

# MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE VICTOR LARCO HERRERA

INFORME N°004-2017-CCI-MDVLH

## INFORME DE DIAGNOSTICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL VICTOR LARCO HERRERA.

**PARA** : Carlos Enrique Vásquez Llamo  
Alcalde de la MDVLH.

**DE** : José Gaspar Maldonado Vilela  
Presidente del Comité de Control Interno de la MDVLH.

**ASUNTO** : Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la MDVLH

**FECHA** : Víctor Larco, 13 de setiembre de 2017

---

### 1. ANTECEDENTES

#### 1.1 ORIGEN;

Con fecha 17 de abril de 2006, se promulgo la Ley n°28716 denominada Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, cuyo objeto es la de establecer las normas para regular la elaboración, aprobación, implementación, funcionamiento y evaluación del Control interno en dichas entidades, con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos, propendiendo al logro de los fines objetivos y metas institucionales.

El 30 de octubre.2006 la Contraloría General de la República emitió la resolución de contraloría n.°320-2006-CG, mediante la cual aprueba las Normas de Control Interno, las mismas que son de aplicación a las Entidades del Estado.

El 30 de octubre 2008 mediante RC N° 458-2009-CG, la Contraloría General de la República aprobó la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, en la cual se establece las fases del proceso de implementación del Sistema de Control Interno según como establece la normativa vigente, siendo estas:

FASE I :PLANIFICACIÓN: 3 Sub fases (Compromiso de la Alta Dirección, Diagnóstico y Plan de Trabajo);  
FASE II: EJECUCIÓN: 2 Sub fases (Implementación a nivel de Entidad e Implementación a nivel de Procesos);  
FASE III: EVALUACIÓN: 2 Sub fases (Evaluación a nivel de Entidad y/o Evaluación a nivel de Procesos).

La Municipalidad Distrital de Víctor Larco Herrera desde el año 2009; en cumplimiento de las disposiciones emitidas, dispuso la implementación del Sistema de Control interno, efectuando las actualizaciones del Compromiso de la Alta Dirección y las recomposiciones del Comité de Control Interno, considerando que hubo un periodo de inactividad en las entidades del Estado, debido a que en la normativa existente no precisaba las fechas para la implementación del Sistema de Control Interno, sumado a los diversos cambios de funcionarios designados como integrantes del Comité de Control Interno, quienes dejaron de laborar en la Municipalidad, durante dichos periodos.

El Comité de Control Interno ejecutó actividades preliminares de reuniones y coordinaciones como sigue:

- Suscripción del Acta de Compromiso N°001 para la implementación de control interno de fecha: 05 de agosto del 2014.

- Actualización de conformación de Comité; mediante Acta de Designación de fecha 06 de agosto de 2014.
- Suscripción de Actas Año 2014, 2015: Acta Nro. 1-2014 (13 de agosto de 2014), Acta Nro. 2-2014 (03 de noviembre de 2014), Acta Nro. 3-2014 (14 de noviembre de 2014), Acta Nro. 4-2014 (24 de diciembre de 2014), Acta Nro. 1-2015 (4 de marzo de 2015).

El Órgano de Control Institucional de la MDVLH. durante estos periodos efectuó la evaluación de la implementación del Control Interno, para lo cual aplicó la encuesta denominada "Formulario para la medición del nivel de madurez del Sistema de Control Interno" proponiendo recomendaciones que contribuyan a su ejecución.

El Titular, durante el año 2015 dispuso la conformación de la oficina de Implementación de Control Interno, encontrándose en proceso de formalización su incorporación en la Estructura Orgánica de la Entidad, considerando que se requiere modificar los documentos de gestión (ROF Y MOF) según lo que establece la Ley de Presupuesto n° 30372 del Sector Público para el año Fiscal 2016 aprobada el 30 de noviembre del 2015, en la Quincuagésima Tercera.

La Municipalidad al 31 diciembre 2015, culminó la FASE I: PLANIFICACIÓN: Sub fases (Compromiso de la Alta Dirección, Diagnóstico y Plan de Trabajo); en adecuación al Modelo Estándar Control Interno MECI y las resoluciones de contraloría n° 320-2006-CG y n°458-2009-CG, que aprobó la Guía para la implementación del Control Interno en las Entidades del Estado, lo que se evidenció con los siguientes documentos:

- La elaboración del Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la MDVLH.
- La elaboración del Plan de Trabajo para la Implementación del Control Interno en la MDVLH.
- Suscripción del Acta No 6-2015 de fecha 21 de Diciembre del 2015, por el Comité de Control Interno, aprobando el Informe del Diagnóstico de Control Interno y el Plan de Trabajo para la implementación del Control Interno en la MDVLH.
- Implementar el Sistema de Control Interno en la MDVLH. con la finalidad de prevenir riesgos de pérdidas; lograr la eficiencia, la eficacia y la economía; orientado al cumplimiento de las leyes y reglamentos, así como facilitar el acceso a la disponibilidad de información para realizar una adecuada rendición de cuentas.

## 1.2 OBJETIVO

Implementar el Sistema de Control Interno en la MDVLH. con la finalidad de prevenir riesgos de pérdidas; lograr la eficiencia, la eficacia y la economía; orientado al cumplimiento de las leyes y reglamentos, así como facilitar el acceso a la disponibilidad de información para realizar una adecuada rendición de cuentas.

## 1.3 ALCANCE

La implementación del Sistema de Control Interno se ha venido realizando, por todas las Unidades Orgánicas, Gerencias y Subgerencias comprendidas en la Estructura Orgánica de la Municipalidad Distrital Víctor Larco.

## 2. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- Ley N° 28716 publicado el 18.ABR.2006, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
- Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG publicada el 03.NOV.2006. que aprueba las Normas de Control Interno.
- Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG publicada el 30.OCT.2008, que aprueba la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado.
- Ley N° 29743 publicado el 09.Jul.2011, que modifica el Artículo 10° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades



- La Ley de Presupuesto N° 30372 del Sector Público para el año Fiscal 2016 aprobada el 30 de noviembre del 2015.
- La Directiva n°013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" aprobada por Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG
- La Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado "aprobada con Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, del 18.01.2017

### 3. OBJETIVO

- 3.1 Determinar la consistencia del Sistema de Control Interno en la Municipalidad Distrital Víctor Larco Herrera, por cada uno de sus componentes como son: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos; Actividades de Control Gerencial; Sistemas de información y comunicación y supervisión; en adecuación al Modelo Control Interno –Marco Integrado COSO y las resoluciones de contraloría n° 149-2016-CG y n°004-2017-CG.
- 3.2 Formular propuestas de control para el eficiente, transparente y adecuado ejercicio de la función pública en el uso de los recursos municipales. respecto de las Normas de Control Interno vigentes, aprobadas por la Contraloría General de la República.
- 3.3 Evaluar los controles establecidos a nivel de procesos y determinar las debilidades fortalezas y riesgos en los procesos de las unidades orgánicas de la MDVLH.

### 4. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

#### 4.1 ACTIVIDADES PREVIAS

La Municipalidad durante el periodo enero a diciembre del 2016 debido a las modificaciones en la normativa (Decreto Supremo N°394-2016-EF), dispuso acciones relacionadas con la implementación de Control Interno a nivel del CUMPLIMIENTO DE METAS, proceso que fue efectuado y culminado por la sub Gerencia de Contrataciones al 31 de diciembre 2016, quien reportó en el aplicativo "Sistema de Seguimiento y Evaluación del Sistema de Control Interno" las acciones dispuestas para el área de Contrataciones y según los instructivos diseñados para su cumplimiento, habiéndose culminado la fase de planificación al 100 %, siendo que al periodo 2017 se encuentra en proceso de ejecución la implementación del Control Interno en el Área de Logística, extendiéndose según cronograma dichas disposiciones al Área de Inversión y Presupuesto encontrándose en la fase inicial de Planificación. Las acciones efectuadas han sido consideradas como una fase del proceso de implementación del Sistema de Control Interno a nivel de Entidad; y la información resultante ha sido tomada en cuenta como insumo para la elaboración y actualización del presente Diagnostico.

El Comité de Control Interno, durante el periodo 2017, debido a que la Municipalidad contaba con un avance significativo de implementación (Fase de Planificación, concluida) consideró conveniente actualizar dicha información en función a la nueva Metodología: Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, aprobada mediante Resolución de Contraloría General de la Republica, n°004-2017-CG, del 18 de enero del 2017, encontrándose a la fecha dicho proceso concluido, habiéndose reestructurado y modificado después de efectuar un sinceramiento de información y de los documentos elaborados y aprobados por la Municipalidad con anterioridad, contándose entre otros con lo siguiente:

- Reconfiguración del Comité de Control Interno
- Programa de Trabajo para efectuar el Diagnostico del Control Interno en la MDVLH
- Proyecto de Reglamento del Comité de Control Interno
- Proyecto de Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno en la MDVLH, adecuado a la nueva metodología
- Proyecto de Plan de Trabajo para la Implementación del Control Interno en la MDVLH. adecuado a la nueva metodología.
- Proyecto del Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno en la MDVLH.



## 4.2 RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

La información para la elaboración del Diagnostico ha sido obtenida en (2) fases: La primera, que dio como resultado el Informe de Diagnostico emitido por el Comité de Control Interno al 31.12.2015 y la Segunda, cursada para los efectos de actualización del diagnóstico al 30.07.2017, según como se expone:

4.2.1. Se emiten los respectivos memorandos para recopilación de información y de la normativa interna vinculada con el control interno vigente (organigrama, manuales, directivas, políticas y normas legales) siendo estos:

- ✓ Memorando n°002-2015/GM-ICI, dirigido al Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización, José Santa Cruz Brenes
- ✓ Memorando n°003-2015/GM-ICI, dirigido a la sub Gerencia de recursos Humanos, Rogger Quiroz Zúñiga.
- ✓ Memorando n°004-2015/GM-ICI, dirigido a la Secretaria General de la MDVLH, Víctor Alvarado Rodríguez.
- ✓ Memorando n°006-2015/GM-ICI, dirigido al Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización, José Santa Cruz Brenes
- ✓ Memorando n°008-2015/GM-ICI, dirigido al sub Gerente de Tecnologías de la Información, Yony Salome Vera Toledo.
- ✓ Memorando n°001-2017/GM-CCI, dirigido a la sub Gerencia de Recursos Humanos, Rogger Quiroz Zúñiga.
- ✓ Memorando n°002-2017/GM-CCI, dirigido al Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización, José Santa Cruz Brenes
- ✓ Memorando n°003-2017/GM-CCI, dirigido a la sub Gerencia de recursos Humanos, Rogger Quiroz Zúñiga.
- ✓ Memorando n°004-2017/GM-CCI, dirigido a la Secretaria General de la MDVLH, Víctor Alvarado Rodríguez.
- ✓ Memorando n°005-2017/GM-CCI, dirigido al sub Gerente de Tecnologías de la Información, Yony Salome Vera Toledo.
- ✓ Memorando n°006-2017/GM-CCI, dirigido al Gerente de Administración y Finanzas, Palermo Lorenzo Vera Toledo.
- ✓ Memorando n°007-2017/GM-CCI, dirigido a la sub Gerencia de Contabilidad, Víctor Alva Kusakabe
- ✓ Memorando n°008-2017/GM-CCI, dirigido a la Sub Gerencia de Tesorería, Linda Bueno Tello



4.2.2. Se ha recopilado la información de tipo documental que corresponde a los documentos técnico normativos y de gestión institucional existentes, los que se encuentran insertados en el portal de Transparencia de la Municipalidad, así como en el aplicativo informático "Seguimiento y Evaluación del Sistema de Control Interno" de la Contraloría General de la República.

4.2.3 Se ha recopilado los resultados de los Informes de Auditoria emitidos por el Sistema Nacional de Control (Sociedades de Auditoria, Órgano de Control Institucional y Contraloría General de la Republica) en los cuales se evidencian riesgos de control interno, insumos que servirán para efectuar el diagnostico correspondiente.



## 4.3 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

4.3.1 Se ha realizado el análisis del estado situacional de los principales instrumentos de gestión de acuerdo al Marco Integrado de Control Interno - COSO establecido en la Directiva n° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" aprobada por Resolución de Contraloría n° 149-2016-CG, y la Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado "aprobada con Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG, del 18.01.2017, tomando en consideración lo manifestado por las respectivas unidades orgánicas responsables de la elaboración y evaluación de los documentos de gestión, con la finalidad de identificar las brechas y oportunidades de mejora que conduzcan al establecimiento de políticas y controles necesarios para la implementación y fortalecimiento del SCI.

4.3.2 La Metodología aplicada para efectuar el análisis de la información y la actualización del Diagnóstico y proceso de implementación del Sistema de Control Interno en la Municipalidad Distrital Víctor Larco Herrera se basó principalmente en:

- ✓ Elaboración de Proyectos de Encuestas de Percepción a realizar a las diferentes Unidades Orgánicas de la Municipalidad (personal operativo responsable de la ejecución de los procesos y actividades, así como a los Gerentes y Sub Gerentes), correspondientes a los componentes y sub componentes del Sistema de Control Interno, como son: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control Gerencial, Información y Comunicación y Supervisión, de acuerdo a los lineamientos propuestos en la RC n° 458-2008-CG, RC n° 004-2017-CG, como sigue:
  - 1° Encuesta: 46 preguntas; con respuestas "SI", o "NO", o "N/A", periodo 2015
  - 2° Encuesta: 60 preguntas; con respuestas "Nunca, Algunas veces, con frecuencia, Siempre, periodo 2017
  - 3° Encuesta de 63 preguntas: con respuestas "SI", o "NO", periodo 2017
  - 4° Encuesta de 21 preguntas: con respuestas "SI", o "NO", periodo 2017
- ✓ Aplicación de Encuestas de Percepción dirigida al personal de la entidad. (Alta Dirección, gerente, sub gerentes, jefes de oficina y servidores; como sigue:
  - Periodo 2015: 1 Encuesta (total de 30 trabajadores)
  - Periodo 2017: 2 Encuesta (total de 38 trabajadores)
  - Periodo 2017: 3 Encuesta (total de 04 trabajadores)
  - Periodo 2017: 4 Encuesta (total de 38 trabajadores)
- ✓ Se remitió una lista de verificación a los diversos niveles directivos, con la finalidad de validar y analizar los principales instrumentos de gestión en el marco de la Gestión por Resultados y respecto a los componentes del SCI como sigue:
  - Memorando n°004-2017/GM-CCI, dirigido al Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización, José Santa Cruz Brenes
  - Memorando n°005-2017/GM-CCI, dirigido a la sub Gerencia de Recursos Humanos, Rogger Quiroz Zúñiga.
  - Memorando n°006-2017/GM-CCI, dirigido a la sub Gerencia de Logística y Servicios Generales.
  - Memorando n°007-2017/GM-CCI, dirigido al sub Gerente de Tecnologías de la Información, Yony Salome Vera Toledo.
  - Memorando n°008-2017/GM-CCI, dirigido al sub Gerente de Tecnologías de la Información, Yony Salome Vera Toledo.
- ✓ Se efectuó la revisión preliminar de las actividades que desarrolla la entidad, con el fin de identificar los macro procesos, procesos y procedimientos que desarrollan las diversas unidades orgánicas en cumplimiento a las funciones que ejecutan y por ende determinar los procesos críticos.
- ✓ Se tomó en cuenta los resultados obtenidos en el Diagnóstico inicial, en donde se efectuó la concordancia del Sistema de Control Interno implementado en la Municipalidad, contrastado con las Normas de Control Interno aprobadas con la RC N°458-2008-CG, (Anexo N°04) lo que nos permitió evaluar la consistencia del Sistema de Control Interno existente en la entidad por cada componente



#### 4.4 IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA A NIVEL DE ENTIDAD

Con el desarrollo de la metodología establecida por la Resolución de Contraloría n° 004-2017-CG, se ha elaborado la respectiva Matriz de vinculación de los componentes del Sistema de Control Interno con los instrumentos o prácticas de gestión, determinándose brechas y oportunidades de mejora, así como riesgos probables, para lo cual se ha tratado de identificar si la entidad estableció políticas y normativas de control necesarias por cada componente; presentándose 56 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar el cumplimiento de los objetivos institucionales e impidan salvaguardar los recursos económicos y garantizar el adecuado funcionamiento organizacional de la entidad, (Tabla 1) y (Tabla 2)



Es de observar que dichos resultados son coincidentes con los obtenidos en el Diagnóstico inicial, en el cual se aplicó la metodología del Modelo Estándar del Control Interno: MECI, según como se muestra en la RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO POR COMPONENTES (Tabla 3), determinándose los rangos y la medición de los resultados identificándose las debilidades y fortalezas de los diversos procesos administrados por las Unidades Orgánicas de la Municipalidad Distrital de Víctor Larco H. las que deben ser tomadas en cuenta para la efectiva implantación del Sistema de Control Interno.



**TABLA N° 1**  
**MATRIZ DE VINCULACION DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
**DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE VICTOR LARCO HERRERA**

N°	SECCIONES	SUB TEMAS	TOTALES	NIVEL DE RIESGO					
				ALTO		MEDIO		BAJO	
				4-6	%	1-3	%	0	%
1	AMBIENTE DE CONTROL	FILOSOFÍA DE LA DIRECCIÓN	3	0	-	1	4	2	9
		INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS	6	0	-	4	17	2	9
		ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA	3	1	4	2	9	0	0
		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	3	1	4	2	9	0	-
		ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	2	0	-	2	9	0	-
		COMPETENCIA PROFESIONAL	4	3	13	1	4	0	-
		ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD	1	1	4	0	-	0	-
		ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	1	0	-	0	-	1	4.3
<b>SUBTOTAL</b>			<b>23</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>52</b>	<b>5</b>	<b>22</b>
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS	PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2	2	33	0	-	0	-
		IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	1	1	17	0	-	0	-
		VALORACIÓN DE LOS RIESGOS	1	1	17	0	-	0	-
		RESPUESTA AL RIESGO	2	2	33	0	-	0	-
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
4	ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN	4	3	23.08	1	8	0	-
		SEGREGACIÓN DE FUNCIONES	1	0	-	1	8	0	-
		EVALUACIÓN DE COSTO - BENEFICIO	1	0	-	0	-	1	8
		CONTROLES SOBRE EL ACCESO A LOS RECURSOS O ARCHIVOS	1	0	-	0	-	1	8
		VERIFICACIÓN Y CONCILIACIONES	2	0	-	1	8	1	8
		EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	1	0	-	1	8	0	-
		RENDICIÓN DE CUENTA	1	0	-	0	-	1	8
		CONTROLES PARA LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	2	1	8	1	8	0	-
<b>SUBTOTAL</b>			<b>13</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>31</b>
5	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD	1	1	8	0	-	0	-
		CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN	1	0	-	0	-	1	8
		SISTEMA DE INFORMACIÓN	1	0	-	0	-	1	8
		FLEXIBILIDAD AL CAMBIO	1	0	-	1	8	0	-
		ARCHIVO INSTITUCIONAL	1	0	-	1	8	0	-
		COMUNICACIÓN INTERNA	1	0	-	0	-	1	8
		COMUNICACIÓN EXTERNA	1	0	-	1	8	0	-
		CANALES DE COMUNICACIÓN	1	0	-	0	-	1	8
		ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO	2	0	-	2	17	0	-
		ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE RESULTADO	2	0	-	0	-	2	17
<b>SUBTOTAL</b>			<b>12</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>50</b>
6	SUPERVISIÓN	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO	1	0	-	1	50	0	-
		ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE RESULTADO	1	0	-	0	-	1	50
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
<b>TOTAL</b>			<b>56</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	<b>29</b>

FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO



**TABLA 2:**  
**PORCENTAJE (%) DEL NIVEL DE RIESGO POR COMPONENTES DEL SCI DE LA MUNICIPALIDAD**  
**DISTRITAL DE VICTOR LARCO H.**

COMPONENTE	NIVEL DE RIESGO				% NIVEL DE RIESGO				
	TOTAL	ALTO	MEDIO	BAJO	% TOTAL	% ALTO	% MEDIO	% ALTO/MEDIO	% BAJO
I. Ambiente de Control	23	6	12	5	100	26	52	78	22
II. Evaluación de Riesgos	6	6	0	0	100	100	0	100	0
III. Actividades de Control Gerencial	13	4	5	4	100	31	38	69	31
IV. Información y Comunicación	12	1	5	6	100	8	42	50	50
V. Supervisión	2	0	1	1	100	0	50	50	50
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO



**TABLA 3**  
**RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO POR COMPONENTES MODELO ESTÁNDAR DEL**  
**CONTROL INTERNO – MECI**

COMPONENTE	MEDICIÓN DE RESULTADOS	
	Valor	Grado de Desarrollo
I. Ambiente de Control	2.13	Intermedio
II. Evaluación de Riesgos	0.0	Incipiente
III. Actividades de Control	1.825	Inicial
IV. Información y Comunicación	1.533	Inicial
V. Supervisión	0.0	Incipiente
SCI MDVLH		

FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO

La determinación de brechas y oportunidades de mejora relacionadas con los diversos componentes del Control Interno se exponen como sigue:

#### 4.4.1 COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

Del análisis efectuado al comportamiento organizacional relacionado con el ejercicio de las prácticas, valores conductas y reglas que constituyen la cultura institucional, nos ha permitido evaluar la consistencia del sistema de control interno, bajo dos metodologías:

Según el Modelo Estándar del Control Interno: MECI: ha desarrollado un nivel INTERMEDIO de implementación con un indicador de madurez de 2.13, evidenciándose que la municipalidad si ha instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del sistema de control interno a la vez se ha empezado a generalizar el compromiso, pero este se manifiesta principalmente en la Alta Dirección lo que se evidencia en la: (Tabla 3)

Según la Metodología: R:C N°004-2017 aplicada en la Matriz de vinculación de los Componentes y sub componentes de Control Interno de la MDVLH; se ha determinado; según el análisis y las mediciones efectuadas que la municipalidad no obstante adoptó acciones de implementación del control respecto al comportamiento organizacional como es la elaboración de documentos de gestión de personal (ROF Y MOF, RIT) y a la implementación del control, sin embargo se observa que algunas acciones orientadas a fortalecer la estructura organizacional y a desarrollar las competencias profesionales de los servidores no han sido eficaces, debido a que a la fecha los documentos de gestión de personal (ROF Y MOF) se encuentran desactualizados y no se adecuan al nuevo perfil de competencias, que exige la Ley n° 30057, del Servicio Civil y su reglamento D.S. 040-2014-PCM. presentándose 23 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar tanto al desarrollo institucional, como al desempeño profesional de los servidores, reflejándose en sus subcomponentes (Tabla1); una ponderación del nivel de riesgo: ALTO:(6) MEDIO:(12) y BAJO:(5); cuyo resumen de porcentajes (Tabla 2) arroja el 78% de riesgo (ALTO/MEDIO) y 22% de riesgo (BAJO)



#### 1. IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA; siendo sus resultados:

Sub componente **FILOSOFIA DE LA DIRECCIÓN:** alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (2)**; es el que establece *"la disposición del Alcalde y los funcionarios municipales para fomentar el respeto y apoyo al control, actuando siempre con transparencia y buscando el logro de los objetivos"*; identificándose que la municipalidad fomenta el respeto y apoyo al Control Interno y ha establecido mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente, para garantizar que el funcionario responsable, mantenga actualizada la información registrada en el portal de Transparencia, demostrado en el hecho que el Órgano de Control Institucional efectúa verificación y monitoreo permanente a los procedimientos efectuados por los responsables del Portal de Transparencia, evidenciado en los resultados comunicados a la Entidad.

Sub componente **INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS;** alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (2)**; es el que establece *"como la gestión municipal debe distinguirse por el cumplimiento de los principios y valores éticos; así como la sanción oportuna de faltas y delitos cometidos"*; identificándose que los funcionarios y servidores municipales si conocen sobre los principios y valores éticos y que en algunos casos se encuentran motivados y comprometidos con los propósitos institucionales, Por otro lado se ha identificado que la Municipalidad tiene aprobado la mayoría de reglamentos internos del trabajador para los 3 regímenes de personal (D.L.n°276, D.L.n°728, y CAS); sin embargo éstos no están actualizados y/o adecuados al nuevo régimen de la Ley N° 30057, del Servicio Civil y su reglamento D.S. 040-2014-PCM.

Sub componente **ADMINISTRACIÓN ESTRATEGICA;** alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (0)**; es el que establece que *"La gestión municipal debe orientarse en función a objetivos determinados en un Plan Estratégico, el mismo que debe ejecutarse a través de planes operativos y del presupuesto anual"*, identificándose que la municipalidad tiene aprobados documentos de gestión estratégica; contando con un Plan Estratégico Institucional vigente del (2015 al 2018) y un Plan de Desarrollo Concertado vigente del (2012-2021)

Sub componente **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (0)**, es el que establece que "La estructura organizacional de la municipalidad y los documentos normativos de gestión derivados de ella, deben mantener coherencia respecto a la realidad y la misión institucional; deben adaptarse a los cambios y a los arreglos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales" determinándose que la municipalidad tiene aprobados la mayoría de documentos de gestión municipal como: manual de organización y funciones (MOF), reglamento de organización y funciones (ROF); cuadro de asignación de personal (CAP); presupuesto analítico de personal (PAP); Texto Único de Procedimientos Administrativos; manual de procedimientos administrativos (MAPRO). Sin embargo, los documentos de gestión municipal no se adecuan al perfil de competencias, ni han sido actualizados según normativa de SERVIR.

Sub componente **COMPETENCIA PROFESIONAL**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (0)**, indicando que; "La gestión municipal debe establecer los perfiles de competencias profesionales de cada cargo o puesto en la municipalidad, considerando la formación profesional necesaria, la experiencia Y la capacidad para tomar decisiones"; identificándose que se cuenta con:

- ✓ Cuadro de Asignación de Personal (CAP) el cual no está actualizado, siendo aprobado con Ordenanza Municipal n°009-2012-MDVLH
- ✓ Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO), aprobado con Resolución de Alcaldía n°276-2013-MDVLH.
- ✓ Ejecuta la selección del personal, de acuerdo a lo que establece la normativa para las contrataciones de personal, de cualquier tipo de Regímenes, sin embargo no cuenta con una Directiva expresa.

Sub componente **ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (1)**, determinándose que se cuenta con un Órgano de Control Institucional al cual, la entidad fortalece.

## 2. IDENTIFICACION DE RIESGO PROBABLE, obteniendo como resultado:

Sub componente **FILOSOFIA DE LA DIRECCIÓN** alcanzo un nivel de riesgo: **MEDIO (1)** evidenciándose que:

- ✓ No se cuenta con el Buzón de Sugerencias-Línea de Denuncias considerado como el indicador de la norma: Filosofía de la Dirección, existiendo un Buzón de reclamo relacionado al servicio de Limpieza Pública o Parques y Jardines, colgado en el portal Transparencia de la Entidad. (Gerencia de Servicios Públicos y Desarrollo Social).

Sub componente **INTEGRIDAD Y VALORES ETICOS** alcanzó un nivel de riesgo: **MEDIO (4)** evidenciándose que:

- ✓ La sub Gerencia de Recursos Humanos elaboró el proyecto del Código de Ética Municipal, el cual no ha sido aprobado por la Entidad, observándose en la encuesta aplicada que los funcionarios y servidores municipales hacen referencia a la existencia de un Código de Ética de la función pública, pero no conocen sus alcances ni su contenido.
- ✓ El desempeño laboral no está en función al perfil profesional, los servidores públicos no tienen conocimiento de temas importantes para la gestión municipal.
- ✓ No existe procedimientos documentados de evaluación de desempeño del personal.

Sub componente **ADMINISTRACIÓN ESTRATEGICA** alcanzó un nivel de riesgo **MEDIO (2)** y **ALTO (1)**

- ✓ No existe un área responsable de la planificación estratégica en la Entidad, siendo que se mantiene una cultura tradicional de corto plazo y la solución de problemas de día a día.
- ✓ No existen indicadores de gestión que permitan medir resultados efectos o impactos

Sub componente **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL** alcanzo un nivel de riesgo: **MEDIO (2)** y **ALTO (1)**, identificándose que:

- ✓ No se efectúa el rediseño organizacional y no se observa la real carga de trabajo de cada área.



- ✓ No se realiza una adecuada segregación de funciones
- ✓ Los documentos de gestión normativos no se adecuan al perfil de competencias, ni han sido actualizados según normativa de SERVIR, no respondiendo con efectividad a los desafíos de la misión y propósitos institucionales,

Sub componente **ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS** alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (2)*, es el que considera que *"las personas son el recurso más importante de las municipalidades, la gestión debe adoptar acciones para asegurar su desarrollo profesional y la vocación de servicio a la comunidad"*; identificándose que:

- ✓ No se cuenta con un Plan de Capacitación, se elaboró dos proyectos de capacitación los que no fueron aprobados, según como se refleja en los informes n°1434-2015-SGRRHH/MDVLH, e Informe n°187-2017-SGRRHH/MDVLH; para los periodos 2016 y 2017.
- ✓ No se cuenta con documentos que evidencien tener un compromiso para desarrollar programas de capacitación y de sensibilización dirigidos a profesionales competentes, que se encuentren alineados con los objetivos de la organización.
- ✓ No se cuenta con procedimientos de evaluación de personal.

Sub componente **COMPETENCIA PROFESIONAL**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)* y *ALTO (3)*, identificándose que.

- ✓ No se cuenta con un clasificador de cargos según como lo establece el artículo 4 de la Ley del Empleo Público, concordante con el ROF Y CAP.
- ✓ No se cuenta con directivas para la selección de personal.
- ✓ No se cuenta con el Plan de Desarrollo de Personas (PDP) adecuado a lo que establece la Ley del Servir.
- ✓ Los documentos de Gestión Municipal (CAP) y (MAPRO) no se adecuan al perfil de competencias, y no han sido actualizados según normativa de SERVIR.

Sub componente **ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD**, alcanzo un nivel de riesgo *ALTO (1)*, indica que; *"Se debe establecer claramente el nivel y límites de autoridad y responsabilidad que le corresponde a cada funcionario o servidor de la municipalidad"*; identificándose que:

- ✓ No se cuenta con un Manual de Perfiles de Puestos, en concordancia con la normativa emitida por la Ley Servir.

#### 4.4.2 COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

Según el Modelo Estándar del Control Interno: MECI: ha desarrollado un nivel *INCIPIENTE* de implementación con un indicador de madurez de 0 evidenciándose que la municipalidad no ha implementado ningún proceso relacionado con la identificación y administración de riesgos; lo que se evidencia en la (TABLA N° 03)

Según la Metodología; R:C N° 004-2017 aplicada en la Matriz de vinculación de los componentes y sub componentes de Control Interno, se ha determinado; según el análisis y las mediciones efectuadas que la municipalidad no obstante adopto acciones de implementación del control respecto a determinar e identificar algunos riesgos vinculados al entorno de la entidad y a los aspectos de la organización que puedan afectar las políticas y estrategias de la entidad, presentándose 06 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar tanto al desarrollo institucional, como afectar las políticas y estrategias de la entidad, reflejándose en sus subcomponentes (Tabla1); una ponderación del nivel de riesgo: ALTO:(6) MEDIO:(0) y BAJO (:0); cuyo resumen de porcentajes (Tabla 2) arroja el 100 % de riesgo (ALTO/MEDIO) y 0 % de riesgo (BAJO)

### 1. IDENTIFICACION DE BRECHAS, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RIESGOS PROBABLES

Se ha determinado; que aún no se ha implementado o mejorado controles; para su identificación y administración de los mismos a nivel de Entidad; presentándose un nivel de riesgo ALTO ascendente al 100%, de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar al desarrollo de las operaciones y/o actividades; afectando la eficiencia en los procesos e impidiendo corregir las desviaciones. Dicha situación se ve reflejada en la Matriz de Vinculación (Tabla 1 y 2)

Es conveniente mencionar que el Área de Contrataciones; en aplicación al Decreto Supremo N°394-2016-EF, dispuso acciones relacionadas con la implementación de Control Interno para cumplimiento de metas (META 28), habiéndose identificado un total de 93 riesgos, lo cual fue reportado en el Informe n°1124-201-SGLYSG-GAF de fecha 31 de agosto de 2016 y aplicativo "Sistema de Seguimiento y Evaluación del Sistema de Control Interno", encontrándose en proceso de ejecución su tratamiento y atención (fase de planeamiento y administración de riesgos).

Los resultados del análisis efectuado en el presente componente se reflejan como sigue:

Sub componente, **PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**, alcanzo un nivel de riesgo: *ALTO (2)*, precisándose que; *"Es la necesidad de elaborar un plan para conocer los riesgos que podrían afectar la gestión, valorarlos adecuadamente y adoptar acciones preventivas para minimizar sus posibles efectos. La opción más apropiada en el manejo de riesgos incluye evitarlos, reducirlos, compartirlos"*; identificándose que:

- ✓ No se cuenta con un Plan de Gestión de Riesgos incorporado en el Plan Estratégico Institucional y que considere Presupuesto, cronograma de actividades, prioridades, plantillas de categorías de riesgo, niveles de riesgo, probabilidad por tipo de riesgo, impacto por tipo de objetivo y la matriz de probabilidad de impacto. De acuerdo a la Guía Metodológica de la CGR
- ✓ No se cuenta con un equipo multidisciplinario que diseñe un Plan de Gestión de Riesgo en toda la Entidad.

Sub componente, **IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS**, alcanzo un nivel de riesgo: *ALTO (1)*, precisándose que; *"El riesgo comprende barreras que se imponen a la organización en su crecimiento o inclusive para su supervivencia. Los riesgos deben ser claramente identificados y esto se realiza mediante un mapeo de riesgos que incluye la especificación de los procesos claves de la organización, la identificación de los objetivos generales y particulares, y las amenazas y riesgos que pueden impedir que estos se cumplan"*; observándose que:

- ✓ No se identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización; desconociendo cómo se debe gestionar.

Sub componente **VALORACIÓN DE LOS RIESGOS**, alcanzo un nivel de riesgo: *ALTO (1)* y es el que *"Consiste en la medición de los posibles impactos y consecuencias de los riesgos identificados en función a su posibilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de cada uno. Esta medición permite tener un nivel aceptable del riesgo en la entidad"*; identificándose que:

- ✓ No se considera los posibles impactos y consecuencias al identificar los riesgos en función a su ocurrencia.

Sub componente **RESPUESTA AL RIESGO**, alcanzo un nivel de riesgo: *ALTO (2)* y es el que; *"Consiste en la medición de los posibles impactos y consecuencias de los riesgos identificados en función a su posibilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de cada uno. Esta medición permite tener un nivel aceptable del riesgo en la entidad"*; observándose que:

- ✓ No se identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al Sistema de Control Interno.
- ✓ No se ha establecido respuestas al Riesgo.

#### 4.4.3 COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

Según el Modelo Estándar del Control Interno: MECI: ha desarrollado un nivel INICIAL de implementación con un indicador de madurez de 1.825 , lo cual se ve reflejado en la implementación parcial del Control Interno y en logro de algunos de sus objetivos institucionales, lo que se evidencia en la (TABLA N° 03)



Según la Metodología : R:C N° 004-2017 aplicada en la Matriz de vinculación de los componentes y sub componentes de Control Interno; se ha determinado; según el análisis y las mediciones efectuadas que la municipalidad adopto algunas acciones para que sus actividades, tareas y/o procesos cumplan con el logro de los objetivos institucionales, siendo que aún no existen controles diseñados para su funcionamiento, así como procedimientos documentados y aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación, presentándose 13 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar el desarrollo de las operaciones, el cumplimiento de los objetivos e inducir a los trabajadores a la utilización de malas prácticas en perjuicio tanto de la población como de la Entidad, reflejándose en sus subcomponentes (Tabla1); una ponderación del nivel de riesgo: ALTO:(4) MEDIO:(5) y BAJO (:4); cuyo resumen de porcentajes (Tabla 2 ) arroja el 69 % de riesgo (ALTO/MEDIO) y 31% de riesgo (BAJO)

## 1. IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA; se ha determinado los siguientes resultados

Sub componente **EVALUACIÓN COSTO - BENEFICIO**, alcanzo un nivel de riesgo: *BAJO* (1), es el que establece que *"Se debe evaluar que la implementación de un procedimiento de control, sea factible y resulte conveniente en relación con el logro de los objetivos"*, identificándose que la Municipalidad ha determinado la estructura de costos para cobranza de arbitrios según Ordenanza Municipal n°009-2014-MDVLH. Sin embargo estas no se han actualizado; ni se ha establecido lineamientos de evaluación costo- beneficio, por cada proceso, actividad o tarea relacionada a la prestación de los servicios municipales y no se ha realizado estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos, están de acuerdo a los resultados esperados.

Sub componente **CONTROLES SOBRE EL ACCESO A LOS RECURSOS O ARCHIVOS**, alcanzo un nivel de riesgo: *BAJO* (1) es el que establece que *"Los recursos o archivos de valor deben ser debidamente custodiados, limitándose su acceso a personal autorizado y estableciendo controles para su custodia"* identificándose que la Municipalidad, en las áreas administrativas y financieras ha determinado procedimientos de control y custodia de dichos recursos como; actas de verificaciones, inventarios, etc. Sin embargo no se ha establecido una normativa de control que regule el uso de los mismos su custodia y determine el valor en el tiempo de los archivos.



Sub componente **VERIFICACIÓN Y CONCILIACIONES**, alcanzo un nivel de riesgo: *BAJO* (1), es el que establece que *"Los funcionarios deben realizar acciones de comprobación antes, durante y después de realizar alguna acción o tomar una decisión"*, identificándose que la Municipalidad, realiza las respectivas verificaciones y conciliaciones de los registros contables y patrimoniales. Sin embargo no se ha diseñado procedimientos documentados y aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.

Sub componente **RENDICIÓN DE CUENTAS**; alcanzo un nivel de riesgo: *BAJO* (1), es el que establece como *"La obligación que tiene toda autoridad, o funcionario o servidor público, de dar información oportuna y veraz sobre su gestión, tanto en términos de ejecución presupuestal como del logro de los objetivos institucionales"* identificándose que la Municipalidad cumple con dar información oportuna sobre la gestión, tanto en términos de ejecución presupuestal, contable, así como respecto a las presentaciones de las declaraciones juradas de bienes y rentas; rendición de cuenta del Titular, presentación de estados financieros y presupuestarios al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y a la Dirección del Presupuesto Público (DPP). Sin embargo no existen registros de cumplimiento y/o archivos documentarios que permita evidenciar y sustentar dichos procesos.

## 2. IDENTIFICACION DE RIESGO PROBABLE, obteniendo como resultado:

Sub componente **PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO* (1) y *ALTO* (3) y es el que; *"Trata de establecer y asignar por escrito la responsabilidad para autorizar y aprobar las tareas, actividades o procesos propios de la gestión municipal"* identificándose que:

- ✓ El Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO) no se adecua al perfil de competencias según normativa de SERVIR.
- ✓ Los Proyectos de Directivas que aprueban los procedimientos de contrataciones y adquisiciones (estudio de mercado, análisis de precios, convocatoria, selección y otorgamiento de buena pro, suscripción de contrato, etc.) no se encuentran aprobados.

- ✓ El personal encargado de contrataciones y adquisiciones, así como los representantes de los comités especiales, no se encuentran debidamente certificados y actualizada su vigencia

Sub componente **SEGREGACION DE FUNCIONES**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)*, y "Consiste en distribuir funciones entre el personal de tal forma que el control de las etapas claves en un proceso, actividad o tarea no se concentre en una sola persona" identificándose que:

- ✓ La Municipalidad ha establecido y asignado tareas y funciones en forma individual a los servidores; algunas áreas no han definido sus funciones en los Manuales de Procedimientos.
- ✓ No se cuenta con manuales o procedimientos para la segregación de funciones en las áreas administrativas y financieras, procesos de contrataciones ya adquisiciones, planeamiento, Presupuesto e Inversiones y otras que desarrollen actividades para cumplimiento de objetivos institucionales (Logística, Presupuesto y Planificación, Administración Tributaria, Gerencia de Desarrollo Social, etc.)

Sub componente **VERIFICACIÓN Y CONCILIACIONES** alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)*

- ✓ No se cuenta con inventarios de verificaciones y conciliaciones de los procesos críticos y los que se encuentran a cargo de la Alta Dirección.

Sub componente **EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)*, es el que precisa que; "La Entidad efectúa la evaluación del desempeño en base a los planes organizacionales y disposiciones de normativas vigente" identificándose que:

- ✓ No se efectúa la evaluación del desempeño de los trabajadores en base a los planes organizacionales y disposiciones de normativas vigente"

Sub componente **CONTROLES PARA LA TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)* y *ALTO (1)* y es el que "Proporciona aseguramiento relacionado con la fiabilidad de la información y de los servicios de información, ayudando a mitigar los riesgos asociados con el uso de las tecnologías en las municipalidades, para lo cual se deberán establecer controles a los sistemas informáticos y a las Tecnologías de Información y Comunicaciones - TICs en las municipalidades" identificándose que:

- ✓ No se define y desarrolla actividades de control a nivel de Organización sobre Tecnología para apoyar la consecución de los objetivos
- ✓ No se cuenta con políticas de Control Interno sobre Tecnología y las lleva a la práctica.



**4.4.4 COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**, se ha determinado los siguientes resultados:

Según el Modelo Estándar del Control Interno MECI: ha desarrollado un nivel INICIAL de implementación con un indicador de madurez de 1.533 lo cual se ve reflejado en la (TABLA N° 03), evidenciado en que no se cuenta con políticas y *procedimientos* que garanticen el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, no se diseña evalúa e implementa mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información, así como no se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información, registrándose los reclamos o inquietudes para priorizar las mejoras, presentándose las siguientes:

Según la Metodología; R:C N° 004-2017 aplicada en la Matriz de vinculación de los componentes y sub componentes de Control Interno; se ha determinado; según el análisis y las mediciones efectuadas que la municipalidad adopto algunas acciones orientadas a implementar controles necesarios para que la información sea de calidad, suficiente e integrada y se cumpla con el logro de los objetivos institucionales; sin embargo no existen procedimientos documentados y aprobados sobre mecanismos de comunicación e información, ni se ha diseñado políticas para la preservación y conservación de los archivos; presentándose 12 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar, el cumplimiento de los objetivos e impedir la fluidez de la comunicación y transparencia entre la municipalidad, los trabajadores y la población reflejándose en sus subcomponentes (Tabla1); una ponderación del nivel de riesgo: ALTO:(1) MEDIO:(5) y BAJO (:6); cuyo resumen de porcentajes (Tabla 2 ) arroja el 50% de riesgo (ALTO/MEDIO) y 50% de riesgo (BAJO )

## 1. IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA: siendo sus resultados:

Sub componente **CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (1)**; es el que establece que "La información interna y externa que maneja la entidad en el desarrollo de sus actividades debe ser útil, oportuna y confiable." identificándose que la Municipalidad maneja una información útil, oportuna y confiable en el desarrollo de sus actividades. Sin embargo se deben diseñar procedimientos para cada actividad, tarea y /o proceso, estableciendo mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica (instructivos, reglamentos, memorandos, etc.)

Sub componente **SISTEMA DE INFORMACIÓN**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (1)**; es el que establece que "Los Sistemas de Información deberán estar integrados a un solo sistema, el cual deberá ajustarse a las necesidades de sus actividades."; identificándose que la entidad cuenta con el Sistema Integrado de Gobierno Electrónico Local (SIGOBEL) incorporando el Sistema de Tramite Documentario, de Personal, Abastecimiento y Tesorería; con el Sistema de Administración Tributaria.(SIAF), sin embargo se deben elaborar normas internas que regulen los procedimientos en el uso de los mismos.

Sub componente **COMUNICACIÓN INTERNA**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (1)**, precisa que "La Entidad debe contar con mecanismos y procedimientos para la comunicación de información a las diversas áreas, relacionadas con sus actividades y tareas"; identificándose que la Municipalidad cuenta con procedimientos de comunicación interna como correos electrónicos, (SPARK), uso de celulares para funcionarios y áreas estratégicas, memorandos, Informes, etc. Sin embargo se necesita elaborar mecanismos normativos para el uso de comunicación (internet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos) así como la presentación de denuncia de actos indebidos.

Sub componente **CANALES DE COMUNICACIÓN**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (1)**, precisa que "Debe permitirse que la información fluya de manera clara, ordenada y oportuna, se encuentra comprendidos en los memorandos, paneles informativos, boletines y revistas (Documento de establecimiento de canales de comunicación con la población: correo electrónico, murales, boletines, etc.)", identificándose que la Municipalidad cuenta con documentación interna y externa, existiendo canales de comunicación con la población, como correo electrónico, murales, boletines, etc. Sin embargo se necesita elaborar reglamentos para el uso de documentación interna y externa por niveles y jerarquías.

Sub componente **ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y DE RESULTADOS**, alcanzo un nivel de riesgo: **BAJO (2)**, precisando que "La Entidad debe contar con mecanismos y procedimientos para la comunicación de información a las diversas áreas, relacionadas con sus actividades y tareas"; identificándose que la Municipalidad cuenta con registros de evaluación de eficacia de acciones correctivas dispuestas, así como registros de seguimientos de recomendaciones de auditoría.

## 2. IDENTIFICACION DE RIESGO PROBABLE; obteniéndose los siguientes resultados

Sub componente **INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD** alcanzo un nivel de riesgo: **ALTO (1)** y precisa que "Los Titulares y Funcionarios deben identificar las necesidades de información de todos los procesos, implementando todos los controles necesarios en las áreas correspondientes"; identificándose que:

- ✓ La información obtenida relacionada con procedimientos normativos no es de calidad para apoyar el funcionamiento del Control Interno

Sub componente **FLEXIBILIDAD AL CAMBIO**, alcanzo un nivel de riesgo: **MEDIO (1)**, precisa que "Los Sistemas de Información deberán ser revisados periódicamente y de ser necesario se rediseñaran para asegurar su adecuado funcionamiento" identificándose que:

- ✓ No se revisa, ni se rediseña periódicamente el adecuado funcionamiento de los Sistema de Información, para lograr la eficiencia.

Sub componente **ARCHIVO INSTITUCIONAL**, alcanzo un nivel de riesgo: **MEDIO (1)**, precisa que "La Administración de los documentos e información se realiza de acuerdo con las políticas y procedimientos



establecidos para su preservación y conservación (archivos electrónicos, magnéticos y físicos)" identificándose que:

- ✓ No se cuenta con políticas y procedimientos establecidos, para la preservación y conservación de los archivos.

Sub componente **COMUNICACIÓN EXTERNA**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)*, precisando que "La Entidad cuenta con mecanismos y procedimientos adecuados para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)" identificándose que:

- ✓ No existe procedimientos de comunicación externa normados que garantice la adecuada prestación del servicio, la satisfacción del usuario y el funcionamiento del Control Interno.

Sub componente **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (2)* precisando que "Se debe efectuar sobre los diferentes documentos de gestión, operativos o de control que regulen y sustenten el desarrollo de las actividades para asegurar de que los objetivos institucionales y los relacionados con el control interno se cumplan. Instructivos de trabajo" identificándose que:

- ✓ No existe registro de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, etc.
- ✓ No existe actas de revisión de avance de ejecución de Plan Estratégico (objetivos, indicadores estratégicos, etc.

#### 4.4.5 COMPONENTE: SUPERVISIÓN, se ha determinado los siguientes resultados:

Según el Modelo Estándar del Control Interno: MECI: ha desarrollado un nivel **INCIPIENTE** de implementación con un indicador de madurez de 0, lo cual se ve reflejado en la (TABLA N° 03), evidenciado en que no se cuenta con políticas y directivas para la prevención, supervisión y monitoreo de los procesos y operaciones que realiza la municipalidad, a fin de detectar con oportunidad, distorsiones, riesgos o problemas que se deben corregir o superar para el cumplimiento de los objetivos.

Según la Metodología; R:C N° 004-2017 aplicada en la Matriz de vinculación de los componentes y subcomponentes de Control Interno, se ha determinado; según el análisis y las mediciones efectuadas que la municipalidad no adopto acciones orientadas a realizar evaluaciones continuas para determinar si los componentes de Control Interno están presentes y en funcionamiento; presentándose 2 riesgos de ocurrencia de eventos que pueden perjudicar el cumplimiento de los objetivos, reflejándose en sus subcomponentes (Tabla1); una ponderación del nivel de riesgo: ALTO:(0) MEDIO:(1) y BAJO (:1); cuyo resumen de porcentajes (Tabla 2) arroja el 50% de riesgo (ALTO/MEDIO) y 50% de riesgo (BAJO).

#### 1. IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Sub componente **ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE RESULTADOS**, alcanzo un nivel de riesgo: *BAJO (1)*, mediante el cual "Se evalúa y comunica las deficiencias de Control Interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección"; identificándose que la Municipalidad evalúa y comunica las deficiencias de Control Interno en forma oportuna a los responsables de aplicar las Medidas Correctivas.

#### 2. IDENTIFICACION DE RIESGO PROBABLE

Sub componente **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO**, alcanzo un nivel de riesgo: *MEDIO (1)*, Indicando que "Se desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes de Control Interno están presentes y en funcionamiento" identificándose que:

- ✓ No se realizan evaluaciones continuas para determinar si los componentes de Control interno están presentes y en funcionamiento.



#### 4.5 IDENTIFICACION DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA A NIVEL DE PROCESOS O UNIDADES ORGANICAS

La Municipalidad a la fecha no ha identificado brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas, debido a que aún no tiene identificados sus procesos, sin embargo si ha definido sus actividades, tareas y procedimientos para las ejecución de algunas operaciones; encontrándose pendiente el desarrollo de dichos controles según como precisa la Metodología; R:C N° 004-2017 orientada a:

- ✓ Identificar los puntos críticos de riesgo operativo del proceso
- ✓ Evaluar las tres "E"(eficiencia, eficacia y economía)de la entidad sobre la base de objetivos estratégicos institucionales
- ✓ Identificar y proponer acciones preventivas de la ocurrencia de eventos no deseados (riesgos) y que sean preponderantes sobre los correctivos
- ✓ Promover la adopción de mejoras evitando su proliferación
- ✓ Proponer mecanismos de autocontrol y autoevaluación

#### 5. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Del diagnóstico efectuado al Sistema de Control Interno, según como precisa la Metodología; R:C N° 004-2017 se ha determinado los aspectos a implementar, identificándolos como prioritarios para el logro de los objetivos institucionales, determinándose las acciones a realizar para el cierre de cada brecha identificada, plasmándolo en el respectivo Plan de Trabajo de la MDVLH (Anexo 2)

Los aspectos a implementar coinciden con las propuestas planteadas en el diagnóstico inicial, efectuado de acuerdo a la metodología del Modelo Estándar del Control Interno: MECI, en el cual se obtuvo conocimiento de la realidad, su problemática, fortalezas y debilidades del SIC; según como se muestra en el MARCO DE ANALISIS DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL VICTOR LARCO HERRERA, anexos 4 y 5, en los cuales se refleja los riesgos, debilidades, carencia o limitado desarrollo, detectado tanto en las actividades como en los procesos.

Dichos aspectos se presentan como sigue:

#### AMBIENTE DE CONTROL

#### FILOSOFIA DE LA DIRECCIÓN

1. Elaborar un Plan de Sensibilización y Capacitación de Control Interno
2. Efectuar supervisión y monitoreo al área responsable del Portal de Transparencia, cautelando la organización de sus archivos, el cumplimiento oportuno en los plazos de respuesta y la actualización permanente de las publicaciones en el Portal Web
3. Disponer la instalación de un Buzón de sugerencias en los locales municipales que efectúen atención al Público.
4. Disponer la ampliación en el Portal Web del Buzón de reclamos para Limpieza Pública, a las demás áreas de atención al ciudadano consideradas como críticas.

#### INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS

5. Elaboración de un Código de Ética, alineado al proceso de Modernización del Estado adecuado al desempeño de funciones de los servidores municipales, debidamente aprobado y difundido
6. Establecer mecanismos de sensibilización permanente en Ética Pública, así como directrices para que los jefes, directores de áreas y funcionarios instruyan a su personal sobre el comportamiento que esperan de su trabajo.
7. Elaboración de documentos que regulen el comportamiento laboral de los servidores y funcionarios adecuándose lo que establece el nuevo régimen de Servicio Civil, como:
  - Registro de sanciones, de destitución y despido actualizado
  - Declaración jurada de sujeción al código de Ética incluida en el legajo de los funcionarios y servidores públicos.



## **ADMINISTRACIÓN ESTRATEGICA.**

8. Actualización y Revisión del Plan Estratégico Municipal y del Plan de Desarrollo Concertado-PDC (2012 - 2021), debiendo alinearse a la visión y misión de la entidad y a la política de Gobierno Local.
9. Elaborar indicadores de gestión que permitan medir resultados efectos o impactos.

## **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

10. Elaborar el Mapa de Procesos (Diagramas y fichas Técnicas), para desarrollar actividades prioritarias y adecuadas a la nueva Ley de Servir
11. Elaborar el Manual de Perfiles de Puestos, adecuado a la nueva Ley de Servir .
12. Elaborar Manuales de gestión de procesos y procedimientos, adecuado a la nueva Ley de Servir .
13. Elaborar el Reglamento de Organización y Funciones, adecuado a la nueva Ley de Servir .
14. Elaborar la Estructura Orgánica - Organigrama de la entidad.

## **ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**

15. Elaborar el Plan de Capacitación Institucional, cuyo objetivo es identificar las necesidades de capacitación que incluya competencias, conocimientos y habilidades funcionales para mejorar el desempeño y coadyuvar al desarrollo laboral de los trabajadores.
16. Elaborar el Plan de Evaluación y Desempeño del Personal, debidamente aprobado

## **COMPETENCIA PROFESIONAL.**

17. Elaboración de un Clasificador de Cargos, en concordancia el artículo 4 de la Ley del Empleo Público.
18. Elaboración de una Directiva que regule la selección del personal para los diferentes regímenes.
19. Conformar el Comité de elaboración del Plan de Desarrollo de Personas (PDP) de la Municipalidad Distrital de Víctor Larco Herrera.
20. Elaborar el Plan de Desarrollo de Personas (PDP) Quinquenal 2017-2022.
21. Elaborar el Plan de Desarrollo de Personas (PDP) Anualizado 2017, tiene como objetivo mejorar las acciones de capacitación y evaluación, conforme a lo establecido por la directiva de SERVIR. donde se incluya capacitaciones referidas a la formación profesional y la formación laboral conteniendo temas de Ética, Transparencia, contrataciones y gestión pública, etc., para los trabajadores y autoridades de la Municipalidad.



## **ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD**

22. Se deberá elaborar un Manual de Perfil de Puestos, en concordancia con la Ley de Servir.

## **ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL**

23. Fortalecimiento del Control Institucional

## **EVALUACIÓN DE RIESGOS**

### **PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**

24. Elaboración y diseño de un Plan de Gestión de Riesgos incorporado en el Plan Estratégico Institucional, que contenga Presupuesto, cronograma de actividades, prioridades, plantillas de categorías de riesgo, niveles de riesgo, probabilidad por tipo de riesgo, impacto por tipo de objetivo y la matriz de probabilidad de impacto. De acuerdo a la Guía Metodológica de la CGR
25. Registros de identificación de riesgos
26. Diseño de un inventario de riesgos
27. Conformar un equipo multidisciplinario que diseñe un Plan de Gestión de Riesgo

### **IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS**

28. Elaboración de un registro de identificación de riesgos
29. Diseño de un inventario de riesgos

## VALORACIÓN DE LOS RIESGOS

30. Elaborar un registro de identificación y valoración de impactos.

## RESPUESTA AL RIESGO

31. Elaborar un Plan de contingencia para administrar Riesgos.

## ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

### PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN

32. Revisar y reestructurar el Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO), adecuado a la normativa del Servir.
33. Elaborar y aprobar directivas que regulen los procedimientos de contratación.
34. Efectuar las verificaciones de las certificaciones con vigencia actualizada del personal encargado de Contracciones y Adquisiciones y los representantes de los Comités Especiales.
35. Designación de los responsables por cada Gerencia / sub Gerencia / División o Unidad, para la identificación y determinación de sus proceso Identificación de los proceso y actividades ejecutados por la Municipalidad y alineándolos con los objetivos Institucionales

### SEGREGACIÓN DE FUNCIONES

Elaborar Directivas que consignen procedimientos para la segregación de funciones en la Municipalidad.

### EVALUACIÓN COSTO - BENEFICIO

36. Establecer lineamientos de evaluación costo- beneficio, por cada proceso, actividad o tarea relacionada a la prestación de los servicios municipales.
37. Realizar estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos, están de acuerdo a los resultados esperados.

### CONTROLES SOBRE EL ACCESO A LOS RECURSOS O ARCHIVOS

38. Conformar un Equipo de Trabajo que revise en conjunto las disposiciones emitidas por la MDVLH relacionadas al control de los recursos de la MDVLH (como son bienes, dinero, información y archivo) determinando los aspectos que faltan regular. Aplicando la tecnología de la información para apoyar en los controles y sistematizarlos.

### VERIFICACIÓN Y CONCILIACIONES

39. Diseñar procedimientos documentados y aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.
40. Diseñar reportes de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones u otros actos de verificación, de información.
41. Efectuar verificaciones y/o conciliación de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueo de cajas, inventarios físicos.

### EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

42. Establecer indicadores de medición de los procesos, procedimientos, actividades o tareas
43. Efectuar registro y seguimientos de indicadores de desempeño del Plan Estratégico y el Plan Operativo.

### RENDICIÓN DE CUENTAS

44. Elaborar un registro de cumplimiento y/o archivos documentarios que permita evidenciar y sustentar dichos procesos.
45. Elaborar un registro de cumplimiento en la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas por parte del personal obligado.



46. Elaborar un registro de Cumplimiento de la presentación de Información para la elaboración de la Cuenta General de la Republica.

## **CONTROLES PARA LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES**

47. Elaborar un documento autorizado para uso del Sistema de Gobierno Electrónico Local (SIGOBEL)
48. Elaborar un Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI y su evaluación (Contingencias)
49. Elaborar Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la entidad, en cuento al buen uso de las tecnologías de la Información y Comunicación y Seguridad de la Información
50. Elaborar Normas para el uso y conservación de los medios físicos y las computadoras personales (PC) y periféricos.
51. Elaborar reportes de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la Entidad.
52. Elaborar un registro de revisiones periódicas
53. Elaborar un Plan de Contingencia Informático
54. Elaborar un Plan Operativo Informático y Guía de elaboración
55. Elaborar Políticas, Directivas o Manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica
56. Elaborar registro de implementación de propuestas de mejora de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.
57. Elaborar informes o reportes de las revisiones efectuadas a los procesos, procedimientos, actividades y tareas.

## **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

### **INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD**

58. Elaborar directivas, reglamentos alineados a los requerimientos de la Ley de Servir, respecto a los documentos de gestión

### **CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN**

59. Diseñar procedimientos para cada actividad, tarea y /o proceso, estableciendo mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica (instructivos, reglamentos, memorandos, etc.)

### **SISTEMA DE INFORMACIÓN**

60. Elaborar normas que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.

### **FLEXIBILIDAD AL CAMBIO**

61. Elaborar registro de revisión periódica de los Sistemas de Información para detectar deficiencias en sus procesos y productos, y cuando ocurren cambios en el entorno o el ambiente interno de la organización
62. Elaborar registro de implementación de mejoras productos del cambio de la normativa, reclamos o pedidos de los usuarios.
63. Elaborar registro de Actividades del Proceso de implementación progresiva del manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la Administración pública, según resolución n°001-2015-PCM-SGP.
64. Elaborar un Informe de satisfacción del usuario/ ciudadano

### **ARCHIVO INSTITUCIONAL**

65. Elaborar procedimientos para la administración del Archivo Institucional.
66. Elaborar un Plan Anual del Trabajo Archivístico Directiva n°003-2008-AGN/DNDAAI)
67. Adecuar un Ambiente de Archivo Institucional adecuados
68. Preservar la Información en medios físicos (archivos argumentados y/o digitales)
69. Elaborar una normativa Interna sobre préstamos de documentación del archivo y transferencia de la documentación al archivo.



## **COMUNICACIÓN INTERNA**

70. Elaborar normas para la administración y uso de internet y correo electrónico así como los medios que faciliten la comunicación interna, como intranet, boletines, revistas, folletos, periódicos murales de conocimientos de los funcionarios y servidores públicos, los cuales deben estar debidamente actualizados.
71. Elaborar mecanismos para la denuncia de actos indebidos.

## **COMUNICACIÓN EXTERNA**

72. Elaborar informes de reclamaciones de usuario
73. Elaborar normas para regular la actualización del portal web y el portal de transparencia
74. Elaborar procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública)

## **CANALES DE COMUNICACIÓN**

75. Elaborar reglamentos para el uso de documentación interna y externa por niveles y jerarquías.

## **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO**

76. Elaborar registros de revisión periódica de procesos y procedimientos (actas, actualización de documentos, etc.
77. Elaborar actas de revisión de avance de ejecución de Plan Estratégico (objetivos, indicadores estratégicos, etc.)

## **ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DE RESULTADOS**

78. Elaborar registros de evaluación de eficacia de acciones correctivas dispuestas.
79. Elaborar registros de seguimiento de recomendaciones de auditoría.

## **SUPERVISIÓN**

### **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO**

80. Elaborar el Diagnóstico (Línea de Base) del Control Interno
81. Elaborar lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.
82. Elaborar Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (Objetivos, Indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Institucional.
83. Elaborar Registro de Acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.
84. Elaborar Registros de participantes a las capacitaciones de Control Interno.

### **ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTOS DE RESULTADOS**

85. Comunicar a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados, en el monitoreo para que adopten los correctivos.
86. Elaborar Informes a la Alta Dirección sobre la adopción de medidas correctivas
87. Emitir reportes de seguimiento de la implementación de recomendaciones de los Órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.
88. Elaborar registro de deficiencias reportadas por el personal
89. Diseñar procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el Control Interno de la Entidad.
90. Emitir documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI.
91. Diseñar registros de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.
92. Efectuar la evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.



## 6. CONCLUSIONES

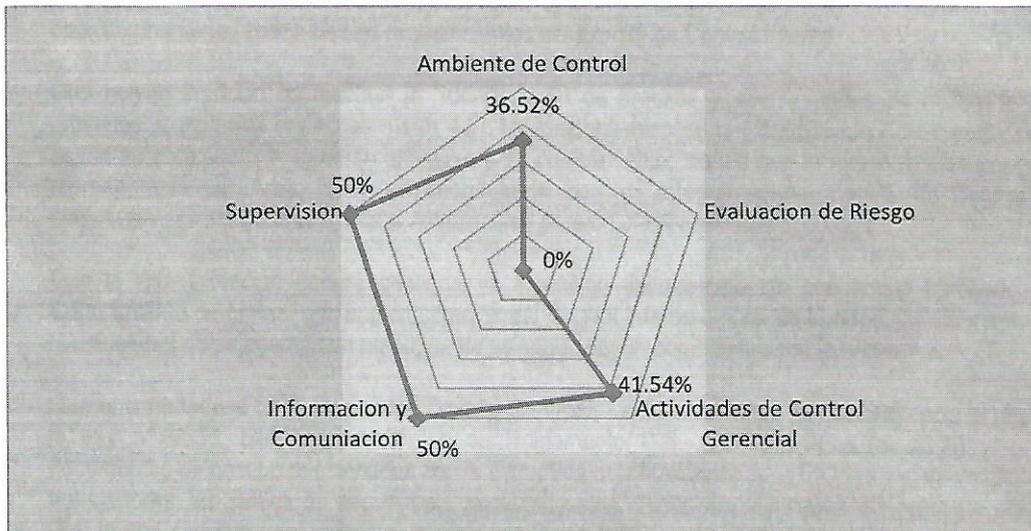
En base a los resultados del Diagnóstico realizado a los elementos del Sistema de Control Interno de la Municipalidad Distrital Víctor Larco Herrera, el nivel de desarrollo organizacional y el grado de madurez observado por cada uno de los componentes del SCI, es el siguiente:

### GRADO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Componentes del SIC	Inexistente	inicial	Intermedio	Avanzado	Óptimo	Mejora Continua	NIVEL DE MADUREZ = INTERMEDIO
	0%	(1% -20%)	(21%-40%)	(41%-60%)	(61%-80%)	(11%-100%)	
AMBIENTE DE CONTROL			x				
EVALUACIÓN DE RIESGOS	x						
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL				x			
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				x			
SUPERVISIÓN				x			

FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO

### RESULTADO POR COMPONENTES Y SUS INDICADORES DE CONTROL



FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO

Nivel de Implementación Promedio					
Inexistente (0%)	Inicial (1% - 20%)	Intermedio (21% - 40%)	Avanzado (41% - 60%)	Óptimo (61% - 80%)	Mejora Continua (81%-100%)
		35.61			

FUENTE: CUADRO ELABORADO POR LA OFICINA DE IMPLEMENTACIÓN DE CONTROL INTERNO

## 7. RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos del Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la Municipalidad Distrital de Víctor Larco H, se observa que según el cronograma de los plazos para implementar el SCI, se ha dado por concluida la Fase de Planificación: Etapa I Acciones Preliminares; Etapa II Identificación de Brechas y Oportunidades de Mejora; Etapa III Elaboración del Plan de Trabajo para el Cierre de Brechas establecida en la Directiva N°013-2016-CG/GPROD. Y en la Guía para la implementación del SCI en las Entidades del Estado, encontrándose en proceso de desarrollo la Etapa IV Cierre de brechas, la cual en forma simultanea se viene ejecutando de acuerdo a los plazos establecidos por la normativa. Siendo que para el logro de los objetivos propuestos; se hace necesario dar cumplimiento a las siguientes recomendaciones.

1. Se deberá ejecutar los Aspectos a Implementar consignados en el Plan de Trabajo del SCI (Anexo 2) según los cronogramas propuestos (fecha tentativa) y costos estimados, invocando que las Unidades Orgánicas liderado por sus respectivos gerentes, sub gerentes y jefes de área asuman con mayor responsabilidad el compromiso de implementar el SCI en los procesos de su competencia, informando oportunamente las solicitudes de requerimientos del Comité de Control Interno.
2. Que con la finalidad de ejecutar la "Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas" (ítem 4.5), los responsables de la identificación de riesgos y procesos según su competencia, deberán abocarse a su cumplimiento; siendo que la Alta Dirección designara un representante por Área, quien en coordinación con los integrantes del Comité de Control Interno ejecutarán las actividades o tareas establecidas para su efectivización.
3. Que la Alta Dirección deberá gestionar la extensión del presupuesto económico aprobado para el Cumplimiento de Metas; a la Implementación del Control Interno a nivel de Entidad, considerando que en la actualidad no se cuenta con presupuesto asignado según como establece la normativa.
4. Que encontrándose la Municipalidad Distrital de Víctor Larco en proceso de transferencia al régimen de la Ley n°30057, Del Servicio Civil y su Reglamento D.S. 040-2014-PCM (al 2018) y existiendo documentos de gestión relacionados con la estructura organizacional de la Entidad y el desempeño de los trabajadores; los cuales se encuentran desactualizados, según los resultados del presente diagnóstico. Por lo que se hace necesario que la Municipalidad adecue y actualice dichos documentos, a la Ley de Servir.



MUNICIPALIDAD DISTRITAL  
"VICTOR LARCO HERRERA"

Dr. José Gaspar Maldonado Vilela  
Presidente del Comité de Control Interno

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA, FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO E LA MDVLH.

COMPONENTE	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p><b>AMBIENTE DE CONTROL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe el entendimiento, voluntad y decisión del Titular de implementar el sistema de Control Interno, situación evidenciada con la suscripción del Acta de Compromiso y la designación del Comité en el año 2009.</li> <li>• Existe predisposición de la Alta dirección y del personal operativo de la Municipalidad para la identificación de procesos y áreas de riesgo, así como para brindar información en forma transparente y oportuna.</li> <li>• Se cuenta con el "Buzón de Sugerencias-Línea de Denuncias" cumpliendo con el indicador de la norma "Filosofía de la Dirección"</li> <li>• La Sub gerencia de Recursos Humanos elaboró el proyecto del Código de Ética Municipal</li> <li>• La Municipalidad tiene aprobados documentos de gestión estratégica (PEI, PDC) y Planes operativos (POI), los mismos que son en su mayoría elaborados por consultorías externas</li> <li>• La Municipalidad tiene aprobados la mayoría de documentos de gestión municipal que regulan el comportamiento laboral de los trabajadores de la MDVLH. como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manual de Organización y Funciones (MOF)</li> <li>- Reglamento de Organización y Funciones (ROF)</li> <li>- Cuadro de Asignación de Personal (CAP)</li> <li>- Presupuesto Analítico de Personal (PAP)</li> <li>- Texto Único de Procedimientos Administrativos</li> <li>- Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO)</li> <li>- Reglamento Interno de Personal al Régimen D.L.N° 276 D.S. N° 005-90-PCM</li> <li>- Reglamento Interno de Personal al Régimen D.L.N° 728 D.S. N° 003-97-TR</li> <li>- Reglamento Interno de Personal al Régimen Especial de CAS</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso del Comité de Control Interno en asumir las funciones,</li> <li>• Falta de sensibilización y capacitación en temas de Control interno, lo que origina que algunos funcionarios y trabajadores no se sientan parte del proceso de implementación</li> <li>• La Entidad no asumió el proceso de implementación del Control interno como una función propia de la gestión, sino como función exclusiva del Órgano de Control Institucional (OCI)</li> <li>• Falta de supervisión por la alta Dirección para efectuar el seguimiento a la implementación del control interno</li> <li>• El Proyecto de Código de Ética Municipal no ha sido aprobado por la Entidad</li> <li>• Los funcionarios municipales hacen referencia a la existencia de un Código de Ética de la función pública, pero no conocen sus alcances ni su contenido</li> <li>• Los Planes y documentos de gestión Estratégica son elaborados por Consultorías que no tienen contacto con la realidad, sustituyendo las funciones de los gestores y responsables de la Planificación</li> <li>• Los gestores y responsables de la planificación estratégica en la Entidad mantienen una cultura tradicional de corto plazo y la solución de problemas de día a día</li> <li>• No existen indicadores de gestión que permitan medir resultados efectos o impactos</li> <li>• No se efectúa el rediseño organizacional y no se observa la real carga de trabajo de cada área</li> <li>• No se realiza una adecuada segregación de funciones</li> <li>• Los documentos de gestión normativos no responden con efectividad a los desafíos de la misión y propósitos institucionales.</li> <li>• No existe capacidad de adaptación de la administración ante los nuevos problemas que surgen y ante contextos cambiantes.</li> <li>• No existe procedimientos documentados de evaluación de desempeño del personal</li> <li>• El personal se encuentra desmotivado y poco comprometido con los propósitos institucionales.</li> <li>• Las capacidades profesionales se estancan o se reducen en perjuicio de la entidad y de la calidad de los servicios públicos que se presta.</li> <li>• El desempeño institucional se ve limitado y afectado por la desactualización de los servidores públicos o el desconocimiento de temas importantes para la gestión municipal</li> <li>• Los documentos de gestión municipal aprobados que regulan las competencias funcionales de los trabajadores están pendientes de actualización y no se adecuan al perfil de competencias según normativa de SERVIR</li> <li>• Indefinición en las responsabilidades de los funcionarios y servidores, debido a que no se puede determinar la responsabilidad, ante la evidencia de alguna deficiencia o acto ilegal</li> </ul>



COMPONENTE / FACTOR DE CONTROL INTERNO	FORTALEZAS	AMENAZAS
EVALUACIÓN DE RIESGOS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se efectuó la designación de un Equipo de trabajo "Comité de Riesgos".</li> <li>• No existe un Plan de Administración de Riesgos aprobado, ni existe el Mapeo de riesgos que incluye la especificación de los procesos claves de la organización, la identificación de los objetivos generales y particulares, y las amenazas y riesgos que pueden impedir que estos se cumplan.</li> <li>• No se conocen los riesgos potenciales, su probabilidad de ocurrencia, y el grado de sus efectos negativos en la gestión municipal.</li> <li>• No se puede planificar la prevención y mitigación de estos factores, quedando la entidad a expensas de los riesgos y con alta incertidumbre respecto al logro de sus objetivos.</li> <li>• Se fortalece la práctica tradicional de atender las contingencias y problemas según vayan surgiendo.</li> <li>• Los riesgos potenciales son más difíciles de manejar al momento de presentarse, sus efectos se producen con toda su magnitud, con consecuencias negativas para la gestión municipal y el logro de sus objetivos.</li> <li>• Se refuerza una cultura que minimiza el control preventivo, distrayéndose esfuerzos y recursos en la solución de los problemas urgentes y descuidándose los temas importantes</li> </ul>



COMPONENTE / FACTOR DE CONTROL INTERNO	FORTALEZAS	AMENAZAS
<p>ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinación de la Estructura de Costos para cobranza de Arbitrios (Servicios Públicos)</li> <li>• Plan Operativo Institucional 2013</li> <li>• La Municipalidad cuenta con políticas y lineamientos para la aplicación de la evaluación costo beneficio.</li> <li>• Tablas aprobadas de tipos de documentos de comunicación interna y de los niveles de emisión responsables, ya sea por Directiva, Manual Interno, o equivalentes.</li> </ul>	<p>De la misma forma la entidad no ha logrado aún el resultado esperado, respecto a la implementación del control interno relacionadas con las actividades del Control Gerencial debido a las limitaciones y deficiencias al no contarse con procedimientos aprobados de control de bienes y recursos ,con Tablas de Niveles de acceso con procedimientos aprobados de mecanismos de conciliaciones y verificaciones, con Indicadores de desempeño para los procesos, actividades y tareas y con registros de rendiciones de cuentas realizadas por el personal como Actas de reuniones de revisión de objetivos estratégicos, Memoria institucional e Información financiera y presupuestal actualizada y disponible para los ciudadanos. La Entidad se ve expuesta a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgen potenciales riesgos para la gestión institucional ya que se pueden generar fraudes contra la entidad por falta de controles. Por ejemplo, si una misma persona realiza las cotizaciones, aprueba la compra y da la conformidad del servicio, se corre el riesgo de sobrevaluación de los precios y la comisión de irregularidades; lo mismo sucedería si el Tesorero realiza los registros contables, ya que podría incluir u omitir mayores ingresos o gastos; igualmente si la persona que gira los cheques también realiza la conciliación bancaria, se pierde el control de los cheques girados y podría validar salidas de dinero no autorizadas, entre otros casos.</li> <li>• Los archivos y bienes de la entidad se exponen a riesgos de pérdida, deterioro o sustracción, se desperdician los recursos, se deterioran los activos o se hace mal uso de ellos.</li> <li>• Se generan pérdidas o sobrecostos.</li> <li>• No se cuenta con información sobre el desempeño de la gestión.</li> <li>• No se brinda información a los usuarios</li> <li>• No se cuenta con documentación sustentatoria de las tareas, actividades o procesos.</li> <li>• Se pierde evidencia material para la verificación de las acciones realizadas.</li> <li>• Se genera pérdida de tiempo en la búsqueda de información y respaldo para las acciones de control posterior</li> <li>• Se tiende a la informalidad, con autorizaciones verbales y en algunos casos sin fecha y sin indicar el destino.</li> <li>• Se incrementa el manejo discrecional, sin registros, ni documentos que evidencien las transacciones.</li> <li>• No se detectan a tiempo deficiencias o alejamientos de los objetivos institucionales.</li> </ul>

COMPONENTE / FACTOR DE CONTROL INTERNO	FORTALEZAS	AMENAZAS
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incrementa la vulnerabilidad del archivo documental, de la información histórica y de documentos sustentatorios generada por la municipalidad, exponiéndolos a daños, pérdidas, sustracciones o al uso indebido.</li> <li>• No hay regulación de los procedimientos de comunicación interna originando el uso de medios indistintos, informales y de acuerdo a criterios del personal, funcionarios y servidores.</li> <li>• La producción de la información es desordenada y con diferentes clases de formatos como: el Informe, el Memorando, el Proveído, la Ayuda Memoria, la Hoja Informativa, todos ellos diferentes en cuanto forma y tipo de uso.</li> <li>• Se fomenta el desorden y la discrecionalidad en el uso de medios de comunicación externa, poniendo en riesgo la formalidad y protocolo que corresponde cuando se establecen relaciones inter institucionales.</li> <li>• Se generan consecuencias negativas de relación debido a una deficiente comunicación entre la municipalidad y la población. La población desconoce las acciones de la municipalidad por lo que la transparencia se verá severamente afectada, dando lugar a interpretaciones equivocadas y pérdida de confianza en las autoridades.</li> </ul>

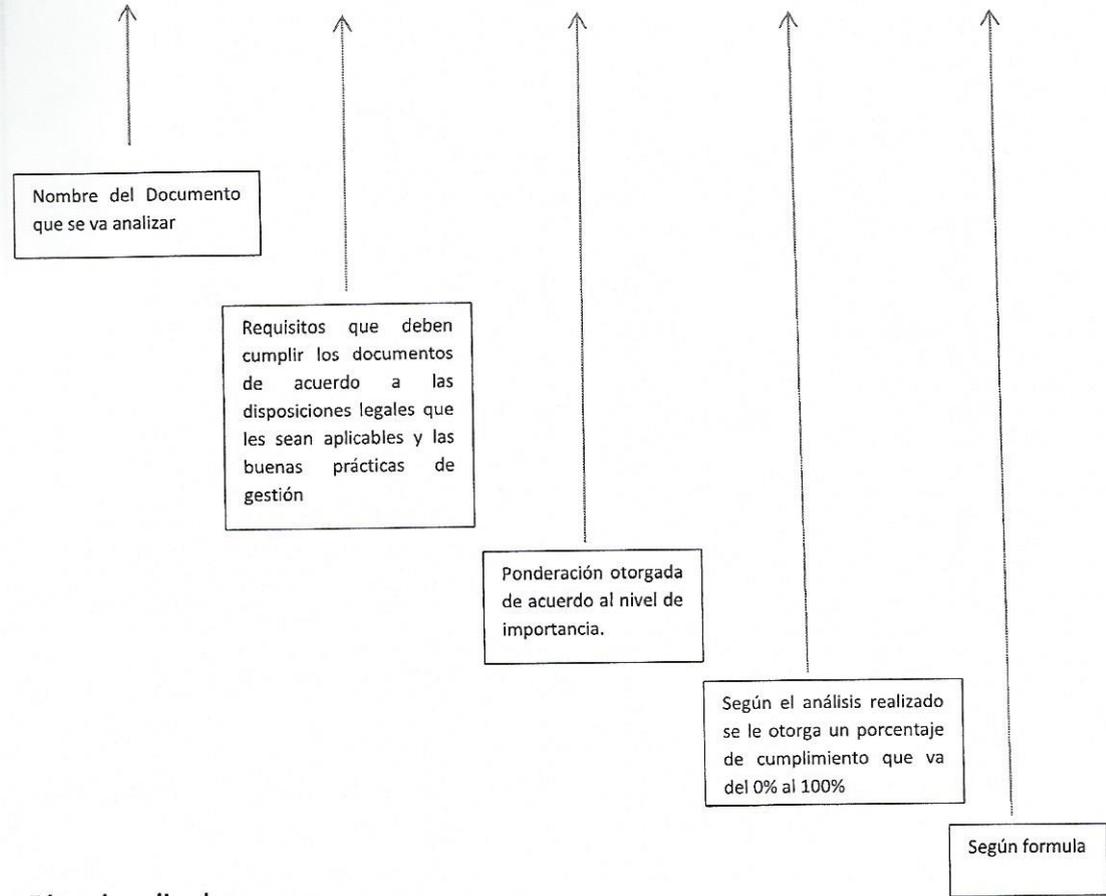
COMPONENTE / FACTOR DE CONTROL INTERNO	FORTALEZAS	AMENAZAS
SUPERVISIÓN		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se expone al riesgo el logro de los objetivos institucionales y se desconoce el nivel de desempeño de, las diferentes unidades orgánicas</li> <li>• Se pierde la oportunidad de realizar ajustes, correctivos y mejoras a las acciones que se ejecutan en el marco de la planificación operativa y la ejecución presupuestaria</li> <li>• Se refuerza la práctica tradicional de soluciones en base a urgencias o de problemas coyunturales, descuidando los aspectos estratégicos más importantes de la gestión municipal.</li> <li>• Se dificulta la implementación oportuna de correctivos y mejoras adecuados en la gestión municipal</li> <li>• Se generan responsabilidades administrativas en los servidores y funcionarios, que conociendo las deficiencias ,omiten su reporte oportuno</li> <li>• Se pierde la efectividad de la retroalimentación que se genere con el monitoreo</li> </ul>



ANEXO 5

FORMATO PARA EL ANALISIS DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
-------------	--------------------------	-------------------------	-----------------------	----------



Fórmula aplicada:

% Avance del documento	$\frac{\sum[(importancia) * (\% avance del elemento)]}{\sum(importancia)}$
------------------------	--



INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE		
Plan Estratégico Institucional (PEI)	1	Diagnóstico: - Caracterización General - Identificación de la situación institucional, análisis de hechos y tendencias (análisis interno y externo)				
	2	Perspectivas de mediano y largo plazo				
		Visión y Misión institucional				
		Prioridades Institucionales				
		Lineamientos de políticas institucionales				
	3	Indicadores para la medición del desempeño a nivel de impacto final del periodo del plan.				
		Programación Multianual				
		Objetivos estratégicos generales, indicadores para la medición del desempeño a nivel resultado.				
		Objetivos estratégicos específicos, indicadores para la medición del desempeño a nivel producto.				
	4	Acciones permanentes o temporales, indicadores para la medición del desempeño a nivel producto.				
Programación multianual de inversión pública proyectos / programas						
4	Se ha elaborado de acuerdo a las directivas nacionales					
5	Se articulan los lineamientos de política nacional, regional, regional específica y provincial					
6	Está vinculado a un presupuesto					
7	Existe un órgano responsable de su formulación					
8	Existe un órgano responsable de su evaluación					
9	Es evaluado					
10	El resultado de la evaluación se hace de conocimiento de la Alta Dirección					

INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE		
Plan Operativo Institucional (POI)	1	Es concordante con los objetivos estratégicos del PEI.				
	2	Existen lineamientos y metodología para su formulación y es concordante con estos.				
	3	Refleja las metas presupuestarias que se espera alcanzar y para el año fiscal				
	4	Contiene los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho periodo; así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica.				
	5	Existe un órgano responsable de su formulación				
	6	Existe un órgano responsable de su evaluación				
	7	Su aprobación es oportuna				
	8	Es evaluado				
	9	El resultado de la evaluación se hace de conocimiento de la Alta Dirección				



INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	1	Su formulación es concordante con los lineamientos establecidos en la normativa vigente				
	2	Su aprobación es concordante con los lineamientos establecidos en la normativa vigente				
	3	Se observan las disposiciones sobre creación, organización y funciones contenidas en las normas que regulan el proceso de descentralización y modernización de la gestión del Estado.				
	4	Se ha diseñado la organización con criterios de simplicidad y flexibilidad que permitan el cumplimiento de los fines de la Entidad con mayores niveles de eficiencia y una mejor atención al ciudadano.				
	5	Se ha observado el principio de especialidad conforme al cual se debe integrar las funciones afines y eliminar posibles conflictos de competencia y cualquier duplicidad de funciones entre sus órganos y unidades orgánicas o con otras entidades de la administración pública.				
	6	Se observa el principio de legalidad de las funciones				
	7	Todas las funciones y competencias que las normas sustantivas establecen, han sido recogidas y asignadas a algún órgano de la Entidad.				
	8	Cuida la coherencia entre la asignación de competencia y rendición de cuentas. Se tiene claramente asignadas sus competencias de modo tal que pueda determinarse la calidad de su desempeño y el grado de cumplimiento de sus funciones.				
	9	Tiene informe técnico y legal que los sustenta.				
	10	Tiene informe previo que verifica el cumplimiento de los requisitos				



INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Estructura Orgánica	1	Concordante con el ROF				
	2	Se encuentra actualizada				
	3	Responde a las necesidades de la organización				
	4	Favorece la Organización horizontal				
	5	Favorece la Organización vertical				
	6	La ubicación de los órganos en el diseño es concordante con la normativa vigente				

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Manual de Organización y Funciones (MOF)	1	Concordante con el ROF				
	2	Coincidencia de los cargos con los indicadores en el CAP				
	3	Se asignan las funciones con claridad				
	4	Existen segregación de funciones				

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Presupuesto inicial de Apertura (PIA)	1	Alineado con el PEI.				
	2	Alineado con el POI.				
	3	Su estructura considera: 1)Exposición de motivos 2)Base Legal 3)Prohibiciones para el año fiscal 4)Estimación de los ingresos (por fuentes de financiamiento) 5)Estimación de los gastos				
	4	La estructura funcional refleja las metas presupuestarias fijadas para el ejercicio.				
	5	Las propuestas de gasto son consistentes con los objetivos institucionales.				
	6	Se distribuye la asignación presupuestaria total de acuerdo a los objetivos que se esperan alcanzar				
	7	Se proponen actividades y proyectos en concordancia con los objetivos estratégicos del pliego.				
	8	Considera la previsión del gasto de las actividades y proyectos y su forma de financiamiento, dentro de los límites de la asignación presupuestaria total				
	9	El gasto está orientado a cubrir la mayor cantidad de acciones prioritarias.				
	10	Es aprobado oportunamente e ingresado en el SIAF.				



INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)	1	Realiza un análisis de la entidad (Estructura, funcionalidad, etc.)				
	2	Toma en cuenta la prospectiva estratégica de la entidad.				
	3	Analiza la participación actual de las TICs en la Entidad y sus principales procesos.				
	4	Analiza las arquitecturas de datos, software y tecnología en general.				
	5	Define la cartera de proyecto.				
	6	Prioriza la cartera de proyectos				
	7	Contiene los lineamientos para la implementación del PETI.				
	8	Se encuentra actualizado				
	9	Se ha formulado de acuerdo los lineamientos establecidos en la normativa vigente.				
	10	Se vincula a un presupuesto.				

INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Plan Anual de Contrataciones (PAC)	1	Se articula con el Cuadro de Necesidades y con el POI.			
	2	Contiene el objetivo de la contratación.			
	3	Contiene la descripción de los bienes y/o servicios a contratar.			
	4	Contiene el valor estimado de la contratación.			
	5	Contiene la fuente de financiamiento.			
	6	Considera a todas las contrataciones del año, independientemente del tipo de proceso de selección o del régimen que las regule.			
	7	Se aprueba oportunamente (como máximo dentro de los cinco primeros días del ejercicio).			
	8	Se publica oportunamente en el SEACE.			
	9	Se evalúa semestralmente de acuerdo a las disposiciones del OSCE.			

INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Clasificador de Cargos	1	Considera Lo establecido en el artículo 4° de la Ley del Empleo Publico			
	2	Concordante con el ROF			
	3	Concordante con el CAP			
	4	Se encuentra actualizado			
	5	Responde a las necesidades de la organización			
	6	Es concordante con la normativa por SERVIR			
	7	Aprobado por el Titular de la Entidad.			

INSTRUMENTO	ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	1	Formulado en concordancia con la normativa vigente.			
	2	Formulado a partir de la estructura orgánica establecida por el ROF de la entidad.			
	3	Observa las disposiciones sobre clasificación de cargos que se encuentren vigentes.			
	4	Consigna los cargos de confianza de conformidad con las disposiciones legales vigentes.			
	5	Se ha presentado en formato que se incluye en los anexos adjuntándose el resumen cuantitativo que consigna la clasificación por grupos ocupacionales.			
	6	Se encuentra actualizado			
	7	Aprobado por autoridad competente			

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Manual de Perfiles de Puestos	1	Identificación del puesto			
	2	Misión del puesto			
	3	Función del puesto			
	4	Coordinaciones principales			
	5	Requisitos del puesto			
	6	Habilidades o competencias			

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Plan de Desarrollo de las Personas	1	Formulado en concordancia con la normativa emitida por SERVIR			
	2	Responde a las necesidades de la Entidad.			
	3	Se encuentra actualizado.			
	4	Se aprobó oportunamente.			
	5	Se ejecuta			

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	1	Formulado de acuerdo a los Lineamientos para la elaboración y aprobación del TUPA establecidos en la normativa vigente.			
	2	Antigüedad no supera los dos años según normativa vigente.			
	3	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Positivo			
	4	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Negativo.			
	5	Los procedimientos han sido materia de la simplificación administrativa.			
	6	Los procedimientos contemplan pluralidad de instancias.			
	7	Los plazos son proporcionales al tipo de trámite			
	8	Asigna áreas responsables de cada trámite			
	9	Aprobado por autoridad competente			
	10	El cálculo de costos se ha realizado con la metodología de determinación de costos de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad.			

INSTRUMENTO		ELEMENTO DE CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO)	1	Se encuentra actualizado			
	2	Se ha identificado claramente los procesos y procedimientos			
	3	Concordante con la normativa y metodología vigente para su elaboración.			
	4	Concordante con los lineamientos de modernización de la gestión pública.			
	5	Contiene los procedimientos estratégicos, de línea y de apoyo, es decir, los procedimientos internos y externos contemplados en el TUPA.			

