

INFORME DE DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA SEDAM HUANCAYO S.A.

I. ANTECEDENTES

1.1 Reseña Histórica:

Con Decreto Supremo N° 139-90-PCM de fecha 30 de octubre de 1990, SENAPA transfiere sus acciones de capital a título gratuito que posee en su filial SEDA JUNIN a las municipalidades provinciales de Concepción, Chanchamayo, Huancayo, Jauja, Tarma y Yauli, dando así lugar a la Empresa SEDA JUNIN, cuyas actividades inician el 14 de Noviembre de 1990 y constituyéndose formalmente por Escritura Pública con fecha 10 de Mayo de 1991, estando conformada por las municipalidad provinciales antes mencionadas.

Posteriormente por Escritura Pública de fecha 15 de Junio de 1992 se formaliza la modificación estatutaria de SEDAM JUNIN, a la denominación de EMPRESA DE SERVICIOS DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO MUNICIPAL -SEDAM HUANCAYO S.A., cuyo capital social es de dieciséis millones doscientos cuarenta y cinco mil trescientos veintitrés soles (S/. 16 245 323.00) representados en 16 245 323.00 acciones, distribuidas de la siguiente manera:

MUNICIPALIDADES ACCIONISTAS	% DEL CAPITAL SOCIAL	N° DE ACCIONES
Huancayo	100	16 245 323
TOTAL	100	16 245 323

1.2 Visión del Sector Saneamiento:

“Los peruanos viven en centros poblados urbanos y rurales con servicios de saneamiento sostenibles y de calidad, brindados por prestadores, caracterizados por la optimización en el uso de los recursos naturales, humanos, tecnológicos y financieros, con responsabilidad social empresarial”.

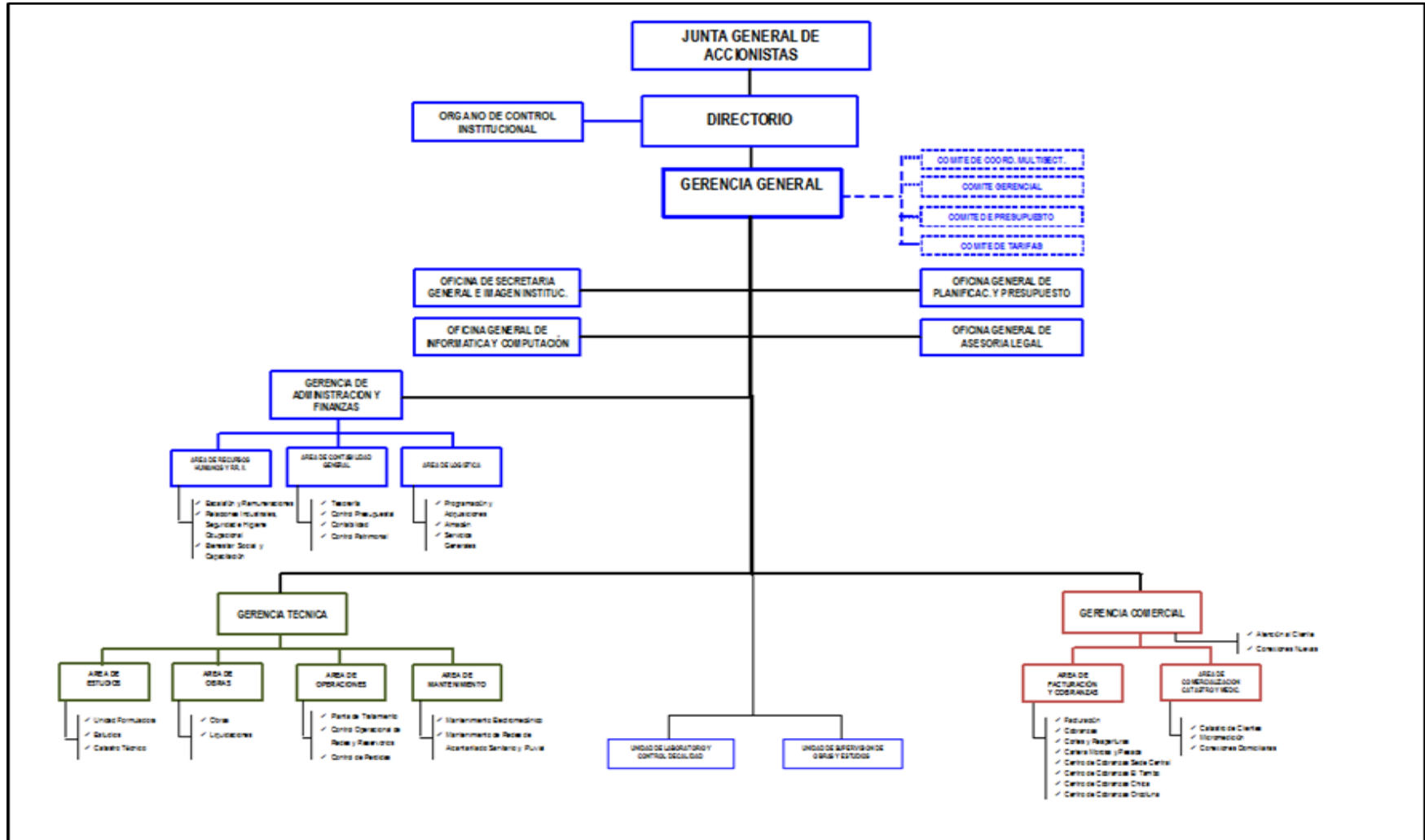
1.3 Misión Institucional:

“Brindar servicios de saneamiento de calidad para la satisfacción del usuario, con tecnología apropiada, personal comprometido y preservando el ambiente”.

1.4 Principios:

- **Puntualidad.**
Somos puntuales porque respetamos a nuestra Empresa, a nosotros mismos y a nuestro entorno.
- **Compromiso.**
Estamos comprometidos con la prestación de servicios de saneamiento.
- **Vocación de servicio.**
Nos debemos a nuestros usuarios y colaboradores, por eso damos respuesta a sus necesidades en forma oportuna, amable y efectiva.
- **Honestidad.**
Somos honrados y razonables en todas nuestras acciones. Hacemos uso adecuado y óptimo de los recursos.
- **Trabajo en equipo.**
Creemos en nuestros colaboradores y disfrutamos trabajando en equipo. Construimos confianza a través de relaciones de empatía.
- **Sistémica.**
Somos una organización inteligente, viable en su estructura y organización, sinérgica en su acción, adaptable a la complejidad del entorno, se enriquece las relaciones entre todos los integrantes cumpliendo el propósito que nos hace ser la Empresa SEDAM HUANCAYO S.A.

1.5 Organización:



1.6 Sistema de Control Interno – Acciones previas

Con Resolución de Gerencia General N° 231-2013-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 29/11/2013, la Gerencia General resuelve constituir el Comité de Control Interno de la Empresa SEDAM HUANCAYO S.A., conformado por funcionarios como Miembros Titulares y Trabajadores como Miembros Suplentes.

Con Resolución de Gerencia General N° 068-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 13/05/2014, se excluye del Comité de Control Interno a la Integrante Suplente, CPC María Angelina Casafranca Anaya, y se incluye al Ing. Florencio Yupanqui Montenegro. Asimismo, designa al Equipo de Apoyo integrado por funcionarios y trabajadores.

Con Resolución de Gerencia General N° 080-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 17/06/2014, se deja sin efecto la Resolución de Gerencia General N° 068-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 13/05/2014 y modifica la primera parte resolutive de la Resolución de Gerencia General N° 231-2013-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 29/11/2013, recomponiendo así el Comité de Control Interno. Asimismo, la Gerencia General aprueba la Directiva para la Implementación del Sistema de Control Interno en SEDAM HUANCAYO S.A.

Con Resolución de Gerencia General N° 126-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 15/08/2014, se deja sin efecto la segunda y tercera parte resolutive de la Resolución de Gerencia General N° 080-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 17/06/2014, modifica la primera parte resolutive de Resolución de Gerencia General N° 231-2013-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 29/11/2013, recomponiendo así el Comité de Control Interno. Asimismo, la Gerencia General designa como personal de apoyo al Comité de Control Interno a la CPC María Angelina Casafranca Anaya – Especialista en Racionalización III, para la conducción del Comité y a la Abog. Julie Carole Baquerizo Villanueva – Asistente Jurídico I, como Secretaria.

Con M/N° 595-2015-SHSA/GG de fecha 14/12/2015, la Gerencia General dispone a la Presidencia del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, retomar las actividades en mérito al punto tercero – Acuerdo N° 2 – Sesión de Directorio N° 19-2015 y Recomendación N° 3 del Informe N° 015-2015-SEDAM.HYO.S.A./OCI.

Con MM/N° 83-2015-SHSA/OGPP de fecha 18/12/2015, la Presidenta del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, comunica a los integrantes del mismo, que en coordinación con la Gerencia General se está gestionando la firma del Compromiso de la Alta Dirección y Conformación del Comité, y que una vez que se concrete se estará convocando a una reunión, mientras tanto, encarga que revisen las normas legales que amparan este proceso.

Con Carta N° 278-2015-SHSA/GG de fecha 14/12/2015, la Gerencia General remite al Presidente del Directorio los formatos: Acta N° 1 – Compromiso de la Alta Dirección y Acta N° 2 – Conformación del Comité de Implementación, a fin de que sean suscritas y devueltas.

Con M/Nº 28-2016-SHSA/GG de fecha 25/01/2016, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, recibe los formatos: Acta Nº 1 – Compromiso de la Alta Dirección y Acta Nº 2 – Conformación del Comité de Implementación, debidamente suscritos por la Alta Dirección.

Con MM/Nº 28-2016-SHSA/OGPP de fecha 08/02/2016, se citó a los integrantes del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, para llevar a cabo la instalación del Comité el día 09/02/2016, la cual no se llevó a cabo por el término de designación en el Cargo de Confianza, de la entonces Jefe de la Oficina General de Planificación y Presupuesto.

Con Resolución de Gerencia General Nº 144-2016-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 27/06/2016, se reconstituye el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno de la Empresa SEDAM HUANCAYO S.A. en mérito a la Resolución de Contraloría Nº 149-2016-CG, que aprueba la Directiva Nº 013-2016-CG7GPROD “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado”.

Deja sin efecto: **a)** la Resolución de Gerencia General Nº 231-2013-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 29/11/2013, **b)** la Resolución de Gerencia General Nº 080-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 17/06/2014 y **c)** Resolución de Gerencia General Nº 126-2014-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 15/08/2014.

El Comité de Implementación del Sistema de Control Interno como el Equipo de Apoyo, quedan conformados de la siguiente forma:

Nº	UNIDAD ORGANICA	INTEGRANTE DE COMITÉ INTERNO	INTEGRANTE DE EQUIPO DE APOYO
1	Gerencia General		Sr.Armando Ramos Arroyo
2	Oficina General de Informática y Computación	Ing.Rosario Quinteros Espinoza	Ing.Sammir Araujo Ventura
3	Oficina de Secretaria General e Imagen Institucional	Abog.Lourdes Sandoval Rojas	Lic.Valter Giancarlo Rojas Rojas
4	Oficina General de Planificación y Presupuesto	Lic.Rosana Edita Ricapa Navarro	Ing.Ernesto Yupanqui Montenegro
5	Oficina General de Asesoría Legal	Abog.Marieta Serpa Ruiz	Abog.Gustavo Villanueva Peña
6	Gerencia Técnica	Ing.Carlos Ango Rosario	Ing.Roxana Flores Ramos
7	Área de Ingeniería	Ing.Aleandro Carhuamarca Cant	Ing.Catia Enriques Flores
8	Área de Operaciones	Ing.Elizabeth Cruzado Raygal	Ing.Samuel Dionisio Calderón
9	Área de Mantenimiento	Ing.Oscar Lopez Lizano	Ing.Wilder Ichavastis Núñez
10	Gerencia Comercial	Ing.Ernesto Zambrano Zanabria	Lic.Gastón Tovar Quispe
11	Área de Comercialización, Catastro y Medición		Sr.Herbert Melgar Olarte
12	Área de Facturación y Cobranzas	Ing.Noel González Pérez	Abog.Julie Baquerizo Villanueva
13	Gerencia de Administración y Finanzas	Lic.Adm.Juan Pérrez Torrejón	CPC.Rosario Medina Chavez
14	Área de Contabilidad General	CPC Gisela Pérez Bendezú	CPC.Victor Neri Espinoza Briceño
15	Área de Recursos Humanos y Relaciones Industrial	Bach.Ing.Eva Lapa Castillo	Lic.Margot Espinal Caro
16	Área de Logística	Econ. Julio Cesar Esteban Garcia	Econ.Elias Rojas Alvarez
17			Ing. Robinson Salinas Calderon

Con Resolución de Gerencia General Nº 162-2016-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 25/07/2016, la Gerencia General, a petición de la Presidencia del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, excluye del Equipo de apoyo a la CPC María Angelina Casafranca Anaya e incluye en su reemplazo al Ing. Florencio Yupanqui Montenegro. Designa a la CPC María Angelina Casafranca Anaya como Soporte Técnico del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno.

El Comité depende directamente de la Gerencia General, y tiene la responsabilidad de planificar, organizar, ejecutar y evaluar la implementación del sistema de control interno, considerando que éste, es un conjunto de acciones, actividades, planes,

políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo las actitudes de las autoridades y el personal, organizados y establecidos dentro de la Empresa, todo ello de acuerdo a la Ley N° 28716 y norma técnica correspondiente.

Los documentos principales para la implementación del Sistema de Control Interno son, la “Guía para la implementación del Sistema de control interno en las entidades del Estado”, aprobada con Resolución N° 458-2008-CG y la Directiva N° 013-2016-CG/PROD denominada “Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado”, aprobada con Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG.

Desde el 28 de abril de 2016 la empresa cuenta con un link en la página web institucional en la cual se vienen publicando los avances y otros relacionados a la Implementación del Sistema de Control Interno.

Con Resolución de Gerencia General N° 166-2016-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 04/08/2016, la Gerencia General, en mérito a la propuesta del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno aprobó: a) el Programa de Trabajo para realizar el Diagnóstico del Sistema de Control Interno y b) el Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno.

En el Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno, se programaron sesiones de sensibilización dirigidas al personal en general, las que estuvieron a cargo de los integrantes (titulares y suplentes) del Comité de Implementación de Control Interno

	CAPACITACION DIRIGIDA A FUNCIONARIOS Y TRABAJADORES:	RESPONSABLES DE DAR LA CAPACITACION	FECHA	HORARIO		LUGAR
				DE	A	
Grupo 1	Gerente General	Lic.Alejandro Aguirre Rojas	01/09/2016	08:30 a.m.	09:30 a.m.	C A P A C I T A C I O N
	Oficina General de Informatica y Computacion	Ing.Rosario Quiteros Espinoza				
	Oficina General de Asesoría Legal.	Abog.Marieta Serpa Ruiz				
	Organo de Control Institucional.					
Grupo 2	Gerente de Administración y Finanzas	Lic.Adm.Juan Pérez Torrejón	01/09/2016	08:30 a.m.	09:30 a.m.	
	Area de Contabilidad General	CPC Gisela Pérez Bendezú				
	Área de Logística	Econ.Julio Cesar Esteban Garcia				
	Área de Recursos Humanos	Bach.Ing.Eva Lapa Castillo				
Grupo 3	Gerencia Técnica	Ing.Carlos Ango Rosario	01/09/2016	08:30 a.m.	09:30 a.m.	
	Área de Ingeniería	Ing.Aleandro Carhuamarca Canto				
	Área de Operaciones	Ing.Elizabeth Cruzado Raygal				
	Área de Mantenimiento	Ing.Oscar Lopez Lizano				
Grupo 4	Gerencia Comercial	Ing.Ernesto Zambrano Zanabria	01/09/2016	8:30 a.m	09:30 a.m.	
	Área de Comercialización Catastro y Medición					
	Área de Facturación y Cobranzas	Ing.Noel Gonzáles Pérez				

Estas se llevaron a cabo dando como resultado de la asistencia lo siguiente:

CAPACITACION DIRIGIDA A FUNCIONARIOS Y TRABAJADORES DE:		FECHA	HORARIO		CITADOS	Nº DE NO ASISTENTES	Nº DE ASISTENTES	% DE ASISTENTES
			DE	A				
Grupo 1	Gerencia General	01/09/2016	8.30 a.m.	9.30 a.m.	32	9	23	72
	Oficina General de Informática y Computación							
	Oficina General de Asesoría Legal							
	Órgano de Control Institucional							
Grupo 2	Gerencia de Administración y Finanzas	01/09/2016	3.30 p.m.	4.30 p.m.	41	16	25	61
	Área de Contabilidad General							
	Área de Logística							
Grupo 3	Gerencia Técnica	02/09/2016	8.30 a.m.	9.30 a.m.	102	64	38	37
	Área de Ingeniería							
	Área de Operaciones							
	Área de Mantenimiento							
Grupo 4	Gerencia Comercial	02/09/2016	3.30 p.m.	4.30 p.m.	79	36	43	54
	Área de Comercialización Catastro y Medición							
	Área de Facturación y Cobranzas							
TOTALES					254	125	129	51

De 254 trabajadores, sólo se tuvo la asistencia a las sesiones de sensibilización, de 129 trabajadores esto genera preocupación al Comité de Implementación de Control Interno, ya que es un indicador de la poca importancia que se brinda al tema, si bien se ha convocado considerando que hay puestos de trabajo que no se pueden abandonar debido a que tienen relación directa con la atención del abastecimiento de agua y/o con clientes, sin embargo, no se ha recibido ningún tipo de comunicación justificadora, ni del trabajador que no asistió ni de su jefe inmediato.

Con Resolución de Gerencia General N° 010-2017-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 18/01/2017, la Gerencia General, aprueba el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A. y autoriza al Comité de Control Interno formular el Plan de Trabajo para el Cierre de Brechas.

Con Resolución de Gerencia General N° 163-2017-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 05/07/2017, la Gerencia General, aprueba el Reglamento del Comité de Control Interno de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A..

Considerando que los integrantes del Directorio y Funcionarios son cambiados en diferentes oportunidades, se viene actualizando la suscripción de las Actas de Compromiso, es así que se tienen actualizaciones del mes de noviembre 2018 y enero 2019, las mismas, publicadas en la página web institucional.

II 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 – Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- Ley N° 30372 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016 - Quincuagésima tercera disposición complementaria final.
- Ley N° 30879 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
- Decreto Supremo N° 007-2017-VIVIENDA que aprueba la Política Nacional de Saneamiento.
- Decreto Supremo N° 018-2017-VIVIENDA que aprueba el Plan Nacional de Saneamiento 2017-2021.

- Decreto Supremo N° 019-2017-VIVIENDA – Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1280, Decreto que aprueba la Ley Marco de la Gestión y Prestación de los Servicios de Saneamiento y modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1280 – Aprueba la Ley Marco de la Gestión y Prestación de los Servicios de Saneamiento y modificatorias.
- Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG – Aprueban Normas de Control Interno.
- Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG – Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado.
- Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG – Aprueba la Directiva N°013-2016-CG/PROD – Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado. Control Interno – Marco Integrado COSO 2013.
- Resolución de Contraloría N°004–2017 – CG que aprueba la “Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado”.
- Resolución de Contraloría N°490-2017-CG – Dejan sin efecto lo establecido en el numeral 7.6 de la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD denominada “Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado.
- Estatuto Social de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A.
- R.I.T. - Reglamento Interno de Trabajo de SEDAM HUANCAYO S.A. aprobado con Resolución de Gerencia General N° 071-2014-SHSA.
- Resolución de Gerencia General N° 144-2016-SEDAM.HYO.S.A./GG que constituye el comité de Control Interno de la E.P.S. SEDAM HUANCAYO S.A.
- Código del Buen Gobierno Corporativo aprobado con Resolución de Directorio N°24-2018-EPS SEDAM HYO S.A./PD.
- Contrato de Explotación.
- Resolución de Consejo Directivo N° 024-2015- SUNASS-CD - Aprueban metas de gestión, fórmula tarifaria y estructura tarifaria de SEDAM HUANCAYO S.A. durante el quinquenio regulatorio 2015 – 2020.-P.M.O. - Plan Maestro Optimizado 2015 – 2020.
- Plan Estratégico Institucional 2018-2022, aprobado con Resolución de Directorio N°051-2018-EPSSHSA/PD.

III DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

3.1 Objetivo del Diagnóstico:

El objetivo del diagnóstico, es determinar el estado del Sistema de Control Interno en la EPS SEDAM HUANCAYO S.A., alineado a las Normas de Control Interno (RC N° 320-2006-CG), a fin de contar con elementos que permitan proponer alternativas de mejora y tomar decisiones.

3.2 Conceptos Básicos:

Para lograr un mejor enfoque es preciso considerar algunos conceptos mencionados en la norma legal antes citada, estos son:

Normas de Control Interno: Constituyen lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades, incluidas las relativas a la gestión financiera, logística, de personal, de obras, de sistemas de información y de valores éticos, entre otras.

Estas normas han sido emitidas por la Contraloría General de la República, con el propósito de promover una sana administración de los recursos públicos en las entidades del Estado, y su cumplimiento es responsabilidad de los titulares, funcionarios y servidores de cada entidad, dentro del marco de sus competencias.

Control Interno: Es un proceso integral efectuado por el titular, funcionarios y servidores de una entidad, se encuentra diseñado para enfrentar a los riesgos y para dar seguridad razonable de que en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzaron los objetivos de la empresa.

Sistema de Control Interno: Es un conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizada e instituida en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos institucionales que procura.

3.3 Componentes del Control Interno:

Los **Componentes del Sistema de Control Interno**, en base a los cuales se realiza el diagnóstico son:

- El ambiente de control
- La evaluación de riesgos
- Las actividades de control gerencial
- La información y comunicación
- Supervisión

3.4 Metodología:

Para lograr obtener el diagnóstico del Sistema de Control Interno, se ha procedido de la siguiente manera:



3.5 Diagnóstico del Sistema de Control Interno:

Para obtener el diagnóstico del Sistema de Control Interno, se aplicaron dos métodos:

3.5.1 Aplicación de Informe Situacional de las Unidades Orgánicas:

Se ha solicitado a los integrantes del Equipo de Apoyo del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno, que elaboren el Informe Situacional de las unidades orgánicas que representan, cuyo contenido es el siguiente:

<p>PROBLEMAS IDENTIFICADOS (SITUACIONES CRÍTICAS): Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora.• Principales procesos y áreas críticas• Controles que se deben adoptar• Normas pendientes de implementar o actualizar• Políticas y lineamientos que se deben poner en práctica• Soporte del personal profesional, técnico y operativo.• Comunicación interna (entre unidades orgánicas y entre funcionarios y trabajadores), externa (con terceros).• Soporte tecnológico informático• Seguridad del acervo documentario• Supervisión de actividades por parte de jefaturas• Seguimiento de Resultados, autoevaluación <p>FORTALEZAS IDENTIFICADAS: Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• Buenas prácticas que permiten controlar las actividades a cargo.• Lineamientos impartidos que han mejorado la gestión.• Controles que se han establecido, aún no estén formalizados en algún documento.• Soporte del personal profesional, técnico y operativo.• Comunicación interna (entre unidades orgánicas y entre funcionarios y trabajadores), externa (con terceros).• Soporte tecnológico informático• Seguridad del acervo documentario• Supervisión de actividades por parte de jefaturas• Seguimiento de Resultados, autoevaluación <p>ACCIONES ADOPTADAS FRENTE A PROBLEMAS IDENTIFICADOS:</p> <p>ALTERNATIVAS/PROPUESTAS DE SOLUCION:</p>
--

Los resultados obtenidos forman parte del anexo N° 1 del presente diagnóstico y a manera de resumen se muestran los siguientes **PROBLEMAS IDENTIFICADOS** (debilidades) y **OPORTUNIDADES DE MEJORA** (oportunidades):

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (debilidades):

- Deficiencia de la ejecución de actividades en función a planes (PMO, PEI, POI, otros).
- Falta de hábito de medir los avances mediante indicadores, salvo que sea por exigencia de entes fiscalizadores o reguladores.
- Reglamento Interno de Trabajo (RIT) no adecuado al régimen laboral de la actividad privada.
- Instrumentos de gestión desactualizados.
- CAP desactualizado y no concordante con planillas de remuneraciones.
- Carencia de política laboral.

- Inadecuado funcionamiento de la unidad de trámite documentario, ya que solo recepciona y entrega documentación, mas no realiza seguimiento y atención de documentos.
- Falta evaluación del cumplimiento de medidas de austeridad.
- Demora en los procesos de adquisición de bienes y servicios.
- Falta de capacitación de acuerdo al Plan de Fortalecimiento de Capacidades.
- Falta de políticas ambientales y de recursos hídricos superficiales y subterráneos.
- Falta de supervisión a personal.
- Falta control de calidad de toda documentación fuente: contratos laborales, contratos civiles, convenios, información de gestión, entre otros que sirven para informar a entes externos e internos o para ejercer defensa en procesos legales o atender fiscalizaciones.
- Falta de manuales de procedimientos.
- Carencia de archivos digitales, excesiva documentación física y sin inventarios.
- Carencia de supervisión, control y seguimiento y exigencia para el cumplimiento de metas.
- Infraestructura de la sede central obsoleta e insegura, existe hacinamiento, falta de ventilación, inadecuada temperatura para que el personal permanezca en las oficinas durante la jornada laboral.
- Infraestructura del almacén central obsoleta e insegura.
- Carencia de ambientes para archivo central.
- Falta de ambientes para que el personal operativo se cambie el uniforme por la ropa de trabajo y custodien en dichos ambientes sus ropas e implementos, además de contar con duchas, generando que en los alrededores de la sede central el personal alquile ambientes por cuenta propia.
- Creación de archivos de documentos y almacenes de materiales en diferentes oficinas, contribuyendo al descontrol y al uso de documentos y materiales.
- Acumulación de acervo documentario en las diferentes oficinas que datan de años 1990, 2004, 2012 y recientes que no son recibidos en el archivo central.
- Infraestructura de planta de tratamiento de Vilcacoto, carente de casa química, almacén de insumos químicos, repartición de caudal, formalización de terreno, en el laboratorio no se cuenta con almacén para reactivos, entre otros.
- Inseguridad del personal que cubre turnos en la Planta de Vilcacoto y se retira a sus domicilios a altas horas de la noche o madrugada.
- Incumplimiento del personal en el uso de equipos de protección personal (EPP).
- Exceso de procesos legales de índole laboral, que genera perjuicio económico a la empresa y conlleva a distraer demasiado tiempo para

proporcionar documentación que sirva para la defensa en el fuero judicial.

- Carencia de escala remunerativa, las remuneraciones de funcionarios están congeladas desde el año 1996.
- Carencia de personal especializado en diversos campos: catastro técnico-comercial, tributación, contabilidad de costos, entre otros.
- Incumplimiento de plazos.
- Carencia de un sistema informático integral que ayude a simplificar las gestiones. Se utilizan diversos sistemas: SIGA, AVALON, SICOFI, SISTEMA COMERCIAL.
- Falta de licencia de software.
- Carencia de nuevas tecnologías de información (lectura de medidores, catastro técnico, catastro comercial).
- No se percibe fluida y aceptable comunicación interna, no se realizan talleres de análisis y mejora de los resultados con participación de funcionarios y trabajadores.
- No existe normatividad establecida de comunicación interna escrita (uso adecuado de memorandos, reportes, informes, solicitudes, etc.).
- No se practica la autoevaluación y autorregulación.
- Hay centralismo de parte de las instituciones reguladoras y fiscalizadoras, ya que requieren información pero no aportan en el mejoramiento institucional.
- Existen directivas que no se cumplen.
- No se comunican oportunamente las deficiencias en los procesos y no se disponen mejoras documentadas oportunas.
- Falta de motivación al personal para el cumplimiento de metas y objetivos.
- Falta de evaluación del clima organizacional y aplicación de mejoras.
- Reiterada reprogramación del uso físico de vacaciones.
- Los reclamos de usuarios no son atendidos oportunamente.
- La mayoría de tuberías de conducción, impulsión, aducción y distribución de agua potable han cumplido su vida útil, siendo necesario el reemplazo o renovación.

OPORTUNIDADES DE MEJORA (oportunidades):

- Ejecutar actividad en función a planes (PMO, PEI, POI, otros).
- Determinar Políticas de Gestión que permitan el logro de metas en aspectos técnicos, comerciales y administrativos.
- Poner en práctica los manuales de procesos.
- Aplicar y utilizar los documentos de gestión que reemplazan al MOF y ROF, como son MOR y ROF PRO.
- Actualizar y/o elaborar directivas.
- Modificar el Reglamento Interno de Trabajo.
- Capacitar al personal.
- Implementación de intranet.

- Evaluar periódicamente todo tipo de plan (PEI, PMO, POI y todo plan), mediante indicadores y metas.
- Formalizar el desarrollo del Comité Gerencial (actas, seguimiento de acuerdos).
- Elaborar e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información, Plan Operativo Informático, Plan Estratégico de Tecnologías de información.
- Elaborar directiva sobre seguridad informática.
- Adquirir licencias de software.
- Adquisición de dispositivos para almacenamiento de grandes volúmenes de información.
- Brindar capacitación a los usuarios de los sistemas implantados.
- Concientizar a los usuarios sobre el buen uso del servicio de internet, correo electrónico, página web, cuidado de equipos de cómputo.
- Construir un nuevo local para la Sede Central.
- Construir un laboratorio de acuerdo a la norma técnica de edificaciones de laboratorios de agua.
- Motivar al personal para el cumplimiento de metas y objetivos.
- Evaluar el clima organizacional y aplicar mejoras.
- Realizar campañas de prevención frente a desastres naturales.
- Implementar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Implementar el Sistema de Riesgos.
- Difundir y poner en práctica el Código de Ética.
- Difundir y poner en práctica el Código de Buen Gobierno Corporativo.
- Incrementar el servicio de agua potable y alcantarillado de acuerdo al crecimiento poblacional.
- Gestionar fuentes de financiamiento para la construcción de infraestructura administrativa.
- Implementar la gestión por procesos.
- Elaborar el catastro técnico y comercial.
- Mantener operativo, certificar y dar mantenimiento al banco de medidores.
- Elaborar un Plan de Contingencias.
- Aplicar mejora continua en todos los procesos.
- Involucrar a todas las gerencias y áreas en el desarrollo de acciones que corresponden a la prestación de los servicios de saneamiento y calidad de los mismos.

3.5.2 Aplicación de la Matriz de vinculación de los Componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión:

Se ha aplicado la herramienta que forma parte de la “Guía para la implementación del Sistema de control interno en las entidades del Estado”, aprobada con Resolución N° 458-2008-CG, la cual permite evaluar el nivel de madurez del Sistema de Control Interno en la EPS, el resultado fue el siguiente:

3.5.2.1 Ambiente de control:

PRINCIPIOS	Nº	DOCUMENTO DE GESTION	EXISTE	NO EXISTE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1. La entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos.	1	Acta de compromiso suscrita.	1		Acta de Compromiso de directorio y funcionarios
	2	Acta de charla de Sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participación con las firmas correspondientes.	1		Documento de notificación y lista de participación con firmas
	3	Enunciado de la declaración de Misión, Visión y Valores	1		Está publicado en la página web de la EPS
	4	Difusión del acta de compromiso.	1		Está publicado en la página web de la EPS
	5	Código de Ética institucional aprobado, vigente y difundido.	1		Aprobado con R.D N°016-2016-EPS SHSA de fecha 11/07/2016 y está publicado en la página web de la EPS
	6	Registro de Sanciones de Destitución y Despido actualizado.		1	
	7	Declaración jurada de sujeción al Código de Ética en legajos de los funcionarios y trabajadores.		1	
2. La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del control interno.	8	Documento de designación del comité de Control Interno (CCI).	1		Resolución de Gerencia General N° 231-2013-SEDAM.HYO.S.A./GG de fecha 29/11/2013
3. La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de la autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.	9	Planes aprobados: Plan Maestro Optimizado (PMO), Plan Estratégico Institucional (PEI), Plan Operativo Institucional (POI) y otros planes sectoriales articulados y ligados a las Políticas Nacionales.	1		Resolución de Consejo Directivo N° 024-2015-SUNASS-CD - Aprueban metas de gestión, fórmula tarifaria y estructura tarifaria de SEDAM HUANCAYO S.A. durante el quinquenio regulatorio 2015 - 2020.-P.M.O. Plan Maestro Optimizado 2015 - 2020. y Plan Estratégico Institucional 2018-2022, aprobado con Resolución de Directorio N°051-2018-EPSSSHA/PD. Plan Operativo Institucional 2019, aprobado con Resolución de Gerencia General N°289-2018-EPSSSHA/GG.
	10	Plan Anual de Contrataciones debidamente aprobado.	1		Aprobado con Resolución de Gerencia General N° 020-2019-EPSSSHA
	11	Informes trimestrales de evaluación del POI que realizan las unidades orgánicas.		1	
	12	Estructura orgánica - organigrama.	1		Resolución de Directorio N° 007-2006-PD
	13	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado y vigente.	1		Resolución de Directorio N° 034-2006-PD
	14	Cuadro de Puestos de la Entidad- CPE aprobado y vigente.		1	
	15	Manual de Perfiles de Puestos - MPP aprobado y Vigente; así como vinculado al PEI y al ROF.		1	
	16	Mapa de Procesos (Diagrama y Fichas Técnicas).	1		Resolución de Gerencia General N° 079-2012-GG
	17	Mnuales de Gestión de Procesos y Precedimientos.	1		Resolución de Gerencia General 238-2015-GG Resolución de Gerencia General 122-2016-GG Resolución de Gerencia General 169-2016-GG Resolución de Gerencia General 230-2016-GG Resolución de Gerencia General 285-2016-GG
	4. La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes en alineación con los objetivos de la organización.	18	Reglamento Interno de Trabajo, aprobado y vigente	1	
19		Procedimiento de Inducción a los funcionarios y trabajadores, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos.		1	
20		Procedimiento de capacitación.		1	
21		Procedimiento de evaluación de personal.		1	
22		Lineamientos de rendición de cuentas, declaraciones juradas.		1	
23		Escala remunerativa en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.		1	
24		Evaluaciones del clima laboral.		1	
25		Registro de evaluación de los perfiles del personal de la Entidad.		1	
26		Plan de Fortalecimiento Institucional		1	
27		Plan de Capacitación aprobado.		1	
28	Plan de sensibilización y capacitación en Control Interno.		1		
5. La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.	29	Registro de documentos de designación de encargaturas (asignación de atribuciones y responsabilidades al personal).		1	
	30	Reglamento del Comité de Control Interno.	1		Resolución de Directorio N° 033-2018-PD
	31	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.	1		Oficio N° 159-2018-EPSSSHA-OCI
	31		15	16	
	100%		48%	52%	

3.5.2.2 Evaluación de Riesgos:

PRINCIPIOS	Nº	DOCUMENTO DE GESTION	EXISTE	NO EXISTE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
6. La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.	1	Lineamiento o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado.		1	
	2	Plan de Gestión de Riesgos aprobado.		1	
	3	Política de Riesgos.		1	
	4	Manual de Gestión de Riesgos.		1	
	5	Procedimientos para la gestión de riesgos.		1	
7. La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se debe gestionar.	6	Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.		1	
	7	Inventario de riesgos de la entidad.		1	
	8	Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de Riesgos.		1	
	9	Plan de Tratamiento de Riesgos o similar.		1	
	10	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas.		1	
8. La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.	11	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.		1	
	12	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.		1	
	13	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.		1	
9. La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCL.	14	Reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que puedan impactar en el SCL.		1	
	15	Reportes del monitoreo de los cambios interno (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el SCL.		1	
	15		0	15	
	100%		0%	100%	

3.5.2.3 Actividades de Control:

PRINCIPIOS	Nº	DOCUMENTO DE GESTION	EXISTE	NO EXISTE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
10. La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos.	1	Procedimientos de autorización y aprobación documentados comunicados a los funcionarios y trabajadores responsables.		1	
	2	Procesos de la entidad documentados.	1		Resolución de Gerencia General 238-2015-GG Resolución de Gerencia General 122-2016-GG Resolución de Gerencia General 169-2016-GG Resolución de Gerencia General 230-2016-GG Resolución de Gerencia General 285-2016-GG
	3	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.		1	
	4	Normas internas aprobadas que evidencian que la segregación de funciones se aplica en los procesos, actividades y tareas que realizamos la entidad.		1	
	5	Reportes de Evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumplen con la segregación de funciones.		1	
	6	lineamientos para la aplicación de evaluación costo- beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.		1	
	7	Estudios específicos que demuestran que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).		1	
	8	Procedimientos documentados y actualizados para utilizar, custodiar, controlar y acceder a los recursos de la entidad: instalaciones, recursos económicos, tecnología de información, bienes y equipos patrimoniales.	1		Directiva Normas para la entrega recepción de cargos y presentación de declaración jurada de ingresos, bienes y rentas, R.G.G. N°155-2017-SHSA/GG Directiva Normas y Procedimientos para la asignación de viáticos, R.D. N°022-2012-SHSA/PD. Directiva para la administración del fondo para pagos en efectivo - Caja Chica (gastos operativos y de inversión), R.G.G. N°197-2013-SHSA/GG Directiva medidas de Seguridad y correcto uso de equipos computacionales, R.D. N°020-2012-SHSA/PD
	9	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.		1	
	10	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.		1	
	11	Procedimientos documentados aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.		1	
	12	Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.	1		Actas de arqueo de caja Inventario de bienes patrimoniales Actas de visitas inopinadas al personal
	13	Labores de verificación y/o conciliación de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos.	1		Acta de Conciliación bancaria Acta de arqueo de caja Inventario de bienes patrimoniales
	14	Registro y seguimiento de Indicadores de desempeño del plan estratégico y del plan operativo.		1	
	15	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	1		Resolución de Gerencia General 238-2015-GG Resolución de Gerencia General 122-2016-GG Resolución de Gerencia General 169-2016-GG Resolución de Gerencia General 230-2016-GG Resolución de Gerencia General 285-2016-GG
	16	Procedimientos internos para la rendición de cuentas.	1		Manual de Rendición de Cuentas y Desempeño de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A., R.D.N°028-2012-SHSHA/PD
	17	Registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR.		1	
	18	Registros de cumplimiento en la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.	1		Las declaraciones juradas de ingresos, bienes y rentas obran en cada legajo personal
	19	Registros de cumplimiento de la presentación del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para la elaboración de la Cuenta General de la República.	1		Oficio N° 002-2019-EPSSHSA/GG Oficio N° 003-2019-EPSSHSA/GG Oficio N° 004-2019-EPSSHSA/GG

11. La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	20	Lineamientos sobre la política de seguridad informática.		1	
	21	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.		1	
	22	Plan Operativo Informático y Guía de Elaboración.		1	
	23	Plan de Contingencias aprobado.		1	
	24	Plan Estratégico de Tecnologías de Información - PETI y su evaluación.		1	
	25	Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y trabajadores de la EPS en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.		1	
	26	Normas para el uso y conservación de las computadoras personales (PC) y periféricos.	1		Directiva medidas de Seguridad y correcto uso de equipos computacionales, R.D. N°020-2012-SHSA/PD
12. La entidad despliega las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de Control Interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.	27	Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la Entidad.		1	
	28	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.		1	
	29	Registros de implementación de propuestas de mejora de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.		1	
	30	Informe o reportes de las revisiones efectuadas a los procesos, procedimientos, actividades y tareas.		1	
31	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.	1		Resolución de Gerencia General 238-2015-GG Resolución de Gerencia General 122-2016-GG Resolución de Gerencia General 169-2016-GG Resolución de Gerencia General 230-2016-GG Resolución de Gerencia General 285-2016-GG	
31		10	21		
100%		32%	68%		

3.5.2.4 Información y Comunicación:

PRINCIPIOS	Nº	DOCUMENTO DE GESTION	EXISTE	NO EXISTE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
13. La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	1	Normas internas que regulen los requisitos de la información		1	
	2	Normas que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.		1	
	3	Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.		1	
	4	Procedimiento estableciendo los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica.		1	
	5	Existencia del sistema integrado de gestión administrativa (ERP o similar)		1	
	6	Existencia del sistema integrado de gestión comercial (ERP o similar)	1		
	7	Registros de revisión periódica de los Sistemas de Información para detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios en el entorno o ambiente interno de la organización		1	
	8	Registros de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa / reclamos o pedidos de los usuarios.		1	
	9	Informe de satisfacción del usuarios/ ciudadano.		1	
	10	Directiva para la administración del archivo general	1		Directiva para la organización y transferencia de documentos al Archivo Central, RGG 244-2016-SHSA/GG
	11	Plan Anual de Trabajo archivístico		1	
	12	Ambientes del archivo institucional adecuados.		1	
	13	Información preservada en medios físicos (archivos, documentados y/o digitales).		1	
	14	Normativa interna sobre préstamo de documentación del archivo y transferencia de documentación al archivo.	1		Directiva para la organización y transferencia de documentos al Archivo Central, RGG 244-2016-SHSA/GG
14. La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del SCI.	15	Norma para la administración y uso de internet y correo electrónico.		1	
	16	Existencia de medios que facilitan la comunicación interna : Intranet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos murales; de conocimiento de los funcionarios y trabajadores	1		correo electrónico periódicos murales memorandos
	17	Mecanismo para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y trabajadores.		1	
	18	Canales de denuncias		1	
15. La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.	19	Libro de reclamaciones físicas y virtuales.	1		Libro de reclamaciones físicas.
	20	Informe de reclamaciones de usuarios.		1	
	21	Norma actualizada para regular la actualización del Portal web y el Portal de transparencia.		1	
	22	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).		1	
22		5	17		
100%		23%	77%		

3.5.2.5 Supervisión:

PRINCIPIOS	Nº	DOCUMENTO DE GESTION	EXISTE	NO EXISTE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
16. La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento	1	Diagnóstico (línea de base) del control interno	1		Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A. Resolución de Gerencia General Nº 010-2017-SEDAM.HYO.S.A./GG.
	2	Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.		1	
	3	Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (objetivos, indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Institucional		1	
	4	Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.		1	
	5	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.	1		Documento de notificación y lista de participación con firmas.
17. La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la Alta Dirección.	6	Comunicaciones a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo, para que adopten los correctivos.		1	
	7	Informes de la Alta Dirección sobre la adopción de medidas correctivas.		1	
	8	Reportes de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.	1		M/Nº631-2018-GG - Comunicando recomendaciones a implementar. M/Nº552-2018-GG - Comunicando recomendaciones a implementar.
	9	Registro de deficiencias reportadas por el personal.		1	
	10	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.		1	
	11	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan el OCL.	1		R.G.G. 026-2018-EPSSHSA/GG implementando la Recomendación Nº 5 de la Observación Nº 1 de la Acción de Control Nº 23477-2013-001 (INFORME Nº 002-2013-2-3477 - REFORMULADO) "EXAMEN ESPECIAL A LAS OBRAS EJECUTADAS DURANTE EL PERÍODO 2011 Y 2012", mediante la aprobación del INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA FICHA DE SUPERVISIÓN DE OBRAS PÚBLICAS EJECUTADAS POR ADMINISTRACIÓN DIRECTA Y/O CONTRATO.
	12	Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.		1	
13	Evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.	1		Evaluación trimestral del POI	
	13		5	8	
	100%		38%	62%	

Resumen del nivel de madurez del Sistema de Control Interno de la EPS SEDAM Huancayo S.A.:

COMPONENTE	TOTAL DE ASPECTOS VERIFICADOS		CUMPLIMIENTO		INCUMPLIMIENTO	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Ambiente de control	31	100%	15	48%	16	52%
Evaluación de riesgos	15	100%	0	0%	15	100%
Actividades de control	31	100%	10	32%	21	68%
Información y comunicación	22	100%	5	23%	17	77%
Supervisión	13	100%	5	38%	8	62%
TOTAL	112	100%	35	31%	77	69%

De ello se concluye que de los 112 aspectos verificados, la EPS SEDAM HUANCAYO S.A. cumple 35 que representa en 31%.

Interpretando este resultado de acuerdo a la ESCALA DE NIVELES DEL DESARROLLO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO establecida por la Contraloría General de la República tenemos que el Sistema de Control Interno de la EPS SEDAM HUANCAYO S.A. se encuentra con un nivel de desarrollo INICIAL.

NIVEL DE DESARROLLO	DESCRIPCION	PORCENTAJE	
		DE	A
CRITICO	Los componentes del control interno no han sido desarrollados o han sido desarrollados incipientemente	0	19
INICIAL	Los componentes existen pero no están formalizados	20	39
INTERMEDIO	Los componentes existen y están formalizados	40	59
AVANZADO	Los componentes existen y están formalizados, además están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento	60	79
OPTIMO	Los componentes existen y están formalizados además están operando y existe evidencia documental de su cumplimiento, muestran eficiencia, eficacia y se encuentran en un proceso constante de mejora continua.	80	100

IV ASPECTOS A IMPLEMENTAR

En base a los resultados obtenidos de los Informes Situacionales de cada unidad orgánica y la Matriz de vinculación de los Componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión, se han determinado la mayoría de acciones a implementar, las que se detallan a continuación:

4.1 Ambiente de control:

COMPONENTE DE CONTROL	ACCIONES A IMPLEMENTAR	REPOSABLES
NORMA DE CONTROL: AMBIENTE DE CONTROL		
Filosofía de la Dirección	Implementar los instrumentos de gestión: ROF-PRO, MOR y MAPRO.	OGPP
	Elaborar e implementar los instrumentos de gestión: CAP, PAP, CNR	OGPP
	Establecer políticas ambientales y de recursos hídricos superficiales y subterráneas versus crecimiento poblacional.	DIRECTORIO GG
	Establecer un cronograma de seguimiento, control y evaluación de las medidas adoptadas para reducción del agua no facturada.	GG GC
Integridad y valores éticos	Sensibilizar y difundir periódicamente el Código de Ética, aprobado con RD 016-2016-PD	GAF ARRHHYRRII
	Establecer políticas laborales.	GG GAF ARRHHYRRII
	Actualizar periódicamente la Declaración Jurada de Bienes y Rentas	GAF ARRHHYRRII
	Difundir periódicamente el Reglamento Interno de Trabajo	GAF ARRHHYRRII
Administración Estratégica	Evaluar la aplicación del Reglamento Interno de Trabajo y proponer mejoras y/o modificaciones acorde a la legislación laboral del sector privado.	GAF ARRHHYRRII
	Elaborar el Plan de Contingencia	GT
	Articular el POI de cada ejercicio al PEI y PMO.	OGPP
	Cumplir metas previstas en el POI.	OGPP
	Evaluar el cumplimiento de metas del POI	OGPP
Estructura organizacional	Efectuar medición de metas mediante indicadores	OGPP
	Implementar los instrumentos de gestión: ROF-PRO, MOR y MAPRO.	OGPP
	Elaborar e implementar los instrumentos de gestión: CAP, PAP, CNR	OGPP
	Actualizar el CAP 2007	GAF ARRHHYRRII
	Verificar el cumplimiento de requisitos para aplicación de nueva escala remunerativa aplicable al personal de confianza, de acuerdo al D.S. N°008-2015-VIVIENDA y R.M. N° 192-2015-VIVIENDA.	GAF ARRHHYRRII
	Analizar y evaluar la unificación de los laboratorios: físico-químico, bacteriológico y de procesos.	GT OGPP
	Mantener la Unidad de Control de Calidad a cargo de la Gerencia General	GG OGPP
	Mantener la Unidad de Supervisión de Obras a cargo de la Gerencia General	GG OGPP
Administración de los recursos humanos	Poner en práctica el proceso de selección	GAF ARRHHYRRII
	Realizar exposiciones periódicas dirigidas a los trabajadores respecto al contenido y aplicación del Reglamento Interno de Trabajo - R.I.T.	GAF ARRHHYRRII
	Elaborar el Plan Anual de Capacitaciones, alineado al Plan de Fortalecimiento de Capacidades, Plan Maestro Optimizado y Presupuesto Institucional.	GAF AL
	Establecer reglas para la evaluación del personal de acuerdo a las normas legales vigentes	GAF ARRHHYRRII
	Elaborar un programa de inducción dirigido al personal ingresante (funcionarios y trabajadores).	GAF ARRHHYRRII
	Reubicar y/o rotar al personal de acuerdo a los perfiles de puesto y C.A.P., respetando la estructura orgánica vigente. Evitar trasladar responsabilidades entre unidades orgánicas. (Ref. Unidad de Control de Calidad, Unidad de Supervisión).	GG OGPP GAF ARRHHYRRII
Competencia profesional	Verificar los requisitos de cada puesto y comparar con el perfil de funcionarios y trabajadores.	GAF ARRHHYRRII
	Proponer rotaciones de puesto.	GAF ARRHHYRRII
Asignación de autoridad y responsabilidad	Notificar a cada funcionario y trabajador sus funciones y responsabilidades.	GAF ARRHHYRRII
	Revisar y actualizar periódicamente el M.O.F.	GG OGPP
Órgano de Control Institucional	Evaluar periódicamente el sistema de control interno	OCI
	Emitir informe sobre la evaluación al sistema de control interno.	OCI

4.2 La evaluación de riesgos:

COMPONENTE DE CONTROL	ACCIONES A IMPLEMENTAR	REPOSABLES
Planeamiento de la Administración de Riesgos	Elaborar un Diagnóstico de Riesgos Elaborar un Plan de Gestión de Riesgos	GG
Identificación de los riesgos		OGPP
Valoración de los riesgos		GT
Respuesta al riesgo		GC GAF

4.3 Las actividades de control gerencial:

COMPONENTE DE CONTROL	ACCIONES A IMPLEMENTAR	REPOSABLES
Procedimiento de autorización y aprobación	Implementar los instrumentos de gestión: ROF-PRO, MOR y MAPRO.	GG
Segregación de funciones		OGPP GAF
Evaluación Costo-Beneficio	Analizar y evaluar el costo-beneficio de los controles existentes.	OGPP GAF
	Analizar y evaluar el costo-beneficio de los controles que se van a implantar.	OGPP GAF
Controles sobre el acceso a los recursos o archivos	Elaborar instructivo para la ejecución de arquezos de fondos (tesorería, cobranza de pensiones de agua, caja chica, anticipos, etc.).	OGPP GAF AC
	Elaborar instructivo para ejecución de inventario de existencias.	OGPP GAF AC
	Identificar los activos expuestos a robo o uso no autorizado	GAF AC
	Establecer medidas de seguridad para activos expuestos a robo o uso no autorizado	GAF AC
	Elaborar instructivo para manejo de documentos internos y externos	OGPP OSG
	Mejorar el control previo en las gestiones administrativas que implican desembolsos de dinero.	GAF AC
	Verificar la ejecución de los procesos, actividades y tareas.	OGPP
Verificaciones y conciliaciones	Efectuar conciliaciones de información de facturación vs información contable	AC AFC
	Efectuar conciliaciones de información contable vs información presupuestal	AC OGPP
	Efectuar conciliaciones de existencias de almacén vs información contable	AL AC
	Informar a la Gerencia Técnica y Area de Ingeniería el stock de materiales, para que éstos sean considerados en los siguientes proyectos de inversión y no generar almacenamiento innecesario y deterioro de estos materiales.	GAF AL
	Actualizar la Directiva para la Evaluación del Rendimiento y Comportamiento Laboral de los Trabajadores de la Empresa SEDAM HUANCAYO S.A. R.G.G. N° 128-2010-SEDAMHYO.S.A./GG	OGPP GAF ARRHHYRRII
Rendición de Cuentas	Verificar el cumplimiento de la Directiva para la Administración del Fondo para Pagos en Efectivo - Caja Chica	GAF
	Verificar el cumplimiento del Código de Ética en cuanto a presentación de la Declaración Jurada de Ingresos, Bienes y Rentas, en los casos siguientes: - al inicio de la gestión, cargo o labor. - al término de la gestión, cargo o labor. - durante el ejercicio con una periodicidad anual (inicio y final de cada año).	GAF
	Verificar la rendición de anticipos otorgados dentro del plazo permitido y los descuentos oportunos en planilla de remuneraciones, de montos no rendidos.	GAF
	Verificar el cumplimiento del Manual de Rendición de Cuentas y Desempeño de la E.P.S. SEDAM HUANCAYO S.A.	OGPP
Documentación de procesos, actividades y tareas	Notificar a cada funcionario y trabajador sus funciones y responsabilidades.	GAF ARRHHYRRII
	Concluir con la actualización de instrumentos de gestión como son ROF-PRO, MOR, CAP, PAP, CNR, MAPRO e iniciar la implementación	OGPP

Revisión de procesos, actividades y tareas	Revisar y actualizar periódicamente el M.O.F.	OGPP
	Implementar los instrumentos de gestión: ROF-PRO, MOR y MAPRO.	OGPP
	Establecer un Plan de Mejora Continua	OGPP
	Revisar el proceso de atención de reclamos comerciales y operacionales	OGPP
	Elaborar un Estudio de Tiempos y Movimientos, que nos permita optimizar los recursos.	OGPP
	Elaborar un Plan de Contingencias de Saneamiento (incluye ejecución de obras con presupuesto de gastos operativos y no dentro del marco del Invierte.pe).	OGPP GT GC GAF
	Elaborar un Plan de Mejoramiento de la Planta de Vilcacoto, incluyendo, laboratorios, oficinas administrativas, etc..	GT
	Elaborar un Plan de Mejoramiento de la Captación 24	GT
Controles para las tecnologías de información y comunicación	Verificar el cumplimiento de la Directiva para el Uso de Herramientas de Desarrollo de Sistemas de Implementación, Software de Aplicación e Implementación de bases de Datos de SEDAM HUANCAYO S.A. (R.D. N° 019-2012-SHSA/PD).	OGIC
	Verificar el cumplimiento de la Directiva de Medidas de Seguridad y Correcto Uso de Equipos Computacionales (R.D. N° 019-2012-SHSA/PD).	OGIC
	Elaborar Directiva sobre la protección y seguridad de la información.	
	Elaborar Directiva sobre acceso y uso de internet.	OGIC
	Elaborar Plan de Contingencias Informático.	OGIC
	Elaborar Plan Estratégico de Tecnologías de Información.	OGIC
	Elaborar Directiva de Custodia de Backups.	OGIC
	Elaborar instructivo para establecer perfiles de usuarios de acuerdo a funciones y responsabilidades de funcionarios y trabajadores, cambio frecuente de contraseñas, suspensión de uso cuando ya no tiene vínculo con la empresa.	OGIC
	Elaborar un Plan anual de mantenimiento del Parque informático.	OGIC
	Elaborar un Plan Estratégico de Tecnologías de Información.	OGIC
	Implementación e implantación del software administrativo.	OGIC
	Elaborar plan anual de mantenimiento del software comercial SYSCO.	OGIC
	Elaborar el Plan Anual de Soporte Técnico.	OGIC
	Elaborar Plan de Capacitación en Tecnologías de información.	OGIC
	Verificar la existencia de licencias, sus vigencias, y gestionar las faltantes mediante un plan de licenciamiento.	OGIC

4.4 La información y comunicación:

COMPONENTE DE CONTROL	ACCIONES A IMPLEMENTAR	REPOSABLES
Funciones y características de la información	Emitir lineamiento respecto a la información que las unidades orgánicas deben proveer al Directorio y Gerencia General para la toma de decisiones.	GG OSG
Información y responsabilidad	Establecer el contenido y plazos de entrega de información al Directorio y Gerencia General, para la toma de decisiones.	GG OSG
Calidad y suficiencia de la información	Verificar el contenido de la información remitida por las unidades orgánicas	GG OSG
Sistemas de información	Diseñar un Sistema de Información (integrado), que permita administrar y efectuar el seguimiento de los documentos externos, desde su ingreso a la empresa (mesa de partes o trámite documentario) hasta la entrega del resultado final. Nota: No incluye los documentos sobre atención de reclamos a usuarios, ya que éstos son atendidos de acuerdo al procedimiento establecido por la SUNASS.	OGIC OSG
	Establecer un Plan de Mejora Continua basado en la opinión del usuario interno y externo.	OGPP
	Verificar el cumplimiento de las normas externas e internas en relación a la Atención al Cliente.	GC
Flexibilidad al cambio	Efectuar mejoras a las normas internas y externas para adecuar a nueva normatividad y/o para mejorar el proceso.	OGPP OGAL
	Llevar a cabo capacitaciones específicas sobre la gestión comercial y operacional, basado en las normas del sector saneamiento, a fin de mejorar el servicio y atención al cliente.	GAF ARRHHYRRII GC
	Efectuar gestiones y desarrollar pasantías en otras EPS, con participación del personal de planta.	GAF ARRHHYRRII
Archivo institucional	Dotar de ambientes adecuados al Archivo Central a fin de que reciba la documentación de las diferentes unidades orgánicas.	OSG OGPP
Comunicación interna	Elaborar directiva o instructivo sobre la emisión de documentos de comunicación interna.	OSG OGPP
	Mantener actualizado e informado al Directorio y Gerencia General respecto a las principales actividades.	GG OSG
	Verificar la ejecución del procedimiento administrativo establecido en el Código de Ética, para denuncias.	GG OGAL
Comunicación externa	Elaborar directiva o instructivo sobre la emisión de documentos de comunicación externa.	OSG OGPP
	Verificar la actualización del portal de transparencia de acuerdo a normas vigentes.	OSG OGIC
	Emitir lineamientos sobre responsabilidades de las unidades orgánicas para proporcionar información que se utiliza para la actualización de la página web institucional.	OSG OGIC
Canales de Comunicación	Establecer canales de comunicación que permitan el uso uniforme de franelógrafos, periódicos murales, vitrinas y similares, para las comunicaciones internas y conservando el orden y la limpieza de la institución.	OSG
	Implementar Sistema de Trámite Documentario	OSG
	Actualización y mantenimiento de la página Web y el Portal de Transparencia	OSG
	Elaborar y desarrollar un Plan de Comunicación	OSG
	Implementar el uso de intranet	OGIC
	Implementar el Balanced Score Card	OGIC
Adquirir un Sistema Informático de Información	OGIC	

4.5 Supervisión:

COMPONENTE DE CONTROL	ACCIONES A IMPLEMENTAR	REPOSABLES
Actividades de prevención y monitoreo	Revisar los indicadores del Plan Maestro Optimizado - P.M.O.	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Plan Operativo Institucional - P.O.I.	GG OGPP
	Revisar los indicadores del Plan Estratégico Institucional - P.E.I.	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Plan de Fortalecimiento Institucional - P.F.C. y Plan Anual de Capacitaciones	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Plan Anual de Contrataciones - P.A.C.	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Presupuesto Institucional de Aprtura y Modificado - P.I.A./P.I.M.	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Presupuesto Analítico de Personal - P.A.P.	DIRECTORIO GG
	Revisar los indicadores del Manual de Procedimientos - MAPRO.	DIRECTORIO GG
	Revisar el cumplimiento del Plan de Inspección Sanitaria.	DIRECTORIO GG
	Elaborar el Plan de Seguridad de Agua.	DIRECTORIO GG
	Evaluar la aplicación y cumplimiento de las normas de austeridad, racionalidad y de ingreso del personal	DIRECTORIO GG
	Efectuar verificaciones "in situ" respecto a las labores que realizan los trabajadores (funcionarios, empleados y obreros).	GAF ARRHHYRRII
	Efectuar verificaciones del uso de uniformes e implementos de seguridad en el desarrollo de las labores que realizan los trabajadores (funcionarios, empleados y obreros).	GAF ARRHHYRRII
	Implementar el uso del BSC - Balanced Scorecard	OGPP OGIC
	Realizar reuniones de trabajo con el personalfuncionarios y trabajadores para analizar los resultados de los planes, indicadores, etc..	GG OGPP GT GC GAF
	Viabilizar el proyecto y construir el local institucional ACORDE A NECESIDADES Y ACTIVIDADES.	GG OGPP GT
	Elaborar y desarrollar un Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.	GAF
	Practicar orden e higiene en las oficinas y mejorar el servicio de limpieza.	GAF AL
	Elaborar un Plan de renovación de mobiliario, ACORDE A LAS NECESIDADES Y FUNCIONES.	GAF AL
	Efectuar seguimiento a la ejecución física y financiera de obras.	OGPP GAF GT
Redistribuir el uso de unidades móviles y asignar responsables del bien.	GAF AC	
Adquirir normas técnicas peruanas (NTP) para la supervisión, elaboración de perfiles, expediente técnicos, términos de referencias y especificaciones técnicas.	GT	
Automatización de estaciones de bombeo.	GT AO	
Seguimiento de resultados	Identificar deficiencias, causas y efectos o consecuencias que ocurren en el desarrollo de los procesos.	OGPP
	Hacer seguimiento permanente a los resultados.	OGPP
Compromiso de mejoramiento	Aplicar medidas correctivas frente a las deficiencias, causas y efectos o consecuencias Identificadas, que ocurren en el desarrollo de los procesos.	GG OGPP GT GC GAF
	Elaborar un Plan de Mejora Continua con participación de personal de planta.	GG OGPP GT GC GAF
	Planificar la certificación de normas ISO	OGPP

En base a estas acciones a implementar, el Comité de Control Interno, elaborará el Plan de Trabajo.

Durante el desarrollo se determinará si existen acciones que debieron ser incluidas, las cuales podrán ser consideradas, debido a la prioridad que tenga.

V CONCLUSIONES

1. Es una necesidad imperativa, que el Sistema de Control Interno de la Empresa, sea implementado y ésta debe ser asumida no como “el cumplimiento de un requisito” que se exige, sino para identificar nuestros problemas, aplicar los correctivos del caso y propender a la mejora continua.
2. La implementación no debe basarse solamente en los lineamientos que establece la Contraloría General de la República mediante las normas vigentes, sino más bien abarcar otros puntos importantes que se presentan en las empresas de saneamiento, tal como se evidenció en los Informes Situacionales por unidad orgánica.
3. La implementación del Sistema de Control Interno es responsabilidad de todos los integrantes de la Empresa. Se requiere participación activa tanto de funcionarios como de trabajadores.

VI RECOMENDACIONES

1. Contar en forma permanente con el compromiso del Directorio y Gerencia General, y que estas instancias, brinden los recursos y facilidades del caso para el desempeño del Comité de Control Interno y del Soporte Técnico.
2. Fomentar la participación activa de funcionarios y trabajadores, sujeto a incentivos en caso de cumplir con sus responsabilidades, y sanciones en caso de incumplimiento y/o desidia, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento Interno de Trabajo.
3. Priorizar la asignación presupuestal para la ejecución de acciones por el Comité de Control Interno y para el desarrollo del Plan de Trabajo en el cual están involucradas todas las unidades orgánicas.
4. Brindar capacitación al Comité de Control Interno, Equipo de Apoyo del Comité y al Soporte Técnico del Comité, para un mejor desempeño.

VII ANEXOS

Anexo N° 1: Informes de Estado Situacional por unidad orgánica