | 56 | 42 | 9 | 40 | 45 | 4 | 40 | 9 | 1243 | 1354 | |
| B | EVALUACION DE RIEGOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Planeamiento de la Administración de Riesgos | 14 | 62 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1 | 23 | 0 | 24 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 16 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 16 | 196 | 0.01 |
| 12 | Identificación de Riesgos | 20 | 56 | 2 | 2 | 0 | 4 | 0 | 8 | 1 | 3 | 0 | 4 | 0 | 4 | 3 | 21 | 1 | 23 | 0 | 8 | 0 | 8 | 0 | 16 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 27 | 185 | 0.02 |
| 13 | Valoración de riesgos | 12 | 45 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 | 4 | 14 | 3 | 15 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 12 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | 1 | 22 | 137 | 0.02 |
| 14 | Respuesta al riesgo | 4 | 34 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 10 | 0 | 12 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 9 | 97 | 0.01 |
| | CORRECTO | 50 | 197 | 2 | 11 | 0 | 13 | 0 | 26 | 4 | 9 | 0 | 13 | 0 | 13 | 10 | 68 | 4 | 74 | 0 | 26 | 0 | 26 | 0 | 52 | 0 | 13 | 0 | 13 | 0 | 26 | 0 | 13 | 0 | 13 | 4 | 9 | 74 | 615 | |
| C | ACTIVIDADES DE CONTROL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Procedimiento de autorización y aprobación | 47 | 10 | 3 | 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 16 | 2 | 10 | 8 | 4 | 2 | 3 | 3 | 12 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 128 | 31 | 0.11 |
| 16 | Controles claves | 21 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 8 | 7 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 50 | 56 | 0.04 |
| 17 | Segregación de funciones | 21 | 36 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 7 | 11 | 3 | 15 | 2 | 4 | 0 | 6 | 8 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 0 | 2 | 1 | 60 | 99 | 0.05 |
| 18 | Controles al acceso sobre recursos | 55 | 40 | 5 | 0 | 3 | 2 | 6 | 4 | 4 | 1 | 4 | 1 | 5 | 0 | 17 | 13 | 17 | 13 | 6 | 4 | 3 | 7 | 20 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 8 | 2 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 0 | 173 | 92 | 0.15 |
| 19 | Controles sobre decisiones e información | 31 | 7 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 5 | 7 | 5 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 71 | 35 | 0.06 |
| 20 | Registro, verificación y conciliación | 50 | 26 | 4 | 0 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 0 | 3 | 1 | 1 | 3 | 12 | 12 | 14 | 10 | 2 | 6 | 1 | 7 | 4 | 12 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 6 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 | 0 | 112 | 100 | 0.10 |
| 21 | Revisión de procesos, actividades y objetivos | 102 | 50 | 6 | 2 | 8 | 0 | 10 | 6 | 8 | 0 | 8 | 0 | 7 | 1 | 28 | 20 | 30 | 18 | 8 | 8 | 6 | 10 | 28 | 4 | 4 | 4 | 7 | 1 | 14 | 2 | 0 | 8 | 8 | 0 | 8 | 0 | 290 | 134 | 0.25 |
| 22 | Controles de tecnologías de información | 92 | 193 | 1 | 14 | 0 | 15 | 3 | 27 | 8 | 7 | 2 | 13 | 3 | 12 | 16 | 74 | 26 | 64 | 3 | 27 | 1 | 29 | 20 | 40 | 3 | 12 | 3 | 12 | 4 | 26 | 0 | 15 | 15 | 0 | 7 | 8 | 207 | 588 | 0.18 |
| 23 | Análisis Costo-Beneficio | 25 | 32 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | 16 | 2 | 16 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 12 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | 35 | 124 | 0.03 |
| 24 | Evaluación de desempeño e indicadores | 14 | 24 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 10 | 2 | 8 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 63 | 43 | 0.06 |
| 25 | Rendición de cuentas y de gestión | 39 | 18 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 5 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 17 | 1 | 13 | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 12 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 120 | 39 | 0.11 |
| | CORRECTO | 497 | 453 | 24 | 26 | 24 | 26 | 31 | 69 | 35 | 15 | 27 | 23 | 28 | 22 | 134 | 166 | 135 | 165 | 33 | 67 | 23 | 77 | 124 | 76 | 24 | 26 | 29 | 21 | 54 | 46 | 0 | 50 | 49 | 1 | 38 | 12 | 1309 | 1341 | |
| D | INFORMACION Y COMUNICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | Funciones y características de la información | 18 | 20 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 | 8 | 3 | 9 | 4 | 0 | 3 | 1 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 62 | 44 | 0.05 |
| 27 | Información y responsabilidad | 16 | 22 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 8 | 4 | 8 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 31 | 75 | 0.03 |
| 28 | Calidad y suficiencia de la información | 16 | 22 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 6 | 6 | 7 | 5 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 38 | 68 | 0.03 |
| 29 | Sistemas de información | 15 | 23 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 10 | 2 | 10 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 25 | 81 | 0.02 |
| 30 | Flexibilidad al cambio | 7 | 12 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 | 1 | 5 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 9 | 44 | 0.01 |
| 31 | Archivo institucional | 29 | 28 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 4 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 14 | 4 | 11 | 7 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 8 | 3 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 0 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 88 | 71 | 0.08 |
| 32 | Comunicación interna | 25 | 32 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 12 | 3 | 15 | 2 | 4 | 1 | 5 | 8 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 71 | 88 | 0.06 |
| 33 | Comunicación externa | 32 | 25 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 4 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 6 | 12 | 5 | 13 | 2 | 4 | 1 | 5 | 4 | 8 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 | 0 | 2 | 1 | 75 | 84 | 0.07 |
| 34 | Canales de comunicación | 17 | 21 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 2 | 4 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 60 | 46 | 0.05 |
| | CORRECTO | 175 | 205 | 18 | 2 | 9 | 11 | 13 | 27 | 11 | 9 | 10 | 10 | 6 | 14 | 52 | 68 | 40 | 80 | 12 | 28 | 9 | 31 | 32 | 48 | 12 | 8 | 8 | 12 | 18 | 22 | 0 | 20 | 17 | 3 | 17 | 3 | 459 | 601 | |
| E | SUPERVISIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | Monitoreo continuo | 66 | 10 | 4 | 0 | 3 | 1 | 5 | 3 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 18 | 6 | 10 | 14 | 4 | 4 | 0 | 8 | 16 | 0 | 2 | 2 | 4 | 0 | 8 | 0 | 2 | 2 | 4 | 0 | 4 | 0 | 162 | 50 | 0.14 |
| 36 | Seguimiento puntual | 40 | 17 | 2 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 13 | 5 | 6 | 12 | 3 | 3 | 3 | 3 | 8 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0 | 3 | 0 | 105 | 54 | 0.09 |
| 37 | Adopción de correctivos | 21 | 17 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 6 | 6 | 7 | 5 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 48 | 58 | 0.04 |
| 38 | Autoevaluación | 22 | 16 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 8 | 4 | 5 | 7 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 44 | 62 | 0.04 |
| 39 | Evaluación independiente | 29 | 9 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 6 | 6 | 9 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 72 | 34 | 0.06 |
| 40 | Compromisos de Mejoramiento | 42 | 15 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 8 | 10 | 9 | 9 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 12 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 76 | 83 | 0.07 |
| | CORRECTO | 220 | 84 | 14 | 2 | 12 | 4 | 12 | 20 | 16 | 0 | 12 | 4 | 7 | 9 | 59 | 37 | 46 | 50 | 9 | 23 | 5 | 27 | 28 | 36 | 10 | 6 | 7 | 9 | 14 | 18 | 4 | 12 | 16 | 0 | 16 | 0 | 507 | 341 | |
| | TOTALES | 1412 | 1400 | 89 | 59 | 70 | 78 | 90 | 206 | 103 | 45 | 70 | 78 | 60 | 88 | 412 | 476 | 337 | 551 | 78 | 218 | 64 | 232 | 277 | 315 | 65 | 83 | 68 | 80 | 142 | 154 | 13 | 135 | 127 | 21 | 115 | 33 | 3592 | 4252 | |
| | VARIACION PORCENTUAL | 50.2 | 49.8 | 60 | 40 | 47 | 53 | 30.4 | 70 | 70 | 30 | 61 | 53 | 40.5 | 59 | 46.4 | 53.6 | 38 | 62 | 26.4 | 73.6 | 21.6 | 78.4 | 46.8 | 53.2 | 43.9 | 56.1 | 45 | 54.1 | 47.97 | 52 | 8.78 | 91.2 | 85.81 | 14.2 | 78 | 22.3 | 45.79 | 54.207 | |

ANEXO 3

REGISTRO DE RIESGOS

| N° | Riesgo | Tipo de Riesgo | Causas (Factores Interno y Externos) | Efectos |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Difusión de la normatividad de Control Interno, Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG. *"Normas de Control Interno"*, desconocimiento del personal | Riesgo Estratégico | No se ha difundido entre el personal la norma acotada | No se aplica en la entidad las Normas de Control Interno. |
| 2 | Código de Ética, código de conducta, Ley 27815 "Ley del Código de la Función Pública", debió estar aprobada y difundida entre el personal. | Riesgo Estratégico | No fue elaborado, aprobado y difundido entre el personal la norma acotada | El personal no practica el Código de Ética, y no se establecen una cultura organizacional, basada en principios y valores. |
| 3 | **Administración estratégica:** La entidad, debe establecer el cumplimiento y evaluación del POI y Plan Estratégico Institucional. | Riego Estratégico | No se ha difundido los avances del Plan Estratégico Institucional | La aplicación parcial del PEI., que es la base de la Misión de la entidad no se cumplirá con los objetivos y metas. |
| 4 | **Estructura organizacional, Competencia profesional, Asignación de autoridad y responsabilidad:** los documentos normativos de Gestión: Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional, Reglamento Interno de Trabajo, Organigrama, Reglamento de Organización y Funciones – ROF, Manual de Organización y Funciones – MOF, Manuales de Procedimientos Administrativos – MAPRO, Cuadro de Asignación de Personal – CAP, Presupuesto Analítico de Personal PAP y el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA, están desactualizados. | Riego Estratégico | No se ha actualizado las herramientas de gestión. | La aplicación de herramientas de gestión desactualizadas no permite al personal aplicar procesos en marcha y cumplir con los objetivos y metas deseadas. |
| 5 | **Administración de los recursos humanos:** debe de contar con procedimientos documentados para: Reclutamiento, Selección, Inducción, Desarrollo (capacitación), Evaluación, Registro, asimismo debe tener un plan de formación y capacitación de personal | Riesgo Operativo | El área usuaria no cuenta con procedimientos documentados. | El personal contratado no cuenta con un perfil de acorde con el puesto. |
| 6 | **Órgano de Control Institucional::** El OCI no cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros, se debe implementar oportunamente las recomendaciones formuladas. | Riego Operativo | Siendo el usuario área ambivalente (administrativa y funcional) no cuenta con personal y las recomendaciones formuladas se demoran en implementar. | Recomendaciones desfasadas por el tiempo trascurrido |
| 7 | Los Documentos de las Actividades de Control Gerencial, desactualizados | Riesgo Operativo | El área usuaria no aplica las NCI | Aplica normas generales en cada área de la entidad. |
| 8 | En el Sistema de Información y Comunicación, debe existir confiabilidad en la comunicación e información | Riesgo Operativo | El área usuaria no cuenta con planes operativos, manuales, instructivos; preservación de la información, Difusión de la Gestión, acceso a la información Publica | La toma de decisiones cuenta con errores y/o mal interpretadas |
| 9 | La Supervisión en la Entidad los procedimientos son nulos | Riesgo Operativo | Las áreas usuarias de la entidad no cuentan con un registro de evaluación y monitoreo, seguimiento. | Los resultados de supervisión y logros obtenidos, deben ser registrados para afirmar que existió monitoreo y control. |

ANEXO 4

MATRIZ DE RIESGO

| N° | Evaluación del Riesgo | | | | Respuesta al Riesgo | | | Riego Residual | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Impacto | | Nivel de Riesgo | | | | | | |
| | Nivel | Valor | Nivel | Valor | Respuesta | Actividades | Controles Necesarios | | |
| 1 | Moderado | 2 | Importante | 6 | Reducir | Efectuar capacitación al personal en temas de Normas de Control Interno | -Desarrollo de capacitaciones periódicas -Desarrollo analítico de NCI. | Moderado | Alta Dirección |
| 2 | Moderado | 2 | Importante | 6 | Reducir | -Establecer políticas de cultura organizacional en la entidad | -Elaborar lineamientos de Código de Ética y se implante en la entidad. | Moderado | Alta Dirección |
| 3 | Moderado | 2 | Importante | 4 | Reducir | -Difusión del avance del PEI en el portal WEB | -solicitar documentos sustentatorios que evidencien los hechos. | Moderado | Planificación y Presupuesto |
| 4 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Actualizar las Herramientas de gestión | -Solicitar documentos que sustenten su actualización. | Moderado | Planificación y Presupuesto |
| 5 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Establecer Procedimientos para el proceso de contratación y capacitación del personal | Elaborar Reglamentos, directivas, lineamientos | Moderado | Dirección de Administración I |
| 6 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Establecer responsabilidad funcional a servidores responsables de implementar las recomendaciones | -Solicitar y controlar las acciones que sustenten las recomendaciones implementadas a los responsables. | Moderado | Dirección de Administración |
| 7 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Establecer, Políticas, lineamientos de gerencia que conduzcan al buen desempeño de la entidad. | -Elaborar: Reglamentos, directivas, instructivos, de acuerdo al Estatuto vigente. | Moderado | Dirección de Administración |
| 8 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Establecer lineamientos que permitan la fluidez de la información | -Elaborar: Organigramas, avisos, publicación en el Portal WEB, mecanismos de información confiable de gestión, difusión de gestión institucional, archivo institucional adecuado. | Moderado | Dirección de Administración |
| 9 | Moderado | 2 | Moderado | 4 | Reducir | -Establecer mecanismos para fortalecer la supervisión en las áreas | -Elaborar un Registro de todas las supervisiones y correcciones | Moderado | Dirección de administración |

ANEXO 5

Matriz de Probabilidad e Impacto

| | | | Impacto | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 |
| | | | Leve | Moderado | Desastroso |
| Probabilidad | Probable | 3 | | 6 Riesgo Importante | |
| | Posible | 2 | | 4 Riesgo Moderado | |
| | Improbable | 1 | | | |