


**ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO  
SITUACIONAL Y PROPUESTA DEL  
PLAN DE CIERRE DE BRECHAS PARA  
LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA  
DE CONTROL INTERNO EN EL OEFA**

**Diagnóstico del estado situacional del  
Sistema de Control Interno**

Junio del 2017



Entregable N° 02 de la  
Adjudicación Simplificada  
N° 051-2016-OEFA



Contenido	4
Acrónimos	4
I. Antecedentes	5
I.1 Origen	5
I.2 Objetivo general del proyecto	6
I.3 Alcance del proyecto	6
I.3.1 Enfoque con la guía de la Contraloría General de la República	7
I.3.2 Base legal	7
I.3.3 Objetivo del informe	8
II. Actualización del Diagnóstico del Sistema de Control Interno	8
Metodología del diagnóstico del SIC	8
Etapa 1 Programación	8
Etapa 2 Recolección de información	9
Etapa 3 Análisis	9
Etapa 4 Validación	9
Etapa 5 Reporte	9
2.1 A nivel de Entidad	10
2.1.1 Herramienta de evaluación de madurez del SCI en la Entidad	11
2.2 A nivel de Procesos Críticos	14
O.02 - Gestión de Evaluación	18
O.03 - Gestión de Supervisión Directa	19
O.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	22
O.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales	23
O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales	24
A.02 - Gestión Logística	24
A.03 - Gestión Financiera	25
A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información	27
Tribunal de Fiscalización Ambiental	29
2.2.1 Herramienta de evaluación de madurez del SCI en los Procesos Críticos	29
E.01 - Planificación Institucional	30
O.02 - Gestión de Evaluación	31
O.03 - Gestión de Supervisión Directa	32
O.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	33
O.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales	34
O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales	35
A.02 - Gestión Logística	36
A.03 - Gestión Financiera	37
A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información	38
III. Identificación de Brechas y Oportunidades de Mejora	39
3.1 A nivel de Entidad	39
3.1.1 Brechas	39
3.1.2 Oportunidades de Mejora y/o Debilidades	45
3.2 A nivel de Proceso Crítico	46
3.2.1 Brechas	47
E.01 - Planeamiento Institucional	47
O.02 - Gestión de Evaluación	47
O.03 - Gestión de Supervisión Directa	48
O.04 - Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	48
O.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales	49
O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales	49
A.02 - Gestión Logística	50
A.03 - Gestión Financiera	50
A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información	51
Tribunal de Fiscalización Ambiental	52
3.2.2 Oportunidades de Mejora y/o Debilidades	52
E.01 - Planificación Institucional	52
O.02 - Gestión de Evaluación	53
O.03 - Gestión de Supervisión Directa	54
O.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	54

O.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales .....	55
O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales .....	56
A.02 - Gestión Logística .....	56
A.03 - Gestión Financiera .....	57
A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información .....	58
Tribunal de Fiscalización Ambiental .....	58
IV. Conclusiones y Recomendaciones .....	59
4.1 A nivel de entidad .....	59
4.2 A nivel de procesos críticos .....	60
4.3 Recomendaciones a nivel de entidad y procesos críticos.....	61
ANEXOS .....	62
Anexo 1 - Matriz de Requerimientos de Información SCI .....	62
Anexo 2 - Herramienta de Diagnóstico del SCI a nivel de Entidad .....	67
Anexo 3 - Matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión.....	68
Anexo 4 - Diagnóstico del SCI en procesos críticos .....	69
Anexo 5 - Mapa de Macroprocesos del OEFA .....	70
Anexo 6 - Inventario de procesos críticos del OEFA .....	71
Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles por procesos críticos .....	76

## Acrónimos

Lista de acrónimos empleados en el presente informe:

- BDO : BDO Consulting S.A.C.
- CCI : Comité de Control Interno
- CGR : Contraloría General de la República
- CI : Control Interno
- COSO : Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
- COSO 2013 : Marco Integrado para la Gestión del Control Interno, versión año 2013
- DE : Dirección de Evaluación
- DFSAI : Dirección de Fiscalización Sanción y Aplicación de Incentivos
- DS : Dirección de Supervisión
- EFA : Entidades de Fiscalización Ambiental
- Guía : Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG
- MINAM : Ministerio del Ambiente
- OA : Oficina de Administración
- OEFA : Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental
- OPP : Oficina de Planeamiento y Presupuesto del OEFA
- OTI : Oficina de Tecnologías de la Información
- SCI : Sistema de Control Interno
- SINEFA : Sistema Nacional de Evaluación y Fiscalización Ambiental
- TDR : Términos de referencia

# I. Antecedentes

## I.1 Origen

La Contraloría General ha establecido un marco normativo que regula y controla a las Entidades del Estado dentro del Control Interno y Administración de Riesgos, entre ellos la Ley N°28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y la Resolución de Contraloría General N°320-2006-CG, aprobando las Normas de Control Interno de fecha 3 de noviembre del 2006. Igualmente, a través de la Resolución de Contraloría General N°458-2008-CG, se aprobó la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado, publicada el 30 de octubre del 2008.

En la publicación del 6 de diciembre del 2015 dentro de la Quincuagésima Tercera Disposición Complementaria de la Ley N°30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2016, se estableció el plazo máximo de 36 meses para la implementación del SCI en las instituciones del estado. De igual forma, mediante la Resolución N°149-2016-CG del 2 de marzo del 2016 la Contraloría General aprobó la Directiva N°013-2016-CGR/GPROD “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado” y en Resolución de Contraloría N°004-2017-CG, se aprobó la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado que deja sin efecto la Resolución de Contraloría N°458-2008-CG que aprobó la “Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado”.

El 9 de agosto de 2013 se conformó el Comité de Control Interno del OEFA con Resolución del Presidente del Consejo Directivo N°102-2013-OEFA/PCD, en esta misma línea el CCI realizó la contratación de servicios de consultoría para elaborar un diagnóstico del SCI del OEFA y el Plan de Trabajo para la implementación del SCI. Para el 26 de febrero del 2016 en Sesión Ordinaria N°002-2016-OEFA, la Secretaría Técnica del CCI informo que del análisis de las actividades contenidas en el Plan de Trabajo no reflejan de manera clara y concreta las causas o debilidades detectadas en el Diagnóstico.

El 3 de octubre del 2016 en Sesión Extraordinaria N°002-2016, la Secretaria Técnica del CCI (Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto), informo sobre el estado situacional del SCI y las acciones a ejecutar.

El 20 octubre del 2016 en Sesión Ordinaria N°007-2016, el CCI aprobó el proyecto del Programa de Trabajo para la Elaboración del Diagnóstico del SCI, en el que dispone que la Secretaría Técnica de CCI, previa aprobación de la Presidenta del CCI (Secretaría General), podrá contar con el asesoramiento y/o apoyo de Consultores Externos y/o Profesionales especializados en la materia, para un mejor cumplimiento de las funciones que tiene asignadas.

Con base en el marco regulatorio indicado anteriormente, el OEFA presenta la necesidad de poder contar con un plan para implementar de forma sostenida un Sistema de Control Interno, que cumpla con lo establecido por la Contraloría General, así como las mejores prácticas o marco regulatorio para Control Interno (COSO 2013) a nivel de entidad y procesos críticos.

El 18 de enero de 2017, se entregó la propuesta técnica por parte de BDO Consulting S.A.C, para participar en el proceso aperturado por el OEFA denominado “Servicio de Consultoría para Actualizar el Diagnóstico Situacional y Propuesta del Plan de Cierre de Brechas para la Implementación del Sistema de Control Interno - OEFA”, en adelante El Proyecto, de acuerdo a lo establecido en las Bases del proceso de contratación y el 20 de enero de 2017 se adjudicó el mismo.

## I.2 Objetivo general del proyecto

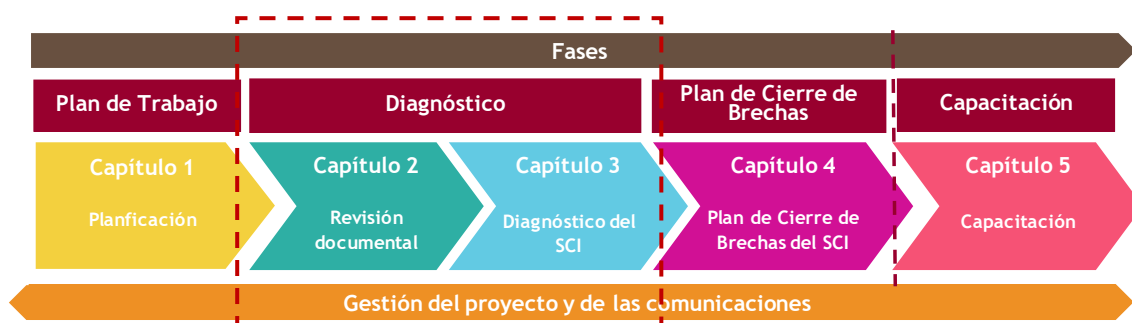
El presente servicio de consultoría consiste en actualizar el Diagnóstico Situacional del Sistema de Control Interno en el OEFA, que permita determinar el nivel de implementación y adecuaciones necesarias de la estructura de control interno de la entidad, para elaboración del Plan de Cierre de Brechas acorde a lo establecido en la Directiva N°013-2016-CGR/GPROD.

## I.3 Alcance del proyecto

Conforme a los TDR, el alcance de la consultoría es el siguiente:

*“El Diagnóstico Situacional del Sistema de Control Interno del OEFA (en adelante, el Diagnóstico Situacional) comprenderá el análisis del estado actual del desarrollo del SCI, la implementación de cada uno de sus componentes en el OEFA, iniciará tomando en cuenta la verificación del diagnóstico que obra como antecedente en el OEFA, en relación a lo establecido por las normas de control interno aprobadas por la Contraloría General de la República. Comprenderá la evaluación de los procesos del OEFA. Esta información será el insumo principal para la elaboración del Plan de Cierre de Brechas a desarrollar el Comité de Control Interno en el proceso de implementación del Sistema de Control del OEFA”.*

El siguiente modelo muestra nuestra metodología para el desarrollo satisfactorio del proyecto y ha sido elaborado en relación con los entregables del mismo, así como con las actividades a desarrollar contenidas en los TDR.



El alcance de cada uno de los Capítulos dentro de las Fases se menciona a continuación, sin embargo, para el presente entregable Nro. 2 se consideran lo señalado (remarcados) en la Fase de Diagnóstico que está constituida por los Capítulos 2: Revisión documental y Capítulo 3: Diagnóstico del SCI.

### Fase: Plan de Trabajo

#### Capítulo 1: Planificación

Actividad 1: Entendimiento del proyecto

Actividad 2: Metodología de diagnóstico y plan de cierre de brechas del SCI

Actividad 3: Cronograma de actividades

Entregable N° 1: Plan de Trabajo y Taller N° 1

### Fase: Diagnóstico

#### Capítulo 2: Revisión documental

Actividad 1: Reunión con la Secretaría Técnica del CCI

Actividad 2: Revisar documentos de formalización del compromiso institucional

Actividad 3: Identificar brechas de cumplimiento preliminar

#### Capítulo 3: Diagnóstico del SCI

Actividad 1: Evaluación documental a nivel de entidad

Actividad 2: Evaluación documental a nivel de procesos críticos (primera actividad del numeral 5.1 de los TDR)

**Actividad 3:** Desarrollo e implementación de herramienta de diagnóstico del SCI y Matrices de riesgos y controles en procesos críticos (tercera actividad del numeral del 5.1 de los TDR)

**Actividad 4:** Identificar brechas en el SCI por entidad y procesos críticos (segunda actividad del numeral 5.1 de los TDR)

**Entregable N° 2:** Diagnóstico del SCI

### Fase: Plan de Cierre de Brechas

#### Capítulo 4: Plan del cierre de brechas del SCI

**Actividad 1:** Diseñar el plan de cierre de brechas

**Actividad 2:** Desarrollo del plan de cierre de brechas (actividades del numeral 5.2 de los TDR)

**Entregable N° 3:** Plan de cierre de brechas y Taller N° 2

### Fase: Capacitación

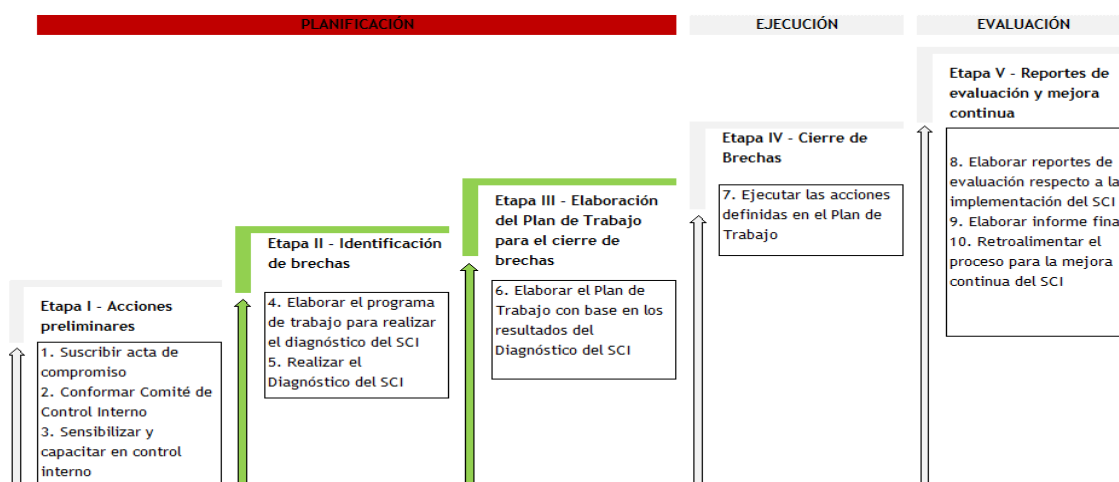
#### Capítulo 5: Capacitación

**Actividad 1:** Taller N° 1 (Primera y segunda actividad del numeral 5.3 de los TDR)

**Actividad 2:** Taller N° 2 (Primera y tercera actividad del numeral 5.3 de los TDR)

## I.3.1 Enfoque con la guía de la Contraloría General de la República

Las cinco (5) etapas presentadas para ejecutar la Fase: Diagnóstico, de la metodología desarrollada por BDO permiten cumplir con la Etapa 1 - Acciones Preliminares y Etapa 2 - Identificación de Brechas, ambas de la Fase 1 - Planificación, propuestas por la Guía, con lo cual se presenta una seguridad razonable en abarcar de forma organizada la actualización del Diagnóstico Situacional del Sistema de Control Interno del OEFA.



Modelo tomado del Gráfico N° 02 de la RC N° 149-2016-CG

## I.3.2 Base legal

Las siguientes normas (y sus modificatorias) fueron fuente de consulta para el desarrollo del proyecto.

- |              |   |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ley N° 27444 | : | Ley del Procedimiento Administrativo General                                                                                                                                                               |
| Ley N 27446  | : | Ley del Sistema Nacional de Evaluación del Impacto Ambiental y Fiscalización Ambiental, modificada mediante Decreto Legislativo N° 1078 y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 019-2009-MINAN |
| Ley N° 27785 | : | Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República                                                                                                                   |

Ley N° 28245	:	Ley Marco del Sistema Nacional de Gestión Ambiental y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2005 PCM
Ley N° 28611	:	Ley General del Ambiente
Ley N° 29325	:	Ley del Sistema Nacional de Evaluación y Fiscalización Ambiental
Decreto Legislativo N° 1013	:	Ley de creación del Ministerio del Ambiente, modificado por el Decreto Legislativo N° 1039
Decreto Supremo N° 012-2009 MINAN	:	Política Nacional del Ambiente
Ley N° 27816	:	Ley de Control Interno de las Entidades del Estado
Ley N° 30011	:	Ley que Modifica la Ley N° 29325
Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG	:	Implementación del Sistema Nacional de Control en las Entidades del Estado (Directiva N° 013-2016-CG/GPROD)
Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG	:	Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema Nacional de Control en las Entidades del Estado

### I.3.3 Objetivo del informe

El objetivo del informe es presentar el diagnóstico del estado actual situacional del Sistema de Control Interno en el Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental - OEFA, identificando las brechas a nivel de entidad y las brechas a nivel de los procesos críticos seleccionados por el Comité de Control Interno, considerando los instrumentos de gestión establecidos por la Guía y el marco metodológico COSO 2013.

## II. Actualización del Diagnóstico del Sistema de Control Interno

### Metodología del diagnóstico del SIC

Para la ejecución de la Fase: Diagnóstico, se realizó de forma estructura y esquematizada las siguientes actividades, las mismas que se encuentran graficadas en el siguiente diagrama:



### Etapa 1 Programación

Tiene por objetivo definir las actividades para realizar la evaluación de diagnóstico. Como parte de las actividades ejecutadas se realizaron:

- ✓ Definición del período a revisar, el mismo que comprende los años 2016 hasta mayo 2017.
- ✓ Elaboración del requerimiento de documentos o evidencias de cumplimiento a nivel de entidad y proceso críticos.
- ✓ Coordinación con la Secretaría Técnica del CCI, para la entrega de la información.
- ✓ Identificación de las áreas usuarias que se requiere solicitar información y/o entrevistas.



## Etapa 2 Recolección de información

Consiste en obtener información sobre lo que se va a evaluar de forma preliminar con el propósito de situarse mejor y ser más eficiente en la ejecución del diagnóstico. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

- ✓ Solicitud a la Secretaría Técnica del CCI documentos y evidencias (políticas, procedimientos, manuales y otros) por entidad y procesos, enmarcados dentro de la Guía.
- ✓ Recopilación de documentos (directrices, lineamientos, planes y otros), en página Web y Transparencia del OEFA.
- ✓ Reuniones con los responsables (dueños y/o usuarios) de los procesos críticos (Macroprocesos):
  - ✓ E.01 Planeamiento Institucional
  - ✓ O.02 Gestión de Evaluación
  - ✓ O.03 Gestión de Supervisión Directa
  - ✓ O.04 Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos
  - ✓ O.05 Gestión de Conflictos Socioambientales
  - ✓ O.07 Gestión de Denuncias Ambientales
  - ✓ A.02 Gestión Logística
  - ✓ A.03 Gestión Financiera
  - ✓ A.04 Gestión de Tecnologías de la Información
- ✓ Obtención de la información solicitada en el requerimiento, para ello se realizaron diversas reuniones de coordinación e identificación de las evidencias que soportan cada uno de los principios y puntos de enfoque del SCI enmarcado en COSO 2013 y la Guía.

## Etapa 3 Análisis

Consiste en ejecutar la revisión de la evidencia obtenida como parte de los requerimientos de información, para ello se desarrollaron las siguientes actividades:

- ✓ Lectura de las evidencias obtenidas.
- ✓ Análisis de las evidencias mediante la herramienta de análisis de la normativa interna.
- ✓ Documentación de las evidencias e identificación de las observaciones o brechas para el sistema de control interno.
- ✓ Asignación de una calificación para cada evidencia en función a lo establecido en la metodología.

## Etapa 4 Validación

Consiste en presentar de forma preliminar los resultados de la evaluación ante los evaluados con el objeto de obtener su retroalimentación y reducir cualquier error de documentación, malinterpretación y/u omisión de documentación relevante para la conclusión.

## Etapa 5 Reporte

Consiste en la preparación del informe de diagnóstico que contienen los resultados. Producto de la aplicación de las actividades detalladas a lo largo de las etapas anteriores, se dio como resultado el presente informe, el mismo que está estructurado en:

- ✓ Actualización del Diagnóstico del sistema de control interno
  - A nivel de Entidad.
  - A nivel de Procesos Críticos
- ✓ Identificación de Brechas y Oportunidades de Mejora
  - A nivel de Entidad.
  - A nivel de Procesos Críticos
- ✓ Conclusiones y Recomendaciones

## 2.1 A nivel de Entidad

El 03 de abril de 2017, se inició la fase de Diagnóstico del SCI a nivel entidad. Este diagnóstico comenzó con lo indicado por la Guía, se elaboró una relación de evidencias necesarias para cumplir con los principios bajo la matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión (ver Anexo 3 - Matriz de vinculación de los componentes del SCI).

La recopilación de información se dio bajo la solicitud de requerimientos de documentos de gestión, que permiten evidenciar el cumplimiento de los diferentes principios que conforman cada componente del SCI, así mismo; se obtuvo de la página de transparencia del OEFA todas aquellas evidencias que soportaran el cumplimiento de los principios.

El 05 de abril 2017, se procedió al envío del requerimiento de información inicial con el objetivo de poder recabar la documentación que evidencie el cumplimiento de lo establecido en la Guía. Cabe mencionar que en coordinación con la Secretaría Técnica del CCI el Diagnóstico del SCI se realizó considerando inicialmente toda la información recibida hasta el viernes 20 de mayo 2017. *Ver requerimiento y estatus en: Anexo 1 - Matriz de requerimiento de información SCI.*

Luego, se llevaron a cabo reuniones con la Secretaria Técnica del CCI del OEFA, para los puntos relacionados a nivel de entidad, con la finalidad de obtener aquellos documentos que dentro de la primera revisión y análisis de los principales instrumentos de gestión presentaban ausencia o no cumplían con lo requerido en cada principio que conforma los componentes del SCI indicados en la Guía.

La matriz de vinculación de los componentes del SCI establecida en la Guía, permitió validar el nivel de cumplimiento de los documentos que la CGR solicita que deben estar elaborados, vigentes y difundidos en la entidad. Luego de haber obtenido y analizado cada uno de los documentos solicitados o aquellos que permiten cubrir de forma parcial lo requerido, se obtuvo como resultado cuantitativo lo indicado en el siguiente cuadro:

Componente	Documentos o Instrumentos de Gestión			
	Cumple	No cumple	Total	% de cumplen
Ambiente de Control	34	3	37	92%
Evaluación de Riesgos	0	15	15	0%
Actividades de Control	12	18	30	40%
Información y Comunicación	17	3	20	85%
Monitoreo (Supervisión)	8	4	12	67%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>43</b>	<b>114</b>	<b>62%</b>

Dentro de los 114 documentos o instrumentos de gestión que son de carácter obligatorio en los respectivos componentes del SCI establecidos por la Guía, se obtuvo como resultado un cumplimiento del 62%, que se distribuye en los componentes como se indica a continuación:

Para Ambiente de Control; existe un cumplimiento del 92%, lo cual demuestra la necesidad de generar instrumentos de control que estén reforzando los ya existentes y se formalicen.

Para Evaluación de Riesgos; existe cumplimiento del 0%, que con llevando a la necesidad de priorizar la identificación de los riesgos asociados en el OEFA y sus respectivos procesos, formalizar la política de riesgos, elaboración de las matrices de riesgos y controles entre algunos instrumentos.

Para Actividades de Control; existe un cumplimiento del 40%, lo cual demuestra la necesidad de generar instrumentos de control como políticas, normas, procedimientos, lineamientos u otro instrumento que estén enmarcados a cubrir los riesgos identificados en el OEFA en todos sus niveles.

Para Información y Comunicación; existe un cumplimiento del 85%, se requiere complementar instrumentos dirigidos a la formalización de comunicar de forma efectiva y eficiente y dentro de los marcos de seguridad de la información datos, reportes, informes u otro documento que sea de uso interno y externo.

Para Supervisión; existe un cumplimiento del 67%, en el cual se debe buscar fortalecer a medida que se va implementado el SCI del OEFA, contemplar una evaluación y mejora continua de cada uno de los componentes, así como la participación de los dueños de cada proceso para generar autoevaluaciones y cumplimientos de acciones emitidas de las revisiones hechas.

### **2.1.1 Herramienta de evaluación de madurez del SCI en la Entidad**

Como valor agregado para la consultoría, se anexo una herramienta que permitió evaluar, analizar e identificar la madurez del SCI a nivel de entidad para el OEFA, considerando el marco metodológico expuesto por COSO 2013. Asimismo, esta herramienta servirá para el CCI del OEFA como mecanismo de control de mejora continua del SCI a nivel de entidad.

Dentro de la herramienta, se establecen las diferentes capas por componentes, principios y dentro de ellos se cuenta con puntos de enfoque o foco que despliegan el detalle de los elementos que se deben obtener para alcanzar un nivel de madurez del SCI que este dentro de los más altos estándares de cumplimiento.

La metodología utilizada consistió en establecer los niveles de madurez para el SCI, los cuales se conceptualizan bajo niveles y cada uno cuenta con una definición y están enmarcados dentro de un porcentaje de cumplimiento y presentan la descripción breve que lo definen y que establece el criterio que permite obtener el nivel de madurez del SCI. Para el cumplimiento por punto de enfoque o foco, principio y componente se estableció el margen en porcentaje de cumplimiento y su respectiva descripción, con lo cual se complementa la evaluación del SIC en nivel de entidad del OEFA.

A continuación, se muestran los criterios utilizados para ponderar y evaluar la madurez del SCI en el OEFA, la cual está formulada en la herramienta adjunta en el Anexo 2 - Herramienta de diagnóstico del SCI.

Nivel de madurez	Definición	% de cumplimiento	Descripción
Nivel de Madurez 1	Inicial	Hasta 35%	El nivel de madurez es considerado como inicial. El sistema de control interno se encuentra en un nivel incipiente, presenta algunas evidencias a nivel de formalización y/o aplicación.
Nivel de Madurez 2	Básico	hasta 65%	El nivel de madurez es útil para la entidad. El sistema de control interno se encuentra en un nivel básico, presenta evidencias a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.
Nivel de Madurez 3	Intermedio	Hasta 89%	El nivel de madurez cumple con el diseño de la gran mayoría de principios detallados en COSO 2013 y Guía de la CGR. El sistema de control interno se encuentra en un nivel intermedio, presenta evidencias a nivel de formalización y/o aplicación de forma organizada y estructurada para la mayoría de sus componentes.
Nivel de Madurez 4	Avanzado	hasta 100%	El nivel de madurez cumple con máximos estándares internacionales y sitúa a la entidad en un nivel de Liderazgo. El sistema de control interno se encuentra en un nivel avanzado, presenta evidencias a nivel de formalización y aplicación operando consistentemente en todos sus componentes.

Para el nivel de cumplimiento de punto de foco, principio y componente se tienen los siguientes criterios:

Nivel de cumplimiento de Punto de Enfoque (Foco) / Principio / Componente	% de cumplimiento	Descripción
No se cumple	De 0% a <35%	No se cumple con las prácticas requeridas.
Cumplimiento parcial menor	De 35% a <45%	Existen prácticas pero aún no se encuentra debidamente formalizadas.
Cumplimiento parcial	De 45% a <65%	Las prácticas se encuentra formalizado, documentado y aprobado por el nivel correspondiente.
Cumplimiento parcial alto	De 65% a <89%	Las prácticas se encuentra debidamente formalizado, ha sido aprobado por el nivel correspondiente y se ha comunicado a las áreas/gerencias pertinentes de la entidad. Adicionalmente existe evidencia de su ejecución/implementación.
Cumple	De 89% a <100%	Las práctica se ejecutan con periodicidad adecuada, se encuentra debidamente formalizado, ha sido aprobada por el nivel correspondiente y se ha comunicado a las áreas/gerencias pertinentes de la entidad. Adicionalmente, los resultados del mismo son supervisados y/o monitoreados por las instancias correspondientes de la entidad.

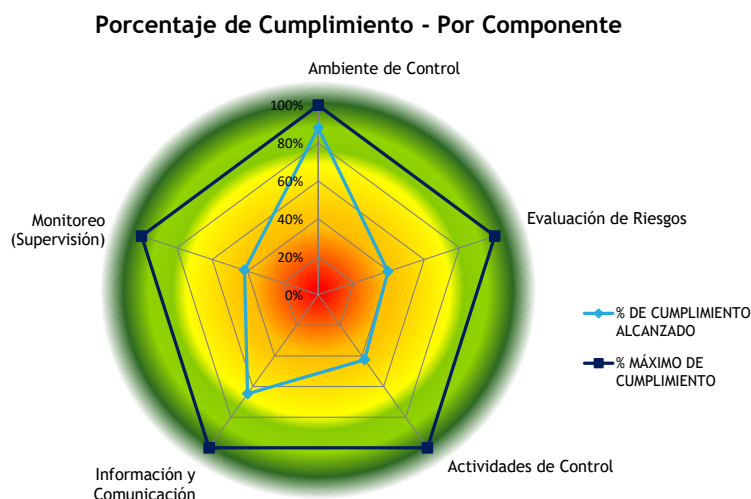
Luego de aplicar la herramienta adjunta en el Anexo 2 - Herramienta de diagnóstico del SCI, se obtuvo como resultados que el sistema de control interno a nivel entidad del OEFA, se encuentran en nivel de madurez 2: Básico con 56%, lo que significa que se presentan evidencias a nivel de formalización y aplicación de forma aislada pero consistente. Este nivel de madurez, está compuesto por un porcentaje de cumplimiento de cada uno de los componentes que se resumen a continuación;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 88% de nivel de cumplimiento definido como parcial alto; este componente se encuentra debidamente formalizado, se han realizado las aprobaciones de los documentos requeridos por el nivel correspondiente y se ha comunicado a las áreas/gerencias pertinentes de la organización. Adicionalmente existe evidencia de su ejecución e implementación.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 39% de nivel de cumplimiento definido como parcial menor, que representa la existencia de prácticas del componente, pero aún no se encuentra debidamente formalizada.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 43% de nivel de cumplimiento definido como parcial menor, que representa la existencia de prácticas del componente, pero aún no se encuentra debidamente formalizada.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 65% del nivel cumplimiento definido como parcial, lo que significa que el componente se encuentra formalizado, documentado y aprobado por el nivel correspondiente.
- ✓ Monitoreo (Supervisión); resulto con un 42% de nivel de cumplimiento definido como parcial menor, que representa la existencia de prácticas del componente, pero aún no se encuentra debidamente formalizada.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel de entidad del OEFA obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI (Anexo 2 - Herramienta de diagnóstico del SCI);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Cumplimiento parcial alto	88%
Evaluación de Riesgos	Cumplimiento parcial menor	39%
Actividades de control	Cumplimiento parcial menor	43%
Información y comunicación	Cumplimiento parcial	65%
Monitoreo (Supervisión)	Cumplimiento parcial menor	42%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Nivel de Madurez 2</b>	<b>56%</b>

Adicionalmente, se muestra la representación gráfica que permite ubicar de manera porcentual dentro de los rangos de 0% al 100% la ubicación del cumplimiento por cada componente del SCI a nivel de entidad del OEFA, con el cual se obtuvo el nivel de madurez del 56% que esta conceptualizado bajo el esquema de criterios definidos previamente como Básico.



## 2.2 A nivel de Procesos Críticos

Para la evaluación del Sistema de Control Interno a nivel de procesos críticos, se consideró la metodología de gestión de riesgos establecida por la Guía, de igual forma se utilizó una herramienta de diagnóstico de madurez del SCI para cada uno de los procesos críticos con lo cual se complementa el análisis y evaluación.

Bajo el enfoque de la gestión de riesgos, a continuación, se describen los pasos utilizados en la evaluación:

### **Paso 1:**

Se definió bajo lo solicitado por el CCI del OEFA los procesos críticos a evaluar, para ello se seleccionó del mapa de Macroprocesos aprobado (Anexo - 5 Mapa de Macroprocesos del OEFA) los procesos correspondientes a:

- ✓ E.01 Planeamiento Institucional
- ✓ O.02 Gestión de Evaluación
- ✓ O.03 Gestión de Supervisión Directa
- ✓ O.04 Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos
- ✓ O.05 Gestión de Conflictos Socioambientales
- ✓ O.07 Gestión de Denuncias Ambientales
- ✓ A.02 Gestión Logística
- ✓ A.03 Gestión Financiera
- ✓ A.04 Gestión de Tecnologías de la Información
- ✓ Tribunal de Fiscalización Ambiental

Se desplegó de la lista de inventario de procesos suministrada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), con respecto a los procesos que conforman cada Macroprocesos, los cuales se distribuyen en niveles desde 1 al 3, siendo la selección hasta el nivel 2 en cada uno para efectos de la presente consultoría (Anexo 6 - Inventario de Procesos Críticos).

### **Paso 2:**

Para cada proceso crítico se elaboró un cuestionario que permitió identificar dentro de sus principales requerimientos conocer si se cuentan documentados los objetivos de cada proceso en sus correspondientes niveles, los riesgos inherentes que impactan sobre el cumplimiento de los objetivos y las actividades de control que mitigan la materialización de los riesgos.

Asimismo, se obtuvo por parte del equipo de actualización de los procesos adscrito a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) las fichas técnicas de todos los procesos críticos considerados en la evaluación.

### **Paso 3:**

Se registró cada uno de los objetivos, riesgos, causas, efectos y actividades de control en una Matriz de Riesgos y Control por cada proceso crítico (Anexo 7 - Matrices de Riesgos y Controles), con la finalidad de organizar y valorar los controles que en primera instancia cada dueño de los procesos consideraba como parte de sus procesos y siendo los más importantes y se sumaron aquellos que dentro de las fichas técnicas se tenían contemplados.

### **Paso 4:**

Se clasifico los riesgos enunciados en los procesos bajo la clasificación considerada en la Guía, la cual se detalla a continuación;

Tipo	Descripción
Riesgo estratégico	Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca en asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas y el diseño y conceptualización de la Entidad por parte de la Alta Dirección.
Riesgo operativo	Comprende los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como técnica de la Entidad, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional, en la desarticulación entre dependencias, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales.
Riesgo financiero	Se relacionan con el manejo de los recursos de la Entidad e incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes. De la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos, así como su interacción con las demás áreas dependerá en gran parte el éxito o fracaso de toda Entidad.
Riesgos de cumplimiento	Se asocian con la capacidad de la Entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
Riesgos de corrupción	Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
Riesgos de tecnología	Se asocian con la capacidad de la Entidad para que la tecnología disponible satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte el cumplimiento de su misión.

### Paso 5:

Se realizó el análisis de riesgos considerando su evaluación cualitativa y cuantitativa, para la probabilidad e impacto y para lo cual se hizo uso de las categorías y definiciones o criterios establecidos por la Guía, tal y como se describen a continuación:

### Análisis Cualitativo de la Probabilidad

Escala de medida cualitativa de la probabilidad	
Categoría	Definición de la Categoría
Alto	Es muy probable la materialización del riesgo o se presume que llegará a materializarse.
Medio	Es probable la materialización del riesgo o se presume que posiblemente se podrá materializar.
Bajo	Es poco probable la materialización del riesgo o se presume que no llegará a materializarse.

### Análisis Cualitativo del Impacto

Escala de medida cualitativa de impacto	
Categoría	Definición de la Categoría
Alto	Si el hecho llegara a presentarse, tendría alto impacto o efecto sobre la entidad.
Medio	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medio impacto o efecto sobre la entidad.
Bajo	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad.

### Análisis Cuantitativo de la Probabilidad

Probabilidad	Nivel
1	Bajo
2	Medio
3	Alto

### Análisis Cuantitativo del Impacto

Impacto	Nivel
1	Bajo
2	Medio
3	Alto

### Paso 6:

Se definió los niveles de criticidad de los riesgos, considerando los cruces ponderados de la probabilidad e impacto, que muestra la matriz de Probabilidad vs. Impacto.

Puntaje	Nivel del Riesgo	Descripción
1	Aceptable	Riesgo insignificante. No se requiere ninguna acción.
2	Tolerable	Menores efectos que pueden ser fácilmente remediados. Se administra con procedimientos rutinarios
3	Moderado	Debe ser administrado con procedimientos normales de control.
4	Moderado	Debe ser administrado con procedimientos normales de control.
6	Importante	Se requiere atención de la alta dirección. Planes de tratamiento requeridos, implementados y reportados a los jefes de las oficinas, divisiones, entre otros.
9	Inaceptable	Se requiere acción inmediata. Planes de tratamiento requeridos, implementados y reportados a la Alta Dirección.



### Paso 7:

Se diagrama bajo los niveles de riesgos obtenidos el mapa de riesgo, en el cual se muestra la ubicación de los riesgos obtenidos por la ponderación de la probabilidad e impacto.

		Impacto			
		Bajo	Medio	Alto	
Probabilidad	Alto	3	3	6	9
	Medio	2	2	4	6
	Bajo	1	1	2	3

### Paso 8:

Se obtuvo las matrices de riesgos para cada proceso crítico y en las cuales se determinó las actividades de control con que cuenta cada proceso para mitigar los riesgos detectados y se establecieron planes de acción en aquellos casos en los cuales no se tienen controles o se requieren fortalecer los existentes (Anexo 7 - Matrices de Riesgos y Controles por procesos críticos).

En los siguientes cuadros se indican los riesgos, causas y efectos encontrados por cada uno de los procesos críticos, luego de haber sostenido reuniones múltiples con los dueños de los procesos críticos evaluados.

#### E.01 - Planificación Institucional

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
E.01.1.1.R1 Que las metas estratégicas institucionales no contribuyan a la consecución de los resultados sectoriales esperados en el mediano plazo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variables estratégicas sectoriales no definidas adecuadamente.</li> <li>2. Insuficiente información para la definición de los indicadores y metas.</li> <li>3. Rotación de personal especializado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retrasos en los resultados estratégicos esperados del sector.</li> <li>2. Afectación en la calidad del gasto.</li> </ol>
E.01.1.1.R2 Insuficiente conocimiento de los alcances del PEI en los actores institucionales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuada estrategia comunicacional para la difusión del PEI a todo el personal del OEFA.</li> <li>2. Insuficiente conocimiento y valoración del Planeamiento Estratégico por parte de los actores institucionales.</li> <li>3. Rotación de personal especializado.</li> </ol>	Inadecuado o nulo uso del Plan Estratégico como instrumento de gestión.
E.01.1.2.R1 Retraso en la consolidación de los informes de evaluación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento en el envío de información del área usuaria.</li> <li>2. Problemas con la calidad de la información enviada por los responsables de las diferentes metas.</li> <li>3. Rotación de personal especializado.</li> </ol>	Incumplimiento en la presentación de informes de evaluación del PEI establecidos por el MINAM.
E.01.2.1.R1 Inadecuada aplicación de criterios técnicos (universo de administrados, zonas o territorios priorizados) condicionan o limitan la identificación y formulación de las metas físicas y presupuestarias.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiente información para la identificación y priorización de metas.</li> <li>2. Transferencia de funciones y competencias de otros sectores, en proceso.</li> <li>3. Rotación de personal especializado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sobreestimación o subestimación de las metas físicas y presupuestarias.</li> <li>2. Inconsistencia entre las metas físicas y presupuestarias.</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
E.01.2.2.R1 Retraso en la generación de alertas y toma de decisiones en la gestión institucional.	1. Retraso en la remisión de información por parte de las áreas usuarias para la toma de decisiones. 2. Ausencia de un sistema integrado de procesamiento de información que articule el POI y el Presupuesto.	1. No permite tomar las decisiones oportunas para alcanzar los objetivos institucionales. 2. Afectación al sistema de control interno.

## 0.02 - Gestión de Evaluación

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.02.1.1.R1 La DE no tiene acceso a la Base de Datos de los Instrumentos de gestión Ambiental (IGAs), de los Reportes Públicos y de los Informes de los Administrados.	No contar con acceso a la Base de Datos de la DS.	Demora en elaboración de los Planes de Evaluación Ambiental.
O.02.1.1.R2 No contar con personal CAS suficiente para elaborar los Planes de Evaluación Ambiental y el Plan Anual de Actividades.	No haber considerado como política institucional el contar con personal CAS.	Incurrir en demora en la elaboración del programa y en mayores costos por la rotación del personal.
O.02.1.1.R3 Aparición de actividades no planificadas (Sitios impactados, solicitudes del MINAM, Federaciones Nativas, Comunidades Afectadas, Mesa de Diálogo, Congreso de la República u otras Entidades del Estado) que no estaban presupuestadas y por las cuales se deben solicitar los recursos para su cumplimiento.	Requerimientos y/o solicitudes imprevistas del MINAM, Federaciones Nativas, Comunidades Afectadas, Mesa de Diálogo, Congreso de la República u otras Entidades del Estado.	Desequilibrio de las Metas físicas y presupuestadas.
O.02.1.2.R1 Que se interrumpa la visita de reconocimiento por factores sociales y climáticos.	No realizar la visita de reconocimiento.	Postergar el plan.
O.02.2.1.R1 No contar con personal CAS suficiente para desarrollar los Planes de Trabajo de Evaluación y el Plan Anual de Actividades.	No haber considerado como política institucional el contar con personal CAS.	Incurrir en demora en el desarrollo del plan de trabajo de evaluación y en mayores costos por la rotación del personal.
O.02.2.1.R2 No contar con equipos para ejecutar las actividades del plan de trabajo.	No tener un stock de equipos suficientes.	Retraso de las actividades establecidas en el plan e incurrir en sobre costos por el alquiler de equipos.

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.02.2.2.R1 Que existan relaciones tensas entre los mismos ciudadanos y/o entre los ciudadanos y los administrados (empresas), que impidan a los Evaluadores del OEFA ejecutar las actividades establecidas en los planes de trabajo.	Percepción de las comunidades de la existencia de contaminación. Acuerdos previos no cumplidos.	Reprogramación o cancelación de las actividades establecidas en el plan de trabajo. Costos adicionales para llevar a cabo las actividades con las comunidades.
O.02.2.3.R1 Que existan relaciones tensas entre los mismos ciudadanos y/o entre los ciudadanos y los administrados (empresas), que impidan a los Evaluadores del OEFA ejecutar las actividades establecidas en los planes de trabajo.	Percepción de las comunidades de la existencia de contaminación. Acuerdos previos no cumplidos.	Reprogramación o cancelación de las actividades establecidas en el plan de trabajo. Costos adicionales para llevar a cabo las actividades con las comunidades.
O.02.2.4.R1 No contar de manera oportuna, con el resultado de los análisis efectuados por los laboratorios.	Que los resultados entregados por los laboratorios sean rechazados dada la no conformidad con los parámetros solicitados por el OEFA.	1. Retraso de los informes que soportan las evaluaciones realizadas. 2. Deterioro de la credibilidad e imagen del OEFA.

### 0.03 - Gestión de Supervisión Directa

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.03.1.1.R1 Proyección subestimada de las supervisiones especiales (Hidrocarburos) establecidas en el programa durante el año a ejecutar el plan.	Que se presenten más emergencias y pedidos (solicitudes del Congreso, de Contraloría, Fiscalía y Comunidades).	1. Que el presupuesto resulte insuficiente ante la aparición de emergencias y pedidos. 2. Priorización de supervisiones especiales.
O.03.1.2.R1 Que las bases de datos del Ministerio de Energía y Minas no coincidan con respecto a las administrados que están bajo la competencia del OEFA.	Las bases de datos del MINEM no están actualizadas y existe diferencia entre un módulo y otro respecto al estrato de los administrados.	Incurrir en mayor tiempo para determinar los administrados que pertenecen a la Mediana y Gran Minería que están bajo la competencia del OEFA, así como administrados que pertenecen a la pequeña minería y mediana artesanal
O.03.2.1.R1 Atención no oportuna del área de Logística para las solicitudes de contratación de embarcaciones para supervisión por parte de la Coordinación de Hidrocarburos, no sean atendidas oportunamente por el área de Logística.	1. Falta de consolidación de los requerimientos recurrentes para anualizarlos e incluirlos en el presupuesto anual. 2. Solicitudes recurrentes de la Coordinación de Hidrocarburo (DS) que superan las 8 UITs. 3. Falta de coordinación y comunicación entre las áreas de Logística y DS.	1. No cumplir con las metas presupuestales para realizar las actividades de Supervisión. 2. Se está haciendo uso inadecuado de los fondos por encargo.
O.03.2.1.R2 Problema de tiempo de respuesta (3 horas) en la interface entre el Sistema de Información Integral Ambiental (SIIA) y Información Aplicada a la Supervisión (INAPS).	El SIIA e INAPS están en ambientes diferentes.	Incremento en el tiempo de respuesta a las emergencias.

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.03.2.1.R3 Filtración de información confidencial (Minería e Hidrocarburos).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conflicto de intereses no reportados.</li> <li>2. No hay registro de antecedentes presentados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de los objetivos de la supervisión.</li> <li>2. Afectación de imagen del OEFA.</li> </ol>
O.03.2.1.R4 No contar con información pertinente y actualizada sobre los Estudios Ambientales (Estudio de Impacto Ambiental, Programa de Adecuación y Manejo Ambiental, Declaración de Impacto Ambiental, Estudios de Semi detallados de Impacto Ambiental, Planes de Cierre e Informe Técnico Sustentario) para elaborar el plan de supervisión (Minería e Hidrocarburos).	Los certificadores SENACE, MINEM y Gobiernos Regionales, no envían algunos de los estudios ambientales, oportunamente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumplir con los objetivos de Supervisión.</li> <li>2. Considerar puntos de monitoreos no vigentes.</li> </ol>
O.03.2.1.R5 No ejecución del monitoreo de la calidad del aire y emisiones atmosféricas (chimeneas) debido a no contar con contratos con laboratorios que se encarguen de realizar el análisis de las muestras obtenidas por personal propio del OEFA o el mismo Laboratorio, de acuerdo a lo establecido en el contrato.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tener contratos suscritos con Laboratorios.</li> <li>2. Falta de consistencia entre los TDR y el mercado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de la meta.</li> <li>2. Incumplimiento del PPR gestionado.</li> <li>3. Exposición de la reputación del OEFA.</li> <li>4. Denuncias en contra del OEFA por incumplimiento de funciones.</li> </ol>
O.03.2.1.R6 Falta de disponibilidad de equipos (multiparametros, muestreador de concentración masiva de partículas (PM-10), correntómetros, analizador de gases), para la realización de los trabajos de campo planificados.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baja cantidad de equipos disponible.</li> <li>2. Tener equipos no calibrados.</li> </ol>	Incumplimiento de los objetivos de la supervisión.
O.03.2.1.R7 Contar con profesionales que no cumplan con las condiciones establecido en la ley que corresponden a la profesión que pertenecen.	Contratación de profesionales no habilitados.	Observación de la legalidad de los informes del OEFA de parte del administrado.
O.03.2.1.R8 Pérdida de la vigencia de las capacitaciones en temas de seguridad y salud ocupacional de los Supervisores (CAS y Terceros) que permitan obtener las credenciales ante los administrados para ingresar a realizar la supervisión.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de un registro y seguimiento de la vigencia de capacitaciones en seguridad y salud ocupacional.</li> <li>2. No ser considerados en el plan de capacitación anual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación de la integridad física de los Supervisores.</li> <li>2. Demora en la ejecución de las acciones de Supervisión.</li> <li>3. Incumplimiento de los objetivos de supervisión.</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.03.2.1.R9 Los Supervisores no cuenten con los EPP adecuados para las acciones de supervisión.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La DS no cuenta con un mecanismo que asegure la disponibilidad y el cumplimiento del uso de los EPP por parte de los Supervisores.</li> <li>2. OEFA a partir del 2017 no hace entrega de los EPP a los Terceros, debido a que su contrato establece la condición de que cuenten con sus propios EPP para que realicen sus labores de supervisión.</li> <li>3. Falta de disponibilidad (stock) de EPP para el personal CAS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en la ejecución de las acciones de supervisión.</li> <li>2. Deterioro de la imagen Institucional.</li> <li>3. Que la integridad física de los Supervisores se vea afectada.</li> </ol>
O.03.2.2.R1 Demora en la emisión de las credenciales que acrediten a los Supervisores frente a las emergencias que suceden los feriados y fines de semanas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con la disponibilidad inmediata del Subdirector o Director para la firma y consiguiente obtención de las credenciales necesarias.</li> <li>2. Falta de un plan de guardia para contar con la disponibilidad del Subdirector o Director.</li> </ol>	Demora en la atención de emergencias.
O.03.3.2.R2 Exceder las 24 horas para el traslado de muestras de agua para la cuantificación de coliformes a Laboratorios en los casos de zonas alejadas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distancia a los Laboratorios desde el punto de toma de muestra.</li> <li>2. Horarios de atención de Laboratorios.</li> <li>3. Tiempo de conservación de las muestras tomadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No poder usar los resultados producto del análisis de la muestra dado que no son confiables.</li> <li>2. El Administrado podría objetar el resultado del análisis de las muestras.</li> </ol>
O.03.4.1.R1 Plazos sobreestimados en los contratos con los Laboratorios para la entrega de los informes de ensayo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los contratos vigentes establecen un plazo de 26 días para suelos y 15 para aguas, para la presentación de los informes de ensayo.</li> <li>2. No cumplir con la meta física mensual de la DS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en la elaboración de los informes de Supervisión.</li> <li>2. Demora en el pago a los Supervisores (CAS y Terceros).</li> <li>3. Demora en la atención de pedido de entidades públicas y sociedad civil.</li> </ol>
O.03.4.1.R2 Cuestionamiento por parte del administrado a los informes de Supervisión de Minería, debido a que el administrado contradice la información respecto a su nombre o unidad minera indicado en el informe.	No se cuenta con acceso directo a la información de empresas mineras registradas en SUNARP y RENIEC.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nulidad del informe.</li> <li>2. Que los plazos para resolver un caso se amplíen y los costos se incrementen.</li> </ol>
O.03.4.1.R3 Cuestionamiento por parte del administrado a la competencia de los supervisores en mediciones de parámetros de campo (pH, Temperatura, Conductividad Eléctrica y Oxígeno Disuelto), y a los resultados de laboratorio de las muestras ambientales.	No se cuenta con la acreditación NTP-ISO/IEC 17025:2006 Requisitos Generales para la Competencia de Laboratorios de Ensayo y Calibración o NTP-ISO/IEC 17020:2012 Evaluación de la conformidad. Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan la inspección, para los procesos de mediciones de campo y colecta de muestras.	<p>Nulidad de los resultados de mediciones de parámetros de campo (pH, Temperatura, Conductividad Eléctrica y Oxígeno Disuelto) en muestras ambientales y los resultados de laboratorio relacionado a las muestras ambientales.</p> <p>Deterioro de la imagen del OEFA.</p> <p>Gastos innecesario del muestreo.</p>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.03.4.1.R4 Pérdida de los expedientes antes de ser remitidos al Archivo o a DFSAL.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con la infraestructura adecuada para la custodia de los expedientes.</li> <li>2. Apropiación ilícita de los expedientes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que no se pueda continuar con la elaboración del informe.</li> <li>2. Que el informe no tenga el sustento adecuado en caso el Administrado objete el resultado del informe de supervisión.</li> <li>3. Deterioro de imagen de la Entidad.</li> <li>4. Fuga de información por expedientes específicos.</li> </ol>

#### O.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.04.1.1.R1 No aplicación de la multa y/o medidas administrativas (cautelares y correctivas) en los casos que si correspondía.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envío no planificado del informe de Supervisión directa que ameriten el inicio de un proceso sancionador (Informes pasivos no enviados de casos antiguos).</li> <li>2. Retrasos en la etapa de Supervisión (generado por no contar con informes de laboratorios, cambios en formatos, cambios en la gestión, alta rotación de personal técnico).</li> <li>3. Modalidad de contrato.</li> <li>4. No planificación de los expedientes.</li> <li>5. Expedientes de años anteriores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que caduque o prescriba el procedimiento administrativo sancionador.</li> <li>2. Existencia de responsabilidad administrativa del funcionario que originó la prescripción o caducidad.</li> <li>3. Deterioro de la imagen del OEFA en el administrado y las comunidades.</li> <li>4. Incumplimiento de metas.</li> </ol>
O.04.1.1.R2 Salida intempestiva de personal contratado bajo la modalidad de terceros.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renuncias intempestivas (Terceros).</li> <li>2. No existencia del pre-aviso en las renuncias de Terceros</li> <li>3. No reemplazo del personal CAS en plazos adecuados para OEFA.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de metas.</li> <li>2. Pérdida de tiempo y recursos.</li> <li>3. Imagen institucional del OEFA.</li> <li>4. Prescripción de los procedimientos administrativos sancionadores.</li> </ol>
O.04.1.1.R3 Que se genere, se incremente o persista un daño al ambiente.	La DS no prioriza la verificación en campo de los establecido por lo ordenado en la medida administrativa (cautelar y correctiva).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el daño ocurra o se incremente.</li> <li>2. Dejar de imponer multas coercitivas hasta conseguir el cumplimiento de lo ordenado en la medida administrativa.</li> <li>3. Que surja un conflicto socioambiental.</li> </ol>
O.04.1.2.R1 No se programa la atención de los recursos de reconsideraciones interpuestos por los administrados (empresas).	1. Incorrecta derivación por parte de ODs o del área de Trámite Documentario, del recurso de reconsideración emitida por el Administrado, la cual no llega o llega tardíamente a la Coordinación administrativa de DFSAL para su registro y atención.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se realiza una atención oportuna de las posibles medidas correctivas ordenadas.</li> <li>2. Deterioro de la imagen del OEFA en el administrado y las comunidades.</li> <li>3. Se resuelve fuera del plazo legal de 30 días.</li> <li>4. Si la reconsideración califica como una apelación, el envío a TFA es tardío.</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.04.1.1.R2 Prescripción y/o caducidad del proceso.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en la entrega a los Administrados de los cargos de notificaciones por parte del Courier contratado por el OEFA.</li> <li>2. Demora de recepción en OEFA del cargo por la entrega efectuado por el Courier.</li> <li>3. Courier con malas prácticas en la entrega de documentos.</li> <li>4. TDR inadecuados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de metas.</li> <li>2. Pérdida de tiempo y recursos.</li> <li>3. Imagen institucional del OEFA.</li> </ol>

## 0.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.05.1.1.R1 No contar (cantidad y calidad) con el recurso humano idóneo (especializado) para identificar las demandas de manera preventiva con especializaciones y que haga un contacto directo con el poblado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interpretación restrictiva del Reglamento de Terceros por parte del personal del Régimen de Terceros.</li> <li>2. Inestabilidad laboral el OEFA.</li> <li>3. Falta de difusión en registro de terceros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se puede cubrir emergencias Socioambientales.</li> <li>2. Menor contribución en la prevención y gestión de conflictos Socioambientales.</li> <li>3. Análisis deficiente de los conflictos Socioambientales.</li> <li>4. Deterioro de la imagen del OEFA ante las comunidades (Riesgo Reputacional).</li> </ol>
O.05.1.1.R2 No contar con información oportuna y necesaria para atender las demandas Socioambientales de la población.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No disponibilidad y/o demora en la entrega de información técnica solicitada.</li> <li>2. Información existente no está sistematizada en algunas áreas.</li> <li>3. No contar con los accesos a las bases de datos de las líneas de la DS, DE, DFSAI y ODs.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que escale el conflicto socioambiental y se generen protestas que alteren el orden público.</li> <li>2. Deterioro de la imagen del OEFA ante las comunidades (Afectación de la Reputacional).</li> </ol>
O.05.1.1.R3 Demora en el Proceso de Análisis y Evaluación de Conflictividad Socioambiental.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con el personal ni con la información oportuna y necesaria.</li> <li>2. No contar con presupuesto.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tener una participación adecuada.</li> <li>2. Deterioro de la imagen del OEFA ante las comunidades (Riesgo Reputacional).</li> </ol>
O.05.1.2.R1 Demora en el Proceso de Monitoreo de Medios de Comunicación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limitado acceso a las fuentes de información.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deficiente análisis de la conflictividad.</li> </ol>
O.05.1.3.R1 Demora en el Proceso de Realización de Investigaciones de Conflictividad Socioambiental.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo presupuesto para realizar las investigaciones.</li> <li>2. No contar con profesionales idóneos para llevar a cabo las investigaciones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que no se registre la Memoria Institucional en materia de gestión de conflictos Socioambientales.</li> <li>2. Que no existan metodologías innovadoras para el tratamiento de los conflictos en el marco de la fiscalización ambientales.</li> <li>3. No contribuir en la mejora de la gestión social que realiza la Institución.</li> <li>4. Que no se contribuya la gestión de conflictos Socioambientales del país.</li> </ol>
O.05.1.4.R1 Que no exista una adecuada comunicación y relacionamiento de los técnicos del OEFA con la población.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con información.</li> <li>2. Existencia de brechas culturales con la comunidad.</li> <li>3. Que el técnico no tenga un adecuado nivel de sensibilización social.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La función de OEFA es más reactiva que preventiva.</li> <li>2. Rechazo de las comunidades a las actividades del OEFA.</li> <li>3. Deterioro de la imagen del OEFA.</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.05.3.R1 No cumplir el compromiso asumido (brindar información, monitoreos ambientales y otros) en las mesas de dialogo y acciones de vigilancia ambiental dentro de los plazos establecidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en el suministro de información por parte de las Direcciones de Línea (DE, DS, DFSAI y ODs) u otras coordinaciones del OEFA.</li> <li>2. Falta de presupuesto para cumplir con los compromisos asumidos por el OEFA en el marco de la gestión de conflictos Socioambientales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de credibilidad en el OEFA.</li> <li>2. Denuncias penales en contra del OEFA.</li> <li>3. Que se intensifiquen las acciones de los actores sociales en contra de las actividades extractivas.</li> </ol>

## O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.07.1.1.R1 La información de la denuncia no contiene los parámetros (tiempo, lugar y modo) mínimos establecidos para realizar el registro de la misma.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La información presentada por el denunciante (PN o PJ) es insuficiente.</li> </ol>	Demora en el registro de la denuncia ambiental en el SINADA.
O.07.1.2.R1 Demora en la remisión de las comunicaciones a los denunciantes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de personal para cubrir la demanda de las comunicaciones emitidas por los órganos de línea.</li> <li>2. Problemas con el servicio de mensajería.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Notificaciones no oportunas a los denunciantes.</li> </ol>

## A.02 - Gestión Logística

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.02.1.1.R1 Que las áreas usuarias no elaboren solicitudes adecuadas de sus requerimientos (TDR y/o Especificaciones Técnicas para bienes).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiempo corto que tienen las áreas para preparar y/o elaborar sus TDR o Especificaciones Técnicas.</li> <li>2. Falta de un procedimiento interno para que las áreas programen sus presupuestos.</li> <li>3. Alta rotación del personal de las áreas operativas.</li> <li>4. Falta de capacitación del personal de las áreas usuarias en la preparación de los TDR.</li> <li>5. Alta rotación de personal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que no se incluyan en el presupuesto del año siguiente.</li> <li>2. No efectuar un análisis adecuado de los TDR y Especificaciones Técnicas.</li> <li>3. Mala programación</li> </ol>
A.02.1.2.R1 Retraso en la atención de necesidades a las áreas usuarias debido a tener que modificar el PAC (inclusión y exclusión).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surgen nuevas necesidades no programadas anteriormente.</li> <li>2. Necesidades programadas anteriormente tienen que ser modificadas por variaciones en el presupuesto.</li> <li>3. Cambios en la normativa aplicable.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cumplimiento de metas de Logística.</li> <li>2. Retraso en la ejecución del presupuesto.</li> <li>3. Desequilibrio del presupuesto del siguiente año.</li> </ol>
A.02.1.3.R1 Que los usuarios involucrados en el PAC no estén informados sobre los avances en la ejecución.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de un sistema que permita la gestión automatizada del seguimiento del PAC (error por factor humano).</li> <li>2. Que la información de la tabla de control para el seguimiento del PAC contenga errores de registro.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en la entrega de la información (operacional o de gerencia) del PAC.</li> <li>2. Retraso en la ejecución de alertas tempranas para el control del área de Logística y de las áreas usuarias.</li> </ol>
A.02.2.1.R1 Que la necesidad del área usuaria no sea cubierta de manera oportuna.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el Postor eleve observaciones al OSCE (Órgano Supervisor de las Contrataciones del Estado).</li> <li>2. Que el proceso de adquisición de bienes y servicios sea declarado desierto.</li> <li>3. Que el SEACE falle e interrumpa y/o paralice el proceso.</li> <li>4. Que se presenten impugnaciones (apelación) contra la buena Pro del proveedor seleccionado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demora en el desarrollo del Proceso.</li> <li>2. Reinicio de todo el proceso.</li> </ol>



Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
	5. Que el área usuaria no remita o presente el TDR o EE. TT con errores. 6. Que no se encuentren o falta de interés de los proveedores para que presenten sus cotizaciones durante el estudio de mercado.	
A.02.2.1.R1 Que la necesidad del área usuaria no sea cubierta de manera oportuna.	1. Que el área usuaria no remita o presente el TDR o EE. TT con errores. 2. Que no se encuentren o falta de interés de los proveedores para que presenten sus cotizaciones durante el estudio de mercado.	1. Demora en la contratación de los requerimientos solicitados.
A.02.3.1.R1 Que el Postor no suscriba el contrato luego de obtener la buena Pro.	Que el Postor no presente la documentación necesaria y a tiempo, dentro del plazo de ley.	1. Demora en la contratación de los requerimientos solicitados. 2. Que el área usuaria no reciba los bienes y/o servicios que solicitó.
A.02.3.2.R1 Que no se gestionen los pagos dentro de los plazos establecidos en el contrato.	Inconsistencias o errores en las conformidades del área usuaria.	1. Demora en los pagos a proveedores. 2. Deterioro de la imagen de la Entidad por el retraso del pago.
A.02.3.3.R1 Demora en los flujos internos para la renovación de contratos.	1. Demora en el requerimiento del área usuaria para solicitar la renovación del contrato. 2. Falta de seguimiento de la ejecución del contrato por parte del área usuaria.	Que no se atienda los requerimientos del área usuaria a través del contrato.
A.02.3.4.R1 Que las garantías no se ejecuten a pesar de haber incumplimiento del proveedor.	El área usuaria no informa de manera oportuna el incumplimiento de los contratos para aplicación de la garantía.	Que no se cumpla fielmente las condiciones del contrato.

### A.03 - Gestión Financiera

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.03.1.R1 Que se registren gastos considerando un clasificador de gasto erróneo.	1. El Coordinador de Planeamiento y Presupuesto de las áreas usuarias desconoce los clasificadores de gasto. 2. OPP valida un clasificador de gasto incorrecto.	1. Afectación de gastos de un área errónea. 2. Estados Financieros no razonables.
A.03.1.R2 Que se registren gastos cuya documentación sustento contenga errores en su contenido y origen.	1. Falta de firmas en la documentación sustento a considerar para realizar el registro contable. 2. Que algún documento no esté de acuerdo a los TDR.	1. Afectación de gastos de un área errónea. 2. Estados Financieros no confiables.
A.03.2.R1 Que todos los ingresos y salidas de efectivos no se registren en la Contabilidad.	1. El proceso de cobro que se tiene actualmente no permite identificar el concepto del ingreso al banco. 2. El sistema del banco no permite identificar el concepto o código verificador bancario en el sistema recaudador.	1. Que no se pueda registrar el ingreso de manera oportuna. 2. Los EEFF no son razonables ni confiables.
A.03.3.1.R1 No atender los gastos imprevistos (ODE` s) dado que no se apertura un Fondo de Caja Chica.	Implementación de la Apertura del presupuesto institucional y su distribución a nivel de Fuente, Meta y Clasificadores de Gasto.	Que las áreas usuarias no tengan el efectivo para sus imprevistos.

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.03.3.3.R1 Que existan documentos que no cumplan los requisitos de Comprobantes de Pago de SUNAT o que correspondan a gastos no autorizados ni permitidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de revisión de los documentos del responsable de la Caja Chic que solicitó el fondo fijo.</li> <li>2. El gasto efectuado no corresponde a emergencia o supera el monto permitido.</li> </ol>	Que las áreas usuarias no tengan el efectivo para sus imprevistos.
A.03.3.5.R1 El Responsable de Caja Chica no cuente con presupuesto asignado (marco presupuestal) al momento de solicitar el reembolso.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que el gasto no esté presupuestado.</li> <li>2. Que se utilice clasificadores de gasto erróneos.</li> <li>3. Demora en el registro de las notas modificatorias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con liquidez.</li> <li>2. Retraso en el reembolso.</li> </ol>
A.03.3.6.R1 Que se filtre información respecto de las ODEs a las cuales se les practicará el arqueo de Caja Chica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las ODEs conocen de antemano, mediante el SIGA, el Sistema de Trámite Documentario (STD).</li> <li>2. Comunicación entre otras ODEs para alertar del arqueo en curso.</li> <li>3. Otro personal de OEFA advierta la realización de los arqueos de caja chica programados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de la efectividad deseada del arqueo de caja chica.</li> <li>2. No permitir las medidas correctivas deseadas.</li> </ol>
A.03.3.6.R2 Que las Cajas Chicas no se lleven de acuerdo a los procedimientos establecidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rotación de personal en las ODs.</li> <li>2. Poco personal CAS.</li> <li>3. Desconocimiento de la directiva relacionada con el uso y manejo de Caja Chica.</li> <li>4. Perfil no adecuado del personal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento de la directiva.</li> <li>2. Se puedan presentar situaciones que observe el OCI y la SOA.</li> </ol>
A.03.3.7.R1 Que se liquide el fondo de caja chica en clasificadores de gasto que no corresponde.	Temas presupuestales por el uso de clasificadores por genéricas de gastos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No liquidar correctamente las cajas chicas.</li> <li>2. Usar notas contables para corregir el uso incorrecto de los clasificadores de gasto.</li> </ol>
A.03.4.1.R1 Que el Comisionado no cuente con los fondos para el desarrollo de su comisión de servicio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que las áreas usuarias no soliciten sus viáticos con los 05 días hábiles de anticipación según normativa.</li> <li>2. Que las comisiones no hayan sido adecuadamente programadas.</li> <li>3. Que el comisionado cuente con rendiciones pendientes y fuera de plazo.</li> <li>4. Que la solicitud de viático no cuente con el marco presupuestal</li> <li>5. Que el personal asignado a la comisión de servicio no cuente con contrato vigente.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que se paralice la comisión de servicio.</li> <li>2. Que el comisionado use su dinero y se tramite la resolución de administración de reembolso por los gastos efectuados.</li> </ol>
A.03.4.2.R1 Que los gastos incurridos en la comisión de servicios no estén alineados a la directiva vigente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desconocimiento de la directiva por parte de los comisionados.</li> <li>2. Alta rotación del personal.</li> <li>3. Falta de capacitación.</li> </ol>	No reflejar los saldos razonables en la cuenta de anticipos de los EE.FF.
A.03.6.1.R1 No registrar contablemente todos los ingresos correspondiente a los depósitos bancarios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso de cobro que se tiene actualmente la Entidad no permite identificar el concepto del ingreso al banco.</li> <li>2. El sistema del banco no permite identificar el concepto o código verificador bancario en el sistema recaudador.</li> <li>3. Que el Administrado haya cancelado una deuda que no corresponde a la resolución de multa impuesta por el OEFA.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener una cuenta por cobrar que ya ha sido pagada por el Administrado.</li> <li>2. Los EEFF no reflejen adecuadamente las cuentas por cobrar.</li> </ol>
A.03.6.2.R1 No registrar contablemente todos los gastos devengados de la Entidad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proveedor no envió su factura a tiempo.</li> <li>2. No emisión de la conformidad del servicio.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener una cuenta por pagar que no se haya registrado.</li> <li>2. Los EEFF no reflejen</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
		adecuadamente las cuentas por pagar.
A.03.7.1.R1 Que las áreas no envíen su información de forma oportuna y correcta para el registro contable.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. RRHH no tiene información oportuna en sus procesos.</li> <li>2. APR no ha podido identificar los ingresos a bancos.</li> <li>3. Logística no entrega los expedientes.</li> <li>4. No se ha emitido la conformidad del TDR.</li> <li>5. Ejecución coactiva no puede ejecutar el cobro por no tener la dirección de los administrado.</li> </ol>	Los EEFF no reflejen los saldos correctos.
A.03.7.2.R1 No registrar la estimación de cuentas incobrables.	1. Que el área de Ejecución Coactiva no informe las resoluciones de multa sobre las cuales se deba realizar la estimación de cuentas incobrables.	Los EEFF no reflejen los saldos de estimación de cuentas incobrables correctos.
A.03.7.3.R1 Que los software desarrollados por OTI no son informados a Contabilidad para su registro en la cuenta de activos intangibles de la Entidad.	Que OTI no informe oportunamente a Contabilidad los activos intangibles con que cuenta la Entidad.	Los EE.FF. no reflejen los saldos de activos intangibles y su amortización de forma correcta.
A.03.8.1.R1 Que la documentación sustento de los asientos contables y los libros contables se pierda o se deteriore.	1. Inadecuado almacenamiento.	Que la información financiera no tenga el sustento o respaldo necesario.
A.03.8.1.R2 Que el proveedor del servicio para la custodia de la documentación sustento de los asientos contables y de los libros contables no asegure el almacenamiento, custodia y conservación adecuados de éstos.	1. Incumplimiento de los TDR del proveedor del servicio.	Que la información financiera no cuente con el sustento o respaldo necesario.

#### A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.04.1.1.R1 Que los objetivos de OTI no contemplen los lineamientos estratégicos institucionales (PEI), Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico y la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desconocimiento y/o no entendimiento de los objetivos estratégicos de la institución, de la Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico y de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.</li> <li>2. No recoger las verdaderas necesidades de los procesos de la entidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que se implementen soluciones tecnológicas que no generen valor para la entidad.</li> <li>2. Uso ineficiente de los recursos (económico, humano y materiales).</li> </ol>
A.04.1.2.R1 Definición inapropiada de las iniciativas tecnológicas contempladas en los planes e incumplimiento de los mismos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No identificar las necesidades reales de TI de los diferentes órganos o unidades orgánicas de la Entidad.</li> <li>2. Falta de apoyo de la Alta Dirección para llevar a cabo los planes.</li> <li>3. Falta de presupuesto para cumplir con los planes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No ejecución de los planes dentro de los tiempos establecidos.</li> <li>2. La entidad se ve afectada en el logro de la automatización esperada de sus procesos.</li> <li>3. Retraso en el proceso de modernización de la gestión de la Entidad en el tema tecnológico.</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.04.3.1.R2 Los sistemas no han sido diseñados tomando en cuenta la necesidad del proceso del área usuaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de información (detalles) en el acta que son de importancia para llevar a cabo la solicitud.</li> <li>2. Cambio de la normatividad vigente que afecta al proceso.</li> <li>3. Que prevalezca la necesidad del usuario sobre el proceso.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistemas que no satisfacen la necesidad del área usuaria.</li> <li>2. Reproceso de las actividades para el desarrollo del sistema.</li> <li>3. Que los usuarios no puedan realizar sus labores en el proceso.</li> </ol>
A.04.3.2.R1 Que OTI trabaje sobre una fuente que no es la base de lo que se tiene en producción.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de un control de la variación de versiones de las fuentes.</li> <li>2. Ausencia del código fuente en los sistemas transferidos por OSINERGMIN.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistemas que no satisfacen la necesidad del área usuaria.</li> <li>2. Reproceso de las actividades para el desarrollo del sistema.</li> <li>3. Que los usuarios no puedan realizar sus labores en el proceso.</li> </ol>
A.04.4.1.R1 Que los servicios de infraestructura tecnológica (internet, redes, correo electrónico, telefonía ip, file server) que administra OTI no estén disponibles para los usuarios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de capacidad de los equipos utilizados en los servicios que presta OTI.</li> <li>2. Demora en la atención por parte de los proveedores de soporte.</li> <li>3. Fallas eléctricas.</li> <li>4. Falla inesperada de los equipos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que los usuarios no puedan realizar sus labores.</li> </ol>
A.04.4.2.R1 Que no esté disponible la información de manera oportuna para todos los sistemas informáticos de la Institución.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fallas eléctricas.</li> <li>2. Falla inesperada de los equipos.</li> <li>3. Mala práctica por parte del administrador de la Base Datos.</li> <li>4. No contar con el Administrador de BD en el momento que se le requiera.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que los sistemas informáticos de la Institución dejen de funcionar.</li> <li>2. Pérdida momentánea de la información.</li> </ol>
A.04.4.3.R1 Que se explote (materialice) una vulnerabilidad o amenaza existente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que no haya un monitoreo permanente de las vulnerabilidades y amenazas para aplicar las medidas de seguridad correspondientes.</li> <li>2. Falta de recurso humano especializado para revisar los Logs y alertas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información de la Entidad.</li> <li>2. Pérdida y/o deterioro de la imagen institucional.</li> <li>3. Retraso en los procesos operacionales de la Entidad.</li> </ol>
A.04.4.4.R1 Que los usuarios cesados y/o que han cambiado de área, sigan contando con el perfil de acceso asignado, el cual ha caducado y no está autorizado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta rotación de personal.</li> <li>2. Diferentes tipos de contratación de personal.</li> <li>3. Aviso tardío del cese o cambio de área del personal. Se avisa a OTI solo una vez y al final del mes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información de la Entidad.</li> <li>2. Pérdida y/o deterioro de la imagen institucional.</li> </ol>
A.04.5.1.R1 Mala identificación de los requerimientos solicitados por los usuarios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contar con la cantidad de recursos (personal, equipo y herramientas especializadas).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se resuelve el requerimiento.</li> <li>2. Insatisfacción del usuario.</li> <li>3. Generación de requerimientos recurrentes (re-trabajos).</li> <li>4. Mala imagen institucional.</li> <li>5. Impacto en el desarrollo de los procesos del usuario.</li> </ol>
A.04.5.2.R1 Incumplimiento en cuanto a la adquisición de activos tecnológicos (software y hardware) solicitados por las áreas usuarias.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de presupuestos.</li> <li>2. Dimensionamiento inadecuado de las áreas usuarias.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insatisfacción del área usuaria.</li> <li>2. Generación de requerimientos recurrentes (re-trabajos).</li> </ol>

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
A.04.5.2.R2 Dar de baja un activo tecnológico que no cumpla las condiciones requeridas (inoperatividad y obsolescencia).	1. Evaluación incorrecta de los activos tecnológicos.	1. Pérdida de activos tecnológicos operativos que pueden ser utilizados para satisfacer la demanda de las áreas usuarias.
A.04.5.2.R3 No contar con un registro permanente de los activos tecnológicos y no realizar de forma periódica su actualización.	1. Mal registro de los activos en el Excel que maneja OTI. 2. Duplicidad en códigos patrimoniales.	1. Pérdida o extravío de activos tecnológicos a nivel de registro.
A.04.5.3.R1 Equipos tecnológicos no operativos.	1. Que no se cumpla el mantenimiento (preventivo o correctivo) 2. Que se pierda o no se ejecute la garantías.	1. Reducción del tiempo de vida estimado del equipo. 2. Impacto negativo en el desarrollo de las operaciones de las áreas usuarias.

### Tribunal de Fiscalización Ambiental

Riesgos	Causas (Factores Internos y Externos)	Efectos / Consecuencias
O.04.2.1.R1 Que los expedientes enviados estén mal foliados o incompletos.	1. Que el encargado en DFSAI o DS no haya revisado correctamente el expediente.	1. Generar demoras. 2. El Tribunal y la Secretaría Técnica de TFA no tenga toda la información necesaria para evaluar el caso.
O.04.2.2.R1 Errores en la elaboración y análisis de los proyectos de resolución por parte de los Analistas (Abogados o Ingenieros).	1. Curva de aprendizaje de los analistas. 2. Cambios normativos a nivel gubernamental y como consecuencia se debe capacitar al personal en vista del cambio.	1. Dado el adecuado control que se tiene, la posibilidad de que se presente el riesgo es remota.
O.04.2.3.R1 Que la propuesta no se presente a tiempo.	1. Que el proyecto inicial elaborado por el Analista contenga errores.	1. Demora en entrega de la propuesta a los Vocales.
O.04.2.4.R1 Que el Vocal no lea el expediente.	1. Que el vocal no haya cumpla con su función.	1. Deterioro de la imagen de la Entidad.
O.04.2.5.R1 Incumplimiento del plazo legal para notificar a los Administrados dentro de los 5 días hábiles.	1. Que el Courier no entregue oportunamente, por dolo o error, las notificaciones.	1. Incumplimiento al plazo de notificación. 2. Recibir observaciones institucionales de OCI. 3. La Secretaría Técnica de TFA incurre en responsabilidad administrativa. 4. Usar recursos (personal de TFA) propios para realizar la entrega de las notificaciones.

#### 2.2.1 Herramienta de evaluación de madurez del SCI en los Procesos Críticos

Para los procesos críticos, se consideró los puntos de enfoque o foco de los principios que afectan dentro de los componentes del marco COSO 2013 el SCI a nivel de procesos. Para ello, se presentó una herramienta que permite evaluar el cumplimiento de aplicación de los elementos que conforman las evidencias necesarias para logra el 100% de cada principio (ver Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos).

Motivado a que se evaluaron 9 procesos críticos, se aplicó para cada uno la herramienta de diagnóstico que esta parametrizada bajo las evidencias simplificadas requeridas que permitan

corroborar que se tiene en cada proceso y así cumplir con lo solicitado dentro del marco COSO 2013.

Para ello se realizó una clasificación de resultados bajo el siguiente esquema;

- ✓ Sin eventos o no aplica
- ✓ Diseño adecuado aplicado completo
- ✓ Diseño adecuado aplicado parcial
- ✓ Diseño Inadecuado
- ✓ Falta evaluar

Con lo anterior y sobre la base de las evidencias revisadas, indagaciones con los dueños de los procesos y con la información previa a nivel de entidad se completó cada evaluación por proceso crítico. Esta herramienta es un valor agregado para facilitar al CCI gestionar para los procesos críticos y los no críticos el SCI y con ello validar el grado de cumplimiento dentro del marco COSO 2013.

Como resultado del análisis y evaluación de los riesgos enmarcados bajo la metodología de Guía y la herramienta el marco metodológico COSO 2013, a continuación, se describe los resultados obtenidos en el diagnóstico del SCI a nivel de procesos críticos;

## **E.01 - Planificación Institucional**

El proceso se encuentra en el nivel básico de 44,63% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de planificación presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 80,42% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto; este componente muestra documentado su estructura organizacional, existe un ROF y MOF que definen los cargos que conforma a la OPP. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto sí conoce las implicancias e importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 25% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Planeamiento Institucional.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Planificación Institucional, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	80,42%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de control	Inicial	25,00%
Información y comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>44,63%</b>

## 0.02 - Gestión de Evaluación

El proceso se encuentra en el nivel básico de 42,96% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión de evaluación presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 80,42% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto; este componente muestra documentado su estructura organizacional, existe un ROF y MOF que definen los cargos que conforma a la Dirección de Evaluación. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Dirección de Evaluación sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 16,67% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión de Evaluación.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión de Evaluación, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	80,42%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de control	Inicial	16,67%
Información y comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>42,96%</b>

### O.03 - Gestión de Supervisión Directa

El proceso se encuentra en el nivel básico de 42,96% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión de supervisión presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 80,42% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto; este componente muestra documentado su estructura organizacional, existe un ROF y MOF que definen los cargos que conforma a la Dirección de Supervisión. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Dirección de Supervisión sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 16,67% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión de Supervisión Directa.



En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión de Supervisión Directa, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	80,42%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de control	Inicial	16,67%
Información y comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>42,96%</b>

#### O.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos

El proceso se encuentra en el nivel básico de 42,96% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión del procedimiento administrativo sancionador y aplicación de incentivo presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 80,42% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto; este componente muestra documentado su estructura organizacional, existe un ROF y MOF que definen los cargos que conforma a la Dirección de Procedimientos Administrativos Sancionador y Aplicación de Incentivos (DFSAI). Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la DFSAI sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 16,67% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegurar que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resultó con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están

actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	80,42%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de control	Inicial	16,67%
Información y comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>42,96%</b>

## 0.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales

El proceso se encuentra en el nivel básico de 36,29% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión de conflictos socioambientales presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 49,86% del nivel de cumplimiento definido como parcial menor; este componente muestra documentado su estructura organizacional, en el MOF que definen los cargos que conforma a la Coordinación General de Gestión Social. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Coordinación General de Gestión Social sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 13,89% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión de Conflictos Socioambientales.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión de Conflictos Socioambientales, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Básico	49,86%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de Control	Inicial	13,89%
Información y Comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>36,29%</b>

### O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales

El proceso se encuentra en el nivel básico de 43,24% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión de denuncias ambientales presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 84,58% del nivel de cumplimiento definido como parcial menor; este componente muestra documentado su estructura organizacional, en el MOF que definen los cargos que conforma a la Coordinación de Denuncias Ambientales. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Coordinación de Denuncias Ambientales sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 13,89% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Cumplimiento; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión de Denuncias Ambientales.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión de Denuncias Ambientales, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	84,58%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de Control	Inicial	13,89%
Información y Comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>43,24%</b>

## A.02 - Gestión Logística

El proceso se encuentra en el nivel básico de 43,24% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión logística presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 84,58% del nivel de cumplimiento definido como parcial menor; este componente muestra documentado su estructura organizacional, en el MOF que definen los cargos que conforma a la Coordinación de Logística. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Coordinación de Logística sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 13,89% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión Logística.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión Logística, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	84,58%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de Control	Inicial	13,89%
Información y Comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>43,24%</b>

### A.03 - Gestión Financiera

El proceso se encuentra en el nivel básico de 43,24% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión financiera presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 84,58% del nivel de cumplimiento definido como parcial menor; este componente muestra documentado su estructura organizacional, en el MOF que definen los cargos que conforma a la Coordinación de Contabilidad y Tesorería. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la Coordinación de Contabilidad y Tesorería sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividades de Control; se encuentra en 13,89% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión Financiera.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión Financiera, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	84,58%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de Control	Inicial	13,89%
Información y Comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>43,24%</b>

#### A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información

El proceso se encuentra en el nivel básico de 43,24% de cumplimiento, que significa que existen evidencias del sistema de control interno a nivel de formalización y/o aplicación de forma aislada pero consistente.

Los componentes del SCI del proceso de gestión de tecnología de la información presentaron el siguiente resultado;

- ✓ Ambiente de control; presenta un 84,58% del nivel de cumplimiento definido como parcial menor; este componente muestra documentado su estructura organizacional, en el ROF y MOF que definen los cargos que conforma a la OTI. Se tiene claro los objetivos a cumplir en el proceso y se cuenta con directrices que soportan las actividades que se realizan en el proceso.
- ✓ Evaluación de Riesgos; dio como resultado un 23,96% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a que existe la carencia formal de documentar los riesgos del proceso, establecer las causas que generan dichos riesgos y sus efectos y la identificación de riesgos de fraudes. Sin embargo, es importante precisar que a pesar de no estar documentados los riesgos, la OTI sí conoce la importancia para el OEFA de la identificación de riesgos en el proceso.
- ✓ Actividad de Control; se encuentra en 13,89% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, debido a la ausencia de contar con una documentación formal de las actividades de control que mitigan los riesgos presentes en el proceso, una evaluación continua de la operatividad de los controles existentes. Sin embargo, se cuenta con procedimientos que permiten asegura que el proceso se cumpla bajo parámetros de revisión y aprobación.
- ✓ Información y Comunicación; presenta un 75% del nivel de cumplimiento definido como parcial alto, lo cual indica que existe una formalización de la práctica de emitir cualquier información dentro del proceso bajo las directrices establecidas y se presentan evidencias de su ejecución e implementación.
- ✓ Supervisión (Monitoreo); resulto con un 18,75% del nivel de cumplimiento definido como no se cumple, esto se debe principalmente que a la fecha no se ha efectuado evaluaciones de mejora continua que evalué a nivel de procesos el SCI y permita tomar acciones para posteriormente hacer un seguimiento y mejora. Sin embargo, se están actualizando las fichas técnicas de los procesos que conforman al Macroproceso de Gestión de Tecnología de la Información.

En el siguiente cuadro se resumen los niveles y porcentajes de cumplimientos de cada componente de SCI a nivel del proceso Gestión de Tecnología de la Información, obtenido aplicando la herramienta de diagnóstico del SCI por proceso (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI por procesos críticos);

Componentes	Nivel de Cumplimiento	% de Cumplimiento Alcanzado
Ambiente de Control	Intermedio	84,58%
Evaluación de Riesgos	Inicial	23,96%
Actividades de Control	Inicial	13,89%
Información y Comunicación	Intermedio	75,00%
Monitoreo (Supervisión)	Inicial	18,75%
<b>Sistema de Control Interno</b>	<b>Básico</b>	<b>43,24%</b>

### III. Identificación de Brechas y Oportunidades de Mejora

#### 3.1 A nivel de Entidad

##### 3.1.1 Brechas

Luego de haber considerado el análisis cuantitativo del cumplimiento por cada componente del SCI bajo el resultado del análisis documental que recomienda la Guía, a continuación se describen de forma resumida las brechas identificadas en cada componente, para lo cual se tomó solo los campos de principio, instrumento (documento solicitado por la CGR en la Guía) y brecha, en el Anexo 3 - Matriz de vinculación de los componentes del SCI, se presenta de forma completa todos los campos considerados por la Guía.

A continuación, se detallan las brechas identificadas a nivel Entidad y por cada uno de los cinco (5) componentes COSO:

##### Componente 1: Ambiente de control

En este componente se evaluaron cinco (5) de los diecisiete (17) principios de COSO 2013. Asimismo, se evaluaron 37 instrumentos de los cuales 3 presentaron brecha y 34 no la presentaron.

Principio	Instrumento	Brechas
3. La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.	Plan Estratégico de Gobierno Electrónico (PEGE).	No se cuenta con el PEGE 2016-2019.
	Mapa de Proceso.	No se cuenta con Fichas Técnica ni Flujogramas actualizados a mayo, 2017. Los que se tienen fueron elaborados a propósito del tránsito a SERVIR los que ya están desactualizados.
	Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos (MGPP).	OEFA no cuenta con un Manual de Gestión de Proceso y Procedimientos (MGPP).

##### Componente 2: Evaluación de Riesgos

En este componente se evaluaron cuatro (4) de los diecisiete (17) principios de COSO 2013, y por los cuales se evaluaron 15 instrumentos resultando todos ellos con brecha.

Principio	Instrumento	Brechas
6. La entidad define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.	Lineamientos o Directiva para Implantar Gestión de Riesgos.	No existen lineamientos ni directivas (normativa, política, procedimiento, lineamiento, planes, guías u otro documento) que evidencien la existencia de gestión de riesgos en el OEFA.
	Plan de Gestión de Riesgos.	No existe plan alguno para gestionar los riesgos de OEFA.
	Política de Riesgos.	No existen lineamientos ni directivas (normativa, política, procedimiento, lineamiento, planes, guías u otro documento) que evidencien la existencia de gestión de riesgos en el OEFA.
	Manual de Gestión de Riesgos (MGR).	No se evidencia ningún documento que contemple el Manual de Gestión de Riesgos del OEFA, en el cual se identifiquen por Entidad y Procesos todos los riesgos existentes, su clasificación, valoración, actividades de control entre algunas de los temas e información requerida sobre riesgos, así como su impacto sobre el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.
	Procedimiento para la Gestión de Riesgos (PGR).	No se evidencia ningún documento que defina el Procedimiento para la Gestión de Riesgos del OEFA y que cumpla con lo establecido en COSO ERM y la Guía de la Contraloría General de la República.
7. La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar.	Capacitación de Gestión de Riesgos.	No se evidencia adiestramientos y entrenamientos relacionados a Capacitaciones al personal o funcionarios y servidores del OEFA que estén inmersos en administrar la Gestión de Riesgos a nivel de Entidad y Procesos.
	Inventario de Riesgos.	1. No se cuenta con un inventario de todos los riesgos presentes y existentes en el OEFA como Entidad y sus Procesos. 2. No se evidencia matrices de riesgos y control, así como la probabilidad e impacto de cada uno de los riesgos, enmarcado dentro de un mapa de riesgos.
	Matriz de Riesgos.	1. No se cuenta con un inventario de todos los riesgos presentes y existentes en el OEFA como Entidad y sus Procesos. 2. No se evidencia matrices de riesgos y control, así como la probabilidad e impacto de cada uno de los riesgos, enmarcado dentro de un mapa de riesgos.
	Plan de Tratamiento de	No se cuenta con un Plan o



Principio	Instrumento	Brechas
	Riesgo.	Programa de manejo de los riesgos en el OEFA y las acciones correspondientes para cada uno, donde se establezcan mecanismos para tratar cada riesgo y su correspondiente monitorio cíclico.
	Medidas Adoptadas para Mitigar los Riesgos en las Áreas.	No se cuenta con los planes de acción que cada riesgo debe contemplar para su mitigación con base en las actividades de control que están diseñadas para evitar que se materialice los riesgos.
8. La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.	No se evidencia un documento que defina los lineamientos a seguir para identificar y evaluar posibles fraudes en el OEFA y sus respectivos procesos, sobre todo en aquellos que presentan mayores riesgos de corrupción.
	Inventario de Actividades de Control o Controles para mitigar riesgos de errores y/o fraude.	No se evidencia una matriz de actividades de control que estén enlazadas para cada uno de los riesgos que el OEFA como Entidad y Procesos Internos posee, lo cual debe estar enmarcado para riesgos inherentes de los procesos, errores y/o fraudes.
	Política y Normas de Antifraude.	No se evidencia Normas, Políticas, Procedimientos, Lineamientos, Guías u otro documento que establezcan las acciones ante la posibilidad de fraude en los procesos internos expuestos a actos irregulares o de corrupción dentro del OEFA.
9. La entidad Identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al SCI.	Reporte de Cambios Externo que Impactan al SCI.	No se evidencia ninguna matriz de factores externos que permitan monitorear su comportamiento y que no pueden ser controlados por el OEFA y que afectan al Sistema de Control Interno de la Entidad ante cualquier cambio.
	Reporte de Cambios Internos de Impacto al SCI.	No se evidencia ninguna matriz de factores internos que monitorea los cambios a nivel de modelos de gestión, políticas, tecnología, normas y directrices u otro elemento que impacte al Sistema de Control Interno de la Entidad ante cualquier cambio.

### Componente 3: Actividades de Control

En este componente se evaluaron tres (3) de los diecisiete (17) principios de COSO 2013. Asimismo, se evaluaron 31 instrumentos de los cuales 19 presentaron brecha y 12 no la presentaron.

Principio	Instrumento	Brechas
<p>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.</p>	<p>Procedimientos de Autorización y Aprobación.</p>	<p>No se evidencia un Procedimiento formal documentado y aprobado en el cual se definan los pasos a seguir para las actividades desarrolladas en el OEFA referentes a las autorizaciones y aprobaciones que se requieren para cada proceso, actividad y tarea.</p>
	<p>Procesos de la Entidad documentados.</p>	<p>Si bien se cuentan con Narrativas y Flujogramas formalmente documentados y aprobados de los procesos a nivel 1, 2 y 3 que conforman los macro procesos del OEFA, éstos no han sido difundidos entre los dueños de los procesos que al momento de ser consultados desconocían de las existencias de las denominadas Fichas Técnicas. Sin embargo, existen Directivas difundidas.</p>
	<p>Políticas y Procedimientos para la Rotación de Personal en Puestos Susceptibles a Riesgos de Fraude.</p>	<p>No se evidencia un Procedimiento de rotación de personal que esté relacionado a los puestos susceptibles de riesgos de fraude.</p>
	<p>Normas Internas sobre Segregación de Funciones.</p>	<p>No se evidencia unas normas, políticas, procedimientos, lineamientos y/o guía de segregación de funciones a nivel del OEFA y en cada uno de sus macro procesos y procesos que conforman los niveles de Alta Dirección, Órganos de Línea, Órganos de Apoyo, Órganos de Asesoramiento y Coordinaciones Generales.</p>
	<p>Reportes de Evaluación del Cumplimiento de la Segregación de Funciones.</p>	<p>No se evidencia reportes que demuestren evaluaciones a las segregaciones de funciones dentro de los procesos y sus correspondientes actividades y tareas que cada funcionario y servidor realiza en ellos.</p>
	<p>Lineamientos de Evaluación de Costo-Beneficio para implantar Actividades de Control.</p>	<p>No se evidencia alguna normativa, política, procedimiento, lineamiento y/o guía en el cual se establezca la evaluación de costo-beneficio que se debe aplicar sobre aquellas actividades de control que se requieren establecer para mitigar los riesgos presentes en los procesos, con lo cual se cuente con un análisis cualitativo y cuantitativo para la factibilidad de su aplicación dentro del presupuesto del OEFA.</p>
	<p>Estudios de Costo-Beneficio.</p>	<p>No se evidencia documentación que demuestre algún estudio del costo-beneficio de actividades de control implementados para mitigar riesgos cuyo valor económico sea significativo para el OEFA.</p>
	<p>Normativa Interna sobre documentación de acceso restringido en la Entidad.</p>	<p>No se cuenta con norma, política ni procedimiento en la que se restringe al acceso a información interna del OEFA</p>

Principio	Instrumento	Brechas
	Procedimientos sobre Mecanismos de Conciliación y Verificación.	Se cuenta con procedimientos para verificación y conciliaciones de caja chica y valores. Sin embargo, el factor "sorpresa" en los arqueos de Caja Chica deja de tener el efecto deseado por cuanto la compra del pasaje de la persona que realizaría el arqueo es ya conocida. Así también, Gestión Patrimonial debe realizar monitoreos periódicos y al azar, pero en lo que va del año 2017 no se ha realizado ningún monitoreo. Las diferentes descripciones a los bienes de activo fijo desde su adquisición dificultan un adecuado control patrimonial.
	Reportes de Verificación de Información Periódica.	Solo se cuenta con reportes de arqueo de valores y de caja chica, no así reporte de inventarios físicos (existencias y patrimonio), procesos de adquisiciones y procesos de personal.
	Registro y Seguimiento de Indicadores de Gestión (KPI's) de Procesos, Procedimientos, Actividades y Tareas.	No se evidencia mecanismos de registros de indicadores de gestión a nivel de procesos, procedimientos, actividades y tareas.
11. La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.	Lineamientos sobre la política de seguridad informática.	No se evidencia lineamientos sobre la política de seguridad informática aprobado. Existe un proyecto que está en ejecución y culmina el 30.06.2017.
	Plan de Contingencias.	No se evidencia el Plan de Contingencia documentado y aprobado del OEFA.
	Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) y su Evaluación.	No se evidencia el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) documentado y aprobado del OEFA, así como tampoco las evaluaciones correspondientes a su cumplimiento y seguimiento. El plan está en proceso de elaboración por parte de una consultora, estimando su culminación y aprobación para el 18 de Julio 2017.
	Planes de Sensibilización y Concientización para el Uso de la Tecnología de Información, Comunicación y Seguridad de Información.	No se evidencia un Plan de Sensibilización ni informes periódicos que demuestren la aplicación de un plan, programa o cronograma de concientización de todos los funcionarios y servidores del OEFA, en el cual se promueva el adecuado y buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.
	Reporte de Verificación de Licencias y Autorizaciones de Uso de Programas Informáticos.	No se evidencia un informe o reporte que este dirigido a la revisión y verificación periódica de licencias y autorizaciones de uso de los diversos programas informáticos manejados en el OEFA.
12. La entidad	Políticas, manuales y	1. Se evidencia que no existen

Principio	Instrumento	Brechas
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.	directivas de registro de actividades y tareas de cada Unidad Orgánica.	lineamientos para la elaboración de las Matrices de Control requeridas por cada proceso y en la cual se pueda identificar toda la información de riesgos y controles de los mismos. 2. Se requiere establecer un cronograma y plan de trabajo para desarrollar en cada proceso los procedimientos, lineamientos, políticas, directivas, manuales que permitan registrar las actividades y tareas presente para cada proceso que es ejecutado en las diversas unidades u órganos que conforman el OEFA.
	Indicadores de Efectividad de los Proceso, Procedimientos, Actividades o Tareas.	No se evidencia indicadores de gestión que permitan medir y gestionar la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades y tareas que desarrollan en cada unidad u órgano del OEFA.

#### Componente 4: Información y Comunicación

En este componente se evaluaron tres (3) de los diecisiete (17) principios de COSO 2013. Asimismo, se evaluaron 20 instrumentos de los cuales 3 presentaron brecha y 17 no la presentaron.

Principio	Instrumento	Brechas
13. La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	Normas Internas para Regular Requisitos de la Información.	Existe documentación por aprobar. Ver numeral 13 de Informe 003-2017-OTI. Necesitamos evidencia de que dicha información fue aprobada y se encuentra en el portal de OEFA.
	Sistema Integrado Administrativo (SIGA o Sistema Equivalente)	El sistema integrado SIGA está en construcción y/o desarrollo.
	Registro de revisiones de los Sistemas de Información para detectar deficiencias en procesos, productos y cambios externos o internos de la Entidad.	No se evidencia algún registro documentado, informe o reporte que se emita de periódicamente como revisión de los sistemas de información para detectar deficiencias en las operaciones de los procesos o ante cambios externos e internos.

#### Componente 5: Supervisión

En este componente se evaluaron dos (2) de los diecisiete (17) principios de COSO 2013. Asimismo, se evaluaron 12 instrumentos de los cuales 4 presentaron brecha y 8 no la presentaron.

Principio	Instrumento	Brechas
16. La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del	Lineamientos para Desarrollar Acciones de Prevención y Monitoreo.	No se identifican lineamientos para desarrollar acciones de prevención ni monitoreo con respecto al SCI.
	Acciones de Monitoreo para Medir Eficacia de las Actividades Establecidas en los Procedimientos.	No se nos proporcionó informes ni reportes que evidencien acciones para medir la eficacia de las actividades de seguimiento y monitoreo.

Principio	Instrumento	Brechas
SCI están presentes y en funcionamiento.		
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.	Deficiencias reportadas por el Personal.	No se evidencia documentación (informes, memos, reportes u otro documento) de deficiencias reportadas por el personal y/o dueños de procesos para poder ser considerados y tomar acciones correctivas.
	Procedimiento de Autoevaluación sobre Gestión y Control Interno.	No se nos proporcionó evidencia con respecto a procedimientos, lineamientos o guías para la autoevaluación de la gestión ni del control interno en OEFA.

### 3.1.2 Oportunidades de Mejora y/o Debilidades

A continuación, y según corresponda, se indican las oportunidades de mejora y/o debilidades por cada uno de los Principios que conforman los Cinco Componentes COSO:

#### Componente 1: Ambiente de Control

Principio 3:

- ✓ Se requiere establecer Políticas o Lineamientos de Control Interno que permitan controlar el cumplimiento de responsabilidades y autorización.

Principio 4:

- ✓ Se requiere considerar en las Políticas y Procedimientos, los planes de Sucesión para preparar y proyectar a los futuros funcionarios y servidores en los cargos o puestos de Directores, Jefes y Coordinadores que son claves en el OEFA.
- ✓ Las evaluaciones de desempeño deben aplicarse anualmente y de manera oportuna, así como la difusión de los resultados.

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6:

- ✓ No se cuenta con Política de Riesgos en el OEFA y no se tiene establecido la tolerancia y apetito al riesgo.
- ✓ No se tienen definidos lineamientos para la determinación de los niveles de materialidad para los reportes financieros.
- ✓ No se cuenta con Lineamientos o Políticas para la elaboración de reportes No Financieros Externos.
- ✓ No se evidencian Lineamientos o Políticas para la elaboración de reportes internos.

- Principio 7:

- ✓ No se cuenta con Política de Riesgos y Política de Control Interno en el OEFA.
- ✓ No se cuenta con un mapeo debidamente actualizado y documentado de todos los Riesgos existentes en toda la entidad y procesos que se ejecuta en el OEFA.

- Principio 8:

- ✓ Falta la definición de la política de prevención de fraude.
- ✓ Identificación de riesgos de fraude en la evaluación de riesgos.

- Principio 9:

- ✓ Falta de herramientas y procedimientos detallados en la metodología para la identificación, evaluación y respuesta al riesgo.
- ✓ Monitoreo de cambios (internos y externos) que podían impactar el SCI.

#### Componente 3: Actividades de Control

Principio 10:

- ✓ No se cuenta con matrices de actividades de control por procesos.
- ✓ No se cuenta con actualización de priorización de procesos a nivel entidad con base en riesgos.
- ✓ Falta de una directriz que contemple los lineamientos para establecer una matriz de segregación de funciones por procesos.

Principio 11:

- ✓ No se cuenta con una matriz de Controles Generales de Tecnología de la Información.
- ✓ En proceso de cumplir con la elaboración del Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI).

Principio 12:

- ✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de matrices de actividades de control por procesos, planes de acción y tampoco tiene definida la periodicidad de reportes del cumplimiento de los mismos. A su vez tampoco establecen la frecuencia ni la forma de reporte del cumplimiento de los planes de acción.

#### Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13:

- ✓ No se evidencia alguna normativa, política, procedimiento, lineamiento y/o guía en el cual se establezca la evaluación de costo-beneficio que se debe aplicar sobre aquellas actividades de control que se requieren establecer para mitigar los riesgos presentes en los procesos, con lo cual se cuente con un análisis cualitativo y cuantitativo para la factibilidad de su aplicación dentro del presupuesto del OEFA.

Principios 14 y 15:

- ✓ Se requiere establecer dentro de las políticas de control interno los lineamientos o procedimientos referentes a las líneas de reportes para canalizar la información del OEFA con otras Entidades externas (públicas y/o privadas) e internas (Directorio, Direcciones, Jefaturas, Coordinaciones u otra unidad).
- ✓ En algunos casos donde información como: reportes de autoevaluación si bien son comunicados a nivel de Directores, Jefes y Coordinadores de estructura básica, no son trasladados a los funcionarios y servidores de áreas y/o unidad para toma de acción.
- ✓ No contar con un sistema integrado que gestione los procesos de forma automatizada y exista una interconexión para registro y reporte a nivel presupuestario, financiero, logístico, y de gestión en general.

#### Componente 5: Supervisión (Monitoreo)

Principio 16:

- ✓ No se realizan autoevaluaciones y/o evaluaciones anuales de SCI.
- ✓ El OEFA no cuenta con lineamiento para autoevaluaciones.
- ✓ Se han ejecutan evaluaciones independientes al SCI a nivel de entidad. Sin embargo, no existe evaluaciones a nivel de procesos.
- ✓ El personal encargado del despliegue del SCI y posterior supervisión del mismo, requiera fortalecer su participación activa en la implementación del SCI del OEFA.

Principio 17: Comunicación de deficiencias.

- ✓ El diseño del lineamiento no contempla lo relacionado a elaboración de planes de acción y por ende tampoco tiene definida la periodicidad de reportes del cumplimiento sobre planes de acción.

### 3.2 A nivel de Proceso Crítico

Para el desarrollo de la evaluación, análisis, diagnóstico e identificación de brechas y oportunidades de mejora del SCI a nivel de procesos, se estableció la misma metodología correspondiente a Entidad con la salvedad que solo se consideró los puntos de enfoque o foco que aplican a nivel de procesos y sus principios (Anexo 4 - Diagnóstico del SCI - Procesos).

### 3.2.1 Brechas

A continuación, se resume por cada uno de los diez (10) Proceso Críticos evaluados, los valores obtenidos a nivel de cantidad de riesgos producto del análisis efectuado a cada matriz y por los cuales se identificaron objetivos, riesgos y controles, así como el nivel de riesgo, siendo este último, el resultado de la multiplicación de la probabilidad de ocurrencia por el impacto de la materialidad y finalmente las brechas correspondientes.

#### E.01 - Planeamiento Institucional

Se obtuvieron 05 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando la probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto, se identificó que el nivel de riesgo dominante es Riesgo Moderado, lo cual significa que cada riesgo debe ser administrado o gestionado con procedimientos normales de control, condicionando a que las acciones a seguir estarán gestionadas por el mismos dueño del proceso (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Riesgos Moderados: 02 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control.

Riesgos Importantes: 03 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación.

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
E.01 Planeamiento Institucional	5	0	0	2	3	0

#### Principales brechas identificadas:

- Ausencia de estrategia comunicacional.
- Necesidad de actualizar normas en materia de planeamiento operativo.
- No se cuenta con un sistema integrado que permita articular los avances y los resultados del POI y del Presupuesto.

#### O.02 - Gestión de Evaluación

Se obtuvieron 09 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto, los niveles de riesgo obtenidos fueron:

Riesgos Moderados: 03 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control.

Riesgos Importantes: 05 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación.

Riesgo Inaceptable: 01 riesgo dentro de este nivel que requiere acción inmediata y un plan que debe ser reportado a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.02 Gestión de Evaluación	9	0	0	3	5	1

#### Principales brechas identificadas:

- No contar con personal CAS suficiente.
- No contar con equipos de trabajo suficiente.
- No contar con los resultados oportunos de los análisis efectuados por los Laboratorios.

### 0.03 - Gestión de Supervisión Directa

Se obtuvieron 17 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto, los niveles de riesgo obtenidos fueron.

Riesgos Moderados: 06 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control y gestión por el dueño del proceso.

Riesgos Importantes: 05 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación.

Riesgos Inaceptables: 06 riesgos dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.03 Gestión de Supervisión Directa	17	0	0	6	5	6

#### Principales brechas identificadas:

- Necesidad de ampliación presupuestal dadas las supervisiones especiales.
- Necesidad de consolidar los requerimientos recurrentes y anualizarlos.
- Necesidad de contar con laboratorios que cumplan con los requerimientos para realizar el análisis de emisiones atmosféricas.
- No se cuenta con registros de usuarios de los equipos, de calibraciones y tampoco se tiene un plan de mantenimiento anual anticipado.
- Infraestructura inadecuada para la custodia de expedientes.
- Necesidad de contar oportunamente con los resultados de los análisis de suelo y agua.
- Necesidad de sistemas de seguridad (por ejemplo, cámaras de vigilancia).
- Uso de bases de datos desactualizadas por parte del Ministerio de Energía y Minas.
- Ausencias de actividades de control para mitigar riesgos identificados en la matriz correspondiente.

### 0.04 - Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos

Se obtuvieron 06 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgo Tolerable: 01 riesgo dentro de este nivel que genera bajo o menor efecto que puede ser fácilmente remediado y puede ser controlado con procedimientos rutinarios.

Riesgos Importantes: 02 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación.

Riesgos Inaceptables: 03 riesgos dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).



Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.04 Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	6	0	1	0	2	3

Principales brechas identificadas:

- Falta de planificación y coordinación anual de las diferentes direcciones.
- Necesidad de un Courier a la medida que tome en consideración las necesidades de la Entidad y la operatividad de sus procesos.
- Ausencia de cláusula de previo aviso de 30 días en los contratos y renovaciones con terceros.
- Necesidad de contar con un sistema integrado que facilite la comunicación con otras Direcciones (por ejemplo: DS, DE y DFSAI)

## O.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales

Se obtuvieron 07 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgo Aceptable: 01 riesgo dentro de este nivel que no significa más que contar con sus respectivos controles y que estén siendo monitoreados ante cualquier cambio de factores internos o externos que ocasionen posibles modificaciones en su probabilidad e impacto.

Riesgo Moderado: 01 riesgo dentro de este nivel que condiciona a que debe ser administrado con procedimientos normales de control y gestionado por el dueño del proceso.

Riesgos Importantes: 02 riesgo dentro de este nivel que requiere atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Riesgos Inaceptables: 03 riesgos dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.05 Gestión de Conflictos Socioambientales	7	1	0	1	2	3

Principales brechas identificadas:

- Necesidad de contar con personal idóneo.
- Necesidad de contar con información oportuna para atender demandas socio-ambientales.
- Ausencias de actividades de control para mitigar riesgos identificados en la matriz correspondiente.

## O.07 - Gestión de Denuncias Ambientales

Se obtuvieron 02 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgo Aceptable: 01 riesgo dentro de este nivel que no significa más que contar con sus respectivos controles y que estén siendo monitoreados ante cualquier cambio de factores internos o externos que ocasionen posibles modificaciones en su probabilidad e impacto.

Riesgo Tolerable: 01 riesgo dentro de este nivel que genera bajo o menor efecto que puede ser fácilmente remediado y puede controlarse con procedimientos rutinarios.

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.07 Gestión de Denuncias Ambientales	2	1	1	0	0	0

Principal brecha identificada:

- Necesidad de reformular el aplicativo del SINADA de forma tal que permita el registro de denuncias ambientales basado en casos y problemáticas definidos.

## A.02 - Gestión Logística

Se obtuvieron 09 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgos Tolerables: 02 riesgos dentro de este nivel que generan bajos o menores efectos que pueden ser fácilmente remediados y pueden ser controlados con procedimientos rutinarios.

Riesgos Moderados: 05 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control y gestionados por el dueño del proceso.

Riesgos Importantes: 02 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
A.02 Gestión Logística	9	0	2	5	2	0

Principales brechas identificadas:

- Necesidad de contar con mejores términos de referencia (TdR) y/o Especificaciones Técnicas para la adquisición de bienes.
- Necesidad de contar con un Programador que administre la ejecución y administración del Plan Anual de Contrataciones.
- No es posible realizar seguimiento y/o monitoreo de los Términos de Referencia que emiten los usuarios de la Entidad.

## A.03 - Gestión Financiera

Se obtuvieron 18 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgo Aceptable: 01 riesgo dentro de este nivel que no significa más que contar con sus respectivos controles y que estén siendo monitoreados ante cualquier cambio de factores internos o externos que ocasionen posibles modificaciones en su probabilidad e impacto.

Riesgos Tolerables: 04 riesgos dentro de este nivel que generan bajos o menores efectos que pueden ser fácilmente remediados y pueden controlarse con procedimientos rutinarios.

Riesgos Moderados; 03 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control y gestionados por el dueño del proceso.

Riesgos Importantes; 07 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Riesgos Inaceptables: 03 riesgos dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
A.03 Gestión Financiera	18	1	4	3	7	3

**Principales brechas identificadas:**

- Necesidad de contar con Coordinadores de Planeamiento y Presupuesto en las diferentes áreas usuarias.
- Se requiere capacitar a los Analistas de Control de Devengados.
- Se requiere un mayor seguimiento al avance y culminación de la identificación de las infracciones, que se cubrirá con la asignación de un código único de multa (CUM).
- Se requieren capacitar de manera permanente a los Asistentes Administrativos o personal encargado dentro de las diferentes Direcciones, Oficinas, Coordinaciones, de las áreas usuarias, con respecto a la correcta elaboración de los requerimientos para solicitar viáticos para las Comisiones de Servicios y el correcto cumplimiento de la Directiva de Solicitud de Viáticos.
- Se requiere fortalecer la identificación de resoluciones que corresponden a años anteriores y que fueron canceladas por los Administrados lo cual permitirá el contar con Estados Financieros (EE.FF) razonables. Esta situación no ha permitido reconocer ingresos en su oportunidad correcta y tampoco permite el registro contable de los mismos a menos que sea posible identificar el origen y/o concepto del mismo.
- Necesidad de automatizar el proceso en el sistema CONMUL a fin de determinar adecuadamente la estimación de las cuentas incobrables, cargadas por la Ejecución Coactiva para ser posteriormente registradas en el SIAF.

**A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información**

Se obtuvieron 13 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgo Aceptable: 01 riesgo dentro de este nivel que no significa más que contar con sus respectivos controles y que estén siendo monitoreados ante cualquier cambio de factores internos o externos que ocasionen posibles modificaciones en su probabilidad e impacto.

Riesgos Importantes: 09 riesgos dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Riesgos Inaceptables: 03 riesgos dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
A.04 Gestión de Tecnología de la Información	13	1	0	0	9	3

Principales brechas identificadas:

- No se cuenta con el PETI ni con el PEGE.
- No se tienen procedimientos internos aprobados para el uso de herramientas de control de versiones por parte de OTI.
- Necesidad de aprobar la aplicación e implementación con la Norma Técnica Peruana en la Entidad.
- Necesidad de asegurar la continuidad de las operaciones de OTI mediante la adquisición de un equipo o grupo electrógeno.
- Se requiere mejorar los procedimientos de eliminación o cambio de accesos, en los casos de cese o cambio de personal del área de IT.

## Tribunal de Fiscalización Ambiental

Se obtuvieron 05 riesgos identificados como los más importantes y cuya materialización podría impedir el cumplimiento del objetivo del proceso, considerando las probabilidades de cada riesgo y su nivel de impacto se obtuvo los siguientes niveles de riesgo.

Riesgos Aceptables: 01 riesgo dentro de este nivel que no significa más que contar con sus respectivos controles y que estén siendo monitoreados ante cualquier cambio de factores internos o externos que ocasionen posibles modificaciones en su probabilidad e impacto.

Riesgos Moderados; 02 riesgos dentro de este nivel que condicionando a que deben ser administrados con procedimientos normales de control y gestionados por el dueño del proceso.

Riesgos Importantes; 01 riesgo dentro de este nivel que requieren atención de la Alta Dirección, generar planes que deben ser reportados a todos los jefes de las oficinas, dirección y coordinación (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Riesgos Inaceptables: 01 riesgo dentro de este nivel que requieren acciones inmediatas y planes que deben ser reportados a la Alta Dirección (Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles).

Macroprocesos	Total de Riesgos	Nivel de Riesgos				
		Aceptable	Tolerable	Moderado	Importante	Inaceptable
O.04 Tribunal Fiscal de Ambiental	5	1	0	2	1	1

Principal brecha identificada:

- Necesidad de elaborar un procedimiento formal (enmarcado dentro de una Directiva institucional) para establecer la información completa que debe ser emitida en los expedientes enviados por DFSAI y/o DS, así como las funciones de las actividades que deben ser realizadas por el abogado encargado del caso dentro de TFA.

### 3.2.2 Oportunidades de Mejora y/o Debilidades

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los diez (10) procesos críticos evaluados de la Entidad, y a su vez por cada uno de los Componente COSO de cada proceso.

#### E.01 - Planificación Institucional

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Planificación Institucional.

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Oficina de Planeamiento y Presupuestos (OPP).

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de riesgos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

#### Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades del POI de forma automática.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

#### Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

#### Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## 0.02 - Gestión de Evaluación

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión de Evaluación.

#### Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Dirección de Evaluación.

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

#### Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles.

✓ Falta una matriz de segregación de funciones.

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Dirección de Evaluación de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

- ✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

### **0.03 - Gestión de Supervisión Directa**

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión de Supervisión.

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Dirección de Supervisión.

Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Dirección de Supervisión de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

### **0.04 - Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos**

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos.

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Dirección de Fiscalización Sanción y Aplicación de Incentivos (DFSAI).

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

#### Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la DFSAI de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

#### Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

#### Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## 0.05 - Gestión de Conflictos Socioambientales

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión de Conflictos Socioambientales.

#### Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Coordinación General de Gestión Social.

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

#### Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Coordinación General de Gestión Social de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

#### Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

#### Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

### **0.07 - Gestión de Denuncias Ambientales**

A continuación, se describen las debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión de Denuncias Ambientales.

#### Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Coordinación de Denuncias Ambientales.

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

#### Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Coordinación de Denuncias Ambientales de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

#### Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

#### Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

### **A.02 - Gestión Logística**

A continuación, se describen las debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión Logística.

#### Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en el área de Logística.

#### Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.



Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

- ✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.
- ✓ Falta de una matriz de riesgos y controles
- ✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades del área de Logística de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

- ✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.
- ✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## A.03 - Gestión Financiera

A continuación, se describen las debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión Financiera.

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Oficina de Administración.

Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

- ✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.
- ✓ Falta de una matriz de riesgos y controles
- ✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Oficina de Administración de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

- ✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.
- ✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## **A.04 - Gestión de Tecnologías de la Información**

A continuación, se describen las debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso de Gestión de Tecnología de la Información.

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Oficina de Tecnologías de la Información.

Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.

✓ Falta de una matriz de riesgos y controles

✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.

✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## **Tribunal de Fiscalización Ambiental**

A continuación, se describen las principales debilidades u oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los componentes que conforman el SCI del proceso que pertenece al Tribunal de Fiscalización Ambiental (TFA).

Componente 1: Ambiente de Control

Principio 5: No hay planes de reemplazos en la Dirección de Fiscalización Sanción y Aplicación de Incentivos (DFSAI).

Componente 2: Evaluación de Riesgos

Principio 6: No se ha definido formalmente los niveles de tolerancia para riesgos del proceso evaluado.

Principio 7: No se ha realizado el inventario de riesgos del proceso.

Principio 8: No se cuenta con inventario de tipos de fraude, no se ha realizado el análisis.

Principio 9: Monitoreo de cambios que podían impactar el SCI en el proceso, el mismo que no se ejecuta de forma consistente y no hay evidencias de su ejecución.

Componente 3: Actividad de Control

Principio 10:

- ✓ Falta de una metodología de priorización de procesos bajo los niveles de riesgos.
- ✓ Falta de una matriz de riesgos y controles
- ✓ Falta una matriz de segregación de funciones

Principio 11: El proceso no tiene un sistema informático que sea integrado y permita generar interfaces y gestionar los seguimientos y control de las actividades de la DFSAI de forma automática y almacenar información de uso continuo y actualizado.

Principio 12:

- ✓ No se cuenta con evaluaciones del SCI en el proceso que permitan identificar las mejoras requeridas.
- ✓ No tiene un lineamiento relacionado a elaboración de planes de acción que permitan generar la toma de decisiones que sean establecidas en función de las evaluaciones que se efectúen al SCI en el proceso en sí.

Componente 4: Información y Comunicación

Principio 13: Terminar la actualización y formalizar las fichas técnicas de los procesos que conforman el Macroproceso.

Componente 5: Supervisión

Principio 16: Falta de evaluaciones independientes al proceso.

Principio 17: No se evidencia revisiones periódicas formales de las actividades de control para determinar su vigencia y precisión.

## IV. Conclusiones y Recomendaciones

Este diagnóstico es el punto de partida para la elaboración del plan de cierre de brechas que permitirá la implementación sostenida de ambos sistemas (entidad y procesos), el cual formará parte del entregable número tres (3) de la presente consultoría.

### 4.1 A nivel de entidad

- ✓ Los resultados de la evaluación del SCI a nivel entidad sitúan al OEFA en un nivel de madurez Básico con un 56% de cumplimiento a nivel de evidencias, siendo el componente con mayor nivel de madurez individual alcanzado el de Ambiente de Control situado en el nivel cumplimiento parcial alto con 88% y el componente de Información y Comunicación se encuentra en nivel de cumplimiento parcial con 65%.
- ✓ Dentro del análisis documental solicitado por la CGR en la Guía, se obtuvo de un total de 114 documentos (políticas, lineamientos, directrices entre otros) un cumplimiento de 71 documentos que representan el 62%, con lo cual se requiere por parte del OEFA, considerar dentro de sus acciones inmediatas elaborar o actualizar los documentos de mayor impacto en el SCI.
- ✓ El OEFA presenta una fuerte debilidad en el componente de Evaluación de Riesgos, ubicándose con 0% de cumplimiento debido a que no cuenta para el momento del análisis con directiva de Gestión de Riesgos, Manual de Gestión de Riesgos, Política de Gestión de Riesgos, Matrices de Riesgo y Controles y otros documentos que permiten gestionar o administrar los riesgos existentes en la entidad y que se identifican en cada proceso.
- ✓ A nivel del componente Actividad de Control, se obtuvo un 40% de cumplimiento, y esto se debe principalmente, a que no se cuenta con una documentación de los controles que mitigan los riesgos presentes en los procesos que se ejecutan en el OEFA, directrices de segregaciones de funciones, indicadores de gestión por procesos. Asimismo, existe la debilidad de no contar con una directriz que establezca las Evaluaciones de Costo-Beneficio que deben ser realizados sobre aquellas actividades de control que se requieran implantar para mitigar algún riesgo.
- ✓ Para el componente de Información y Comunicación, se obtuvo el 85% de cumplimiento, siendo en el OEFA su principal debilidad no contar con un sistema integrado (ERP) que le permita gestionar a los diferentes procesos en un solo sistema y poder administrar de forma sistemática y en tiempo real cada uno de las actividades que impactan en el manejo presupuestario, objetivos estratégicos, seguridad y calidad de la información y su comunicación.
- ✓ En el componente de Supervisión se logró un 67% de cumplimiento, esto se debe a que no se ha realizado mecanismos de evaluación continua del SCI en el OEFA y existe

la usencia de acciones de monitoreo para medir eficacia de las actividades establecidas en los procesos. Acciones de Monitoreo para Medir Eficacia de las Actividades Establecidas en los Procedimientos.

## 4.2 A nivel de procesos críticos

Según la evaluación de los procesos críticos y de la Gestión de Riesgos del OEFA, considerando lo definido en la metodología de la Guía y el marco metodológico COSO-ERM, se esbozan algunas conclusiones:

- ✓ La Entidad presenta dos problemas sistémicos a considerar, uno a nivel de soporte administrativo y otro a nivel de soporte técnico de IT, y que dada la interrelación de procesos, se ven afectados tanto sus procesos operacionales como de apoyo. Estos problemas son:
  - A nivel de soporte administrativo:*
    - El trabajo misional de OEFA se realiza en todo el territorio nacional con el concurso de una ancha base de peritos y algunos laboratorios, y aunque tienen planificado la migración a régimen CAS, siempre seguirán contando con peritos en servicios de terceros, sobre los que los procesos de contratación y soporte administrativos no están resultando eficaces.
    - Lo mismo aplica para la contratación de laboratorios.
  - A nivel de soporte Informático:*
    - No se cuenta con soporte de sistemas informacionales para los procesos misionales. Tampoco se observa con claridad la forma de resolverlos, pues tampoco se cuenta con PETI ni PESEG.
    - La solución
    - Es urgente encontrar un líder de TI, así como otros roles claves, sosteniendo tales recursos en el tiempo, pero no sólo como tamaño de equipo, sino como continuidad de las principales posiciones del equipo.
    - Resulta ya primordial prestar atención a un PETI, tomar participación estratégica desde la alta dirección, para asegurar que se construya una solución duradera en lugar de paliativos.
- ✓ Existe la necesidad de una mayor planificación, coordinación y comunicación de las diferentes Direcciones de la Entidad.
- ✓ El proceso de creación, diseño y gestión de los Términos de Referencia (TdR) que se generan en la Entidad, requiere pasar por un proceso de revisión que tome en consideración a todas las áreas involucradas.
- ✓ La comunicación entre el personal de los diferentes procesos críticos evaluados (operacionales y de apoyo) no es adecuada. No existe estrategia comunicacional entre procesos.
- ✓ El personal CAS en algunos de los procesos operacionales no es suficiente como tampoco los cuadros que conforman los equipos de trabajo.
- ✓ Es necesario tomar en consideración la capacitación continua en los diferentes procesos y subprocesos de la Entidad como parte de una cultura organizacional.
- ✓ No existe cultura organizacional en gestión de riesgo en la Entidad.
- ✓ No existe un responsable y/o encargado de la gestión del riesgo que haya sido formalmente designado por la Alta Dirección de la Entidad.
- ✓ No existe normativa interna relacionada a gestión de riesgo.
- ✓ Los Objetivos de los procesos de Nivel 2 no están definidos y menos aún formalizados en normativa o documentación interna de la Entidad, de forma tal que fortalezcan no solo vigencia y validez de los procesos, sino que refuercen su observancia y seguimiento constante en los casos de cambios que puedan afectarlos.
- ✓ Existen casos de no concordancia y/o relación directa entre los Objetivos y los Riesgos que los afectan, los cuales generan eventos de impacto negativo para alcanzar el logro del Objetivo en beneficio de la Entidad.

### 4.3 Recomendaciones a nivel de entidad y procesos críticos

Considerando los resultados obtenidos en el presente diagnóstico, se proponen las siguientes acciones y/o recomendaciones para fortalecer el SCI a nivel de Entidad y Procesos Críticos:

- ✓ Elaborar y/o continuar con el desarrollo en los casos que correspondan, de los planes, políticas y procedimientos que fortalezca el cumplimiento de los documentos solicitados por la Guía y que son base de una SCI a nivel de entidad y procesos.
- ✓ Desarrollar una Manual de Gestión de Riesgos que contenga:
  - Política de Gestión de Riesgos
  - Plan de Gestión de Riesgos
  - Procedimientos de Gestión de Riesgos
  - Inventario y clasificación de riesgos
  - Matrices de Riesgos y Controles
  - Mapa de Riesgos (Probabilidad e Impacto)
- ✓ Establecer dentro de los procesos que conforman el OEFA la segregación de funciones y su evaluación anual que permita validar que las actividades y tareas realizadas por los funcionarios y servidores del OEFA no presentan duplicidad de funciones o se presten para posibles casos de fraude.
- ✓ Implementar el Estudio de Costo-Beneficio ante la necesidad de establecer o realizar una actividad de control para mitigar algún riesgo, y que pudiera contener un gasto significativo para el OEFA.
- ✓ Continuar con el desarrollo de un sistema integrado que permita gestionar entre todas las áreas del OEFA el presupuesto, compras, administración de los contratos y ordenes, seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos, trazabilidad de las acciones o tareas que cada área efectúa al momento de registrar, revisar y aprobar, así como él envió de información.
- ✓ Implementar como directiva el monitoreo continuo de las evaluaciones al SCI y Gestión de Riesgos, bajo los mecanismos de autoevaluaciones y evaluaciones externas, con lo cual se anticipa y mantiene un seguimiento al cumplimiento de los controles existentes y requeridos en cada proceso y la entidad.
- ✓ Mantener un plan de capacitación y sensibilización sobre el SCI y Gestión de Riesgos de forma continua, para buscar que todos los funcionarios y servidores del OEFA desde la Alta Dirección hasta los cargos inferiores se concienticen sobre la importancia del tema y entienda que son parte del SCI.
- ✓ Con respecto al problema sistémico administrativo, la oportunidad de mejora al respecto redundará directamente en la productividad de las áreas misionales para el cumplimiento de sus metas. Así, lo generado no sólo es responsabilidad del área administrativa, sino también de la programación y definiciones de las áreas misionales.
- ✓ Por otro lado, la solución al problema sistémico de IT debería cubrir todo el ciclo de los procesos misionales, sea cual fuera la naturaleza de contratación de los ejecutores y participantes.

## ANEXOS

### Anexo 1 - Matriz de Requerimientos de Información SCI

Ítems	Documento de Gestión / Evidencias de Cumplimiento
1	Acta de compromiso suscrita.
2	Acta de charla de Sensibilización sobre el Sistema de Control Interno, acompañado de un registro de participantes con las firmas correspondientes.
3	Enunciado de la declaración de Misión, Visión y Valores.
4	Evidencia de la difusión del Acta de Compromiso.
5	Código de Ética institucional aprobado, vigente y difundido.
6	Registro de Sanciones de Destitución y Despido actualizado.
7	Declaración jurada de sujeción al Código de Ética en legajos de los funcionarios y servidores públicos.
8	Documento que evidencia la designación de los miembros del Comité de Control Interno (CCI).
9	Planes aprobados: a) Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) b) Plan de Desarrollo Concertado (PDC) c) Plan Estratégico Institucional (PEI) d) Plan Operativo Institucional (POI) e) Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) f) Otros planes sectoriales y territoriales, articulados y ligados a las políticas nacionales.
10	Plan de la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD).
11	Plan Estratégico de Gobierno Electrónico.
12	Plan Anual de Contrataciones debidamente aprobado.
13	Informes semestrales de evaluación del POI que realizan las unidades orgánicas.
14	Estructura orgánica – Organigrama.
15	Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado y vigente.
16	Cuadro de Puestos de la Entidad – CPE aprobado y vigente.
17	Manual de Perfiles de Puesto-MPP aprobado y vigente; así como vinculado al PEI y al ROF.
18	Mapa de Procesos (Diagrama y Fichas Técnicas).
19	Manuales de Gestión de Procesos y Procedimientos.

<b>Ítems</b>	<b>Documento de Gestión / Evidencias de Cumplimiento</b>
20	Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) aprobado y vigente.
21	Reglamento Interno de Trabajo, aprobado y vigente.
22	Procedimiento de inducción a los funcionarios y servidores públicos, relacionado con el puesto que ingresa y de los principios éticos.
23	Procedimiento de capacitación.
24	Procedimiento de evaluación de personal.
25	Lineamientos de rendición de cuentas, declaraciones juradas.
26	Escala remunerativa en relación con el cargo, funciones y responsabilidades asignadas.
27	Evaluaciones del clima laboral.
28	Registro de evaluación de los perfiles del personal de la Entidad.
29	Plan Desarrollo de las Personas aprobado.
30	Plan de sensibilización y capacitación en Control Interno.
31	Registros de documentos de designación de encargaturas (asignación de atribuciones y responsabilidades al personal).
32	Reglamento del Comité de Control Interno.
33	Informes emitidos por el OCI identificando necesidades u oportunidades de mejora en los diferentes procesos de la entidad.
34	Lineamientos o directiva para implementar la gestión de riesgos aprobado.
35	Plan de Gestión de Riesgos aprobado.
36	Política de Riesgos.
37	Manual de Gestión de Riesgos.
38	Procedimientos para la gestión de riesgos.
39	Registros de capacitación de los responsables sobre gestión de riesgos.
40	Inventario de riesgos de la entidad.
41	Matriz de Riesgos (probabilidad e impacto) o Análisis y Evaluación de Riesgos.
42	Plan de Tratamiento de Riesgos o similar.
43	Medidas adoptadas para mitigar los riesgos en las áreas.
44	Lineamientos para identificar y evaluar posibles fraudes.
45	Registros de controles definidos que contribuyen a reducir los riesgos de errores y/o fraudes.

Ítems	Documento de Gestión / Evidencias de Cumplimiento
46	Normativa interna que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.
47	Reportes del monitoreo de los cambios externos (no controlables por la entidad) que puedan impactar en el SCI.
48	Reportes del monitoreo de los cambios internos (modelos de gestión, políticos, institucionales o tecnológicos) que pueden impactar en el SCI.
49	Procedimientos de autorización y aprobación documentados comunicados a los funcionarios y servidores responsables.
50	Procesos de la entidad documentados.
51	Políticas y procedimientos para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude.
52	Normas internas aprobadas que evidencian que la segregación de funciones se aplica en los procesos, actividades y tareas que realiza la entidad
53	Reportes de evaluación para identificar que dentro de los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.
54	Lineamientos para la aplicación de evaluación costo – beneficio, previo a implementar controles en los procesos, actividades y tareas.
55	Estudios específicos que demuestren que el costo de los controles establecidos está de acuerdo a los resultados esperados (beneficios).
56	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
57	Restricciones de acceso a las aplicaciones para los procesos críticos que utilizan tecnología de la información.
58	Normativa interna sobre documentación de acceso restringido en la entidad.
59	Procedimientos documentados aprobados sobre mecanismos de conciliación y verificación.
60	Reporte de arqueos, inventarios físicos, procesos de adquisiciones, reportes de personal u otros actos de verificación de información sensible efectuados periódicamente.
61	Labores de verificación y/o conciliación de los registros contables, conciliaciones bancarias, arqueos de caja, inventarios físicos.
62	Registro y seguimiento de Indicadores de desempeño del plan estratégico y del plan operativo.
63	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.
64	Procedimientos internos para la rendición de cuentas.
65	Registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR.
66	Registros de cumplimiento en la presentación periódica de declaraciones juradas de ingresos y de bienes y rentas, por parte del personal obligado.
67	Registros de cumplimiento de la presentación de información para la elaboración de la Cuenta General de la República.
68	Lineamientos sobre la política de seguridad informática.
69	Perfiles de usuarios creados de acuerdo a las funciones de los servidores.



Ítems	Documento de Gestión / Evidencias de Cumplimiento
70	Plan Operativo Informático y Guía de Elaboración.
71	Plan de Contingencias aprobado.
72	Plan Estratégico de Tecnologías de Información – PETI y su evaluación.
73	Informes periódicos relacionados sobre la sensibilización y concientización de los funcionarios y servidores públicos de la Entidad en cuanto al buen uso de las tecnologías de la información y comunicación y seguridad de la información.
74	Normas para el uso y conservación de las computadoras personales (PC) y periféricos.
75	Reporte de verificación de licencias y autorizaciones de uso de los programas informáticos de la Entidad.
76	Políticas, directivas o manuales que registran las actividades y tareas de cada unidad orgánica.
77	Registros de implementación de propuestas de mejoras de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.
78	Informe o reportes de las revisiones efectuadas a los procesos, procedimientos, actividades y tareas.
79	Indicadores aprobados para medir la efectividad de los procesos, procedimientos, actividades o tareas.
80	Normas internas que regulen los requisitos de la información.
81	Norma que regula el sistema de administración documentaria de la entidad.
82	Documento interno para determinar la relación entre información y responsabilidad del personal.
83	Procedimiento estableciendo los mecanismos para asegurar la calidad y suficiencia de la información y su evaluación periódica.
84	Evidencia de la existencia del sistema integrado de gestión administrativa (SIGA o el sistema equivalente).
85	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.
86	Registros de implementación de mejoras producto de cambios en la normativa / reclamos o pedidos de los usuarios.
87	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.
88	Informe de satisfacción del usuarios/ciudadano.
89	Procedimientos para la administración del archivo institucional.
90	Plan Anual de Trabajo archivístico (Directiva N° 003-2008-AGN/DNDAAI)
91	Ambientes del archivo institucional adecuados
92	Información preservada en medios físicos (archivos, documentados y/o digitales).

Ítems	Documento de Gestión / Evidencias de Cumplimiento
93	Normativa interna sobre préstamo de documentación del archivo y transferencia de documentación al archivo.
94	Normas para la administración y uso de internet y correo electrónico.
95	Existencia de medios que facilitan la comunicación interna: Intranet, correo electrónico, boletines, revistas, folletos, periódicos murales; de conocimiento de los funcionarios y servidores públicos.
96	Mecanismos para la denuncia de actos indebidos u oportunidades de mejora por parte de los funcionarios y servidores públicos.
97	Canales de denuncias.
98	Libro de reclamaciones físicas y virtuales.
99	Informe de reclamaciones de usuarios.
100	Norma actualizada para regular la actualización del Portal web y el Portal de transparencia.
101	Procedimientos para asegurar la adecuada atención de los requerimientos externos de información (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública).
102	Diagnóstico (línea de base) del control interno.
103	Lineamientos aprobados para desarrollar acciones de prevención y monitoreo.
104	Informes de evaluación del Plan Estratégico Institucional (objetivos, indicadores, entre otros) y del Plan Operativo Institucional.
105	Registro de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades establecidas en los procedimientos.
106	Registros de participantes a las capacitaciones sobre control interno.
107	Comunicaciones a los responsables sobre las deficiencias y los problemas detectados en el monitoreo, para que adopten los correctivos.
108	Informes de la Alta Dirección sobre la adopción de medidas correctivas.
109	Reportes de seguimiento a la implementación de recomendaciones de los informes de los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control.
110	Registro de deficiencias reportadas por el personal.
111	Procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y el control interno de la entidad.
112	Documentos de implementación de las recomendaciones que formulan los OCI.
113	Registro de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.
114	Evaluación al cumplimiento del Plan Operativo Institucional.

## **Anexo 2 - Herramienta de Diagnóstico del SCI a nivel de Entidad**

(Ver archivo digital en CD)

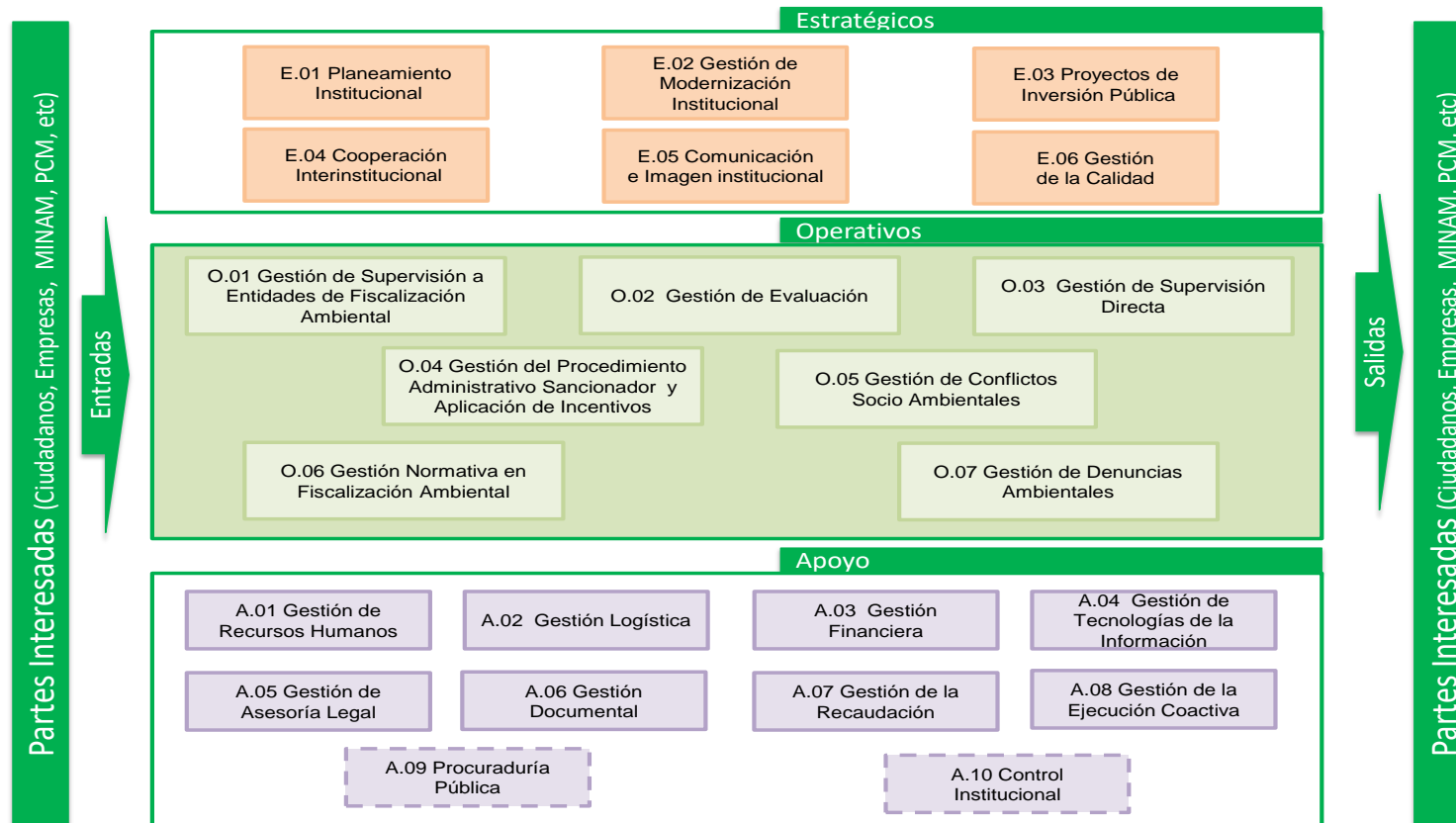
**Anexo 3 - Matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de gestión o prácticas de gestión**

(Ver archivo digital en CD)

#### **Anexo 4 - Diagnóstico del SCI en procesos críticos**

(Ver archivo digital en CD)

## Anexo 5 - Mapa de Macroprocesos del OEFA



## Anexo 6 - Inventario de procesos críticos del OEFA

<b>ALCANCE:</b>	<p>El desarrollo del diagnóstico del SCI del OEFA se ejecutará entre los procesos críticos que conforman a los macro procesos a nivel estratégico, operativo y apoyo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. E.01 Planeamiento Institucional</li> <li>2. O.02 Gestión de Evaluación</li> <li>3. O.03 Gestión de Supervisión Directa</li> <li>4. O.04 Gestión de Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos</li> <li>5. O.05 Gestión de Conflictos Socio Ambientales</li> <li>6. A.02 Gestión Logística</li> <li>7. A.03 Gestión Financiera</li> <li>8. A.04 Gestión de Tecnología de la Información</li> <li>9. A.06 Gestión Documental</li> </ol>
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Proceso	Nivel 0	Proceso Nivel 0	Nivel 1	Proceso Nivel 1	Nivel 2	Proceso Nivel 2
Estratégico	E.01	Planeamiento Institucional	E.01.1	Planeamiento Estratégico	E.01.1.1	Formulación, Aprobación y difusión del PEI
					E.01.1.2	Seguimiento y evaluación del PEI
					E.01.1.3	Modificación del PEI
			E.01.2	Planeamiento Operativo	E.01.2.1	Formulación y Aprobación del POI
					E.01.2.2	Seguimiento y Evaluación del POI
					E.01.2.3	Modificación del POI
					E.01.2.4	Formulación y Aprobación del PLANEFA
					E.01.2.5	Evaluación del PLANEFA
					E.01.2.6	Evaluación de Planes Intersectoriales
			E.01.3	Presupuesto	E.01.3.1	Programación del Presupuesto Multianual
					E.01.3.2	Formulación del Presupuesto Anual
					E.01.3.3	Ejecución y Seguimiento del Presupuesto Anual
					E.01.3.4	Evaluación Presupuestaria
		O.01.6.2	Fortalecimiento de capacidades de las EFA por las unidades de gestión desconcentrada			
Operativo	O.02	Gestión de Evaluación	O.02.2	Gestión de actividades del área de monitoreos ambientales	O.02.2.1	Programación Mensual del Área de Monitoreos Ambientales
					O.02.2.2	Planificación de las actividades del Área de Monitoreos Ambientales
					O.02.2.3	Ejecución de las actividades del área Monitoreo Ambiental

Proceso	Nivel 0	Proceso Nivel 0	Nivel 1	Proceso Nivel 1	Nivel 2	Proceso Nivel 2
					0.02.5.4	Gestión del presupuesto y caja chica
					0.02.5.5	Gestión de personal y terceros
Operativo	0.03	Gestión de Supervisión Directa	0.03.1	Programación de la Supervisión Directa	0.03.1.1	Elaboración del Programa de Supervisión Directa
					0.03.1.2	Revisión y Aprobación del Programa de Supervisión Directa
			0.03.2	Planeación de la Supervisión Directa	0.03.2.1	Elaboración, Revisión y Aprobación del Plan de Supervisión Directa y Anexos
					0.03.2.2	Gestión de credenciales para la Ejecución de la Supervisión Directa
					0.03.2.3	Verificación de Equipos y Suministros para la Supervisión Directa
			0.03.3	Ejecución de la Supervisión Directa	0.03.3.1	Ejecución de las Actividades de Supervisión Directa
					0.03.3.2	Ejecución de las Actividades de Muestreo de Supervisión Directa
			0.03.4	Análisis de Resultados de la Supervisión Directa	0.03.4.1	Elaboración de Informes de Supervisión Directa
0.03.4.2	Elaboración de Informes Técnicos Acusatorios y No Acusatorios					
Operativo	0.04	Gestión del Procedimiento Administrativo Sancionador y Aplicación de Incentivos	0.04.1	Resolución en Primera Instancia de Incumplimientos de Obligaciones Ambientales	0.04.1.1	Ejecución del Procedimiento Administrativo Sancionador
					0.04.1.2	Atención de Recursos Administrativos
			0.04.2	Resolución del Recurso Administrativo de Apelación	0.04.2.1	Recepción del Expediente
					0.04.2.2	Asignación del Expediente
					0.04.2.3	Análisis del Expediente
					0.04.2.4	Elaboración del Proyecto de Resolución TFA
					0.04.2.5	Revisión y aprobación de RFTA
					0.04.2.6	Notificación al Administrado y Devolución de Expediente
					0.04.2.7	Gestión Administrativa del TFA
			0.04.3	Otorgamiento de Incentivos	0.04.3.1	Registro de Buenas Prácticas Ambientales
					0.04.3.2	Convocatoria y Recepción de Documentos
					0.04.3.3	Pre-Evaluación
					0.04.3.4	Verificación en Campo
					0.04.3.5	Evaluación y Calificación
					0.04.3.6	Difusión y Otorgamiento
			0.04.4	Atención de solicitudes de información y de opinión técnico legal vinculadas a delitos ambientales		



Proceso	Nivel 0	Proceso Nivel 0	Nivel 1	Proceso Nivel 1	Nivel 2	Proceso Nivel 2
			O.04.5	Gestión Administrativa de la DFSAI		
Operativo	0.05	Gestión de Conflictos Socio-ambientales	0.05.1	Prevención de conflictos socio-ambientales	O.05.1.1	Análisis y evaluación de Conflictividad Socio-ambiental
					O.05.1.2	Monitoreo de Medios de Prensa
					O.05.1.3	Propuesta y desarrollo de Eventos de Capacitación
					O.05.1.4	Realización de Investigaciones de Conflictividad Socio-ambiental
					O.05.1.5	Elaboración y remisión del reporte de alerta temprana
			O.05.1.6	Elaboración del reporte semanal de gestión de conflictos socio-ambientales		
			0.05.2	Tratamiento de conflictos socio-ambientales	O.05.2.1	Evaluación y participación en espacios de diálogo
			0.05.3	Seguimiento del cumplimiento de compromisos del OEFA		
Operativo	0.07	Gestión de Denuncias Ambientales	0.07.1	Atención de Denuncias Ambientales	O.07.1.1	Análisis Preliminar, Registro y Derivación de Denuncias Ambientales
					O.07.1.2	Atención de Denuncias Ambientales por las EFA
					O.07.1.3	Atención de Denuncias Ambientales de Competencia Directa del OEFA
					O.07.1.4	Atención de Denuncias Ambientales por la Dirección de Evaluación
Apoyo	A.02	Gestión Logística	A.02.1	Plan Anual de Contrataciones	A.02.1.1	Formulación y aprobación del Plan Anual de Contrataciones
					A.02.1.2	Modificación del Plan Anual de Contrataciones
					A.02.1.3	Seguimiento del Plan Anual de Contrataciones
			A.02.2	Adquisición de Bienes y Servicios	A.02.2.1	Adquisición de bienes y Servicios con proceso
					A.02.2.2	Adquisición de bienes y Servicios sin proceso
					A.02.2.3	Adquisición de pasajes aéreos por comisión al interior y exterior del país
					A.02.2.4	Adquisición de bienes y servicios para las OD
			A.02.3	Ejecución Contractual	A.02.3.1	Prestación del Servicio
					A.02.3.2	Inicio del pago del servicio
					A.02.3.3	Suscripción de adendas u otros
					A.02.3.4	Ejecución de garantías de fiel cumplimiento del contrato
					A.02.3.5	Resolución del contrato
					A.02.3.6	Solución de controversias
					A.02.3.7	Ejecución contractual sin proceso
A.02.4	Gestión de Almacenes	A.02.4.1	Recepción y almacenamiento de bienes			
		A.02.4.2	Distribución y custodia de bienes			

Proceso	Nivel 0	Proceso Nivel 0	Nivel 1	Proceso Nivel 1	Nivel 2	Proceso Nivel 2		
					A.02.4.3	Seguimiento a la gestión de almacenes		
Apoyo	A.03	Gestión Financiera	A.03.1	Ejecución del gasto público				
			A.03.2	Conciliación bancaria				
			A.03.3	Caja Chica	A.03.3.1	Apertura de Fondos		
					A.03.3.2	Solicitud y Atención de Requerimientos de Caja Chica		
					A.03.3.3	Reposición de Fondos de Caja Chica Central		
					A.03.3.4	Reposición de Fondos de Cajas Chicas Parciales		
					A.03.3.5	Monitoreo de la rendición del reembolso de Caja Chica		
					A.03.3.6	Arqueo de Caja Chica		
					A.03.3.7	Liquidación de Caja Chica		
			A.03.4	Viáticos	A.03.4.1	Solicitud y asignación de Viáticos		
					A.03.4.2	Rendición de Viáticos		
			A.03.5	Administración de tesorería	A.03.5.1	Custodia y control de cartas fianza		
					A.03.5.2	Emisión de comprobantes de pago		
					A.03.5.3	Programación de calendario de pago		
			A.03.6	Registro de Operaciones Contables	A.03.6.1	Registro de Ingresos		
A.03.6.2	Registro de Gastos							
A.03.7	Formulación de Balances y Estados Financieros	A.03.7.1	Integración de la contabilidad					
		A.03.7.2	Movimiento del tesoro público, cuentas incobrables					
		A.03.7.3	Administración contable de activos fijos					
A.03.8	Gestión del archivo contable	A.03.8.1	Almacenamiento de documentos en Archivo contable					
A.03.9	Gestión del archivo de tesorería	A.03.8.2	Atención de requerimientos de documentos del archivo contable					
		A.03.9.1	Almacenamiento de documentos en archivo de tesorería					
A.03.9.2	Atención de requerimientos de documentos del archivo de tesorería							
Apoyo	A.04	Gestión de Tecnologías de la Información	A.04.1	Gestión de Proyectos	A.04.1.1	Gestión del Planeamiento de TI		
					A.04.1.2	Ejecución y Control de Proyectos		
			A.04.2	Gestión de Desarrollo de Sistemas de Información	A.04.2.1	Evaluación de los Requerimientos		
					A.04.2.2	Análisis y Diseño		
					A.04.2.3	Codificación		
					A.04.2.4	Validación y pruebas del software		
					A.04.2.5	Despliegue		
					A.04.2.6	Capacitación		
					A.04.2.7	Soporte		

Proceso	Nivel 0	Proceso Nivel 0	Nivel 1	Proceso Nivel 1	Nivel 2	Proceso Nivel 2
			A.04.3	Gestión de los Servicios de Data Center	A.04.3.1	Control y Monitoreo de TI
					A.04.3.2	Gestión del Backup de la información
					A.04.3.3	Administración de Base de Datos
					A.04.3.4	Gestión de licencias de Software
					A.04.3.5	Gestión de Accesos
					A.04.3.6	Gestión de Nuevos Servidores
					A.04.3.7	Atenciones Adicionales
			A.04.4	Gestión de Soporte Técnico al Usuario	A.04.4.1	Soporte Técnico al Usuario
					A.04.4.2	Inventario de Equipos Tecnológicos
					A.04.4.3	Mantenimiento de Equipos Informáticos

**Anexo 7 - Matriz de Riesgos y Controles por procesos críticos**

(Ver archivo digital en CD)