

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias e Ingenierías Físicas y Formales
Escuela Profesional de Ingeniería Industrial



“IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA, DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA DE GENERACIÓN ELÉCTRICA DE AREQUIPA S.A. PARA EL CIERRE DEL EJERCICIO 2021”

Tesis presentada por el Bachiller:

Ponce Montoya Jorge Luis

para optar por el título profesional de:

Ingeniero Industrial

Asesor:

Dr. Valencia Becerra Rolardi Mario

Arequipa – Perú

2022

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INGENIERIA INDUSTRIAL

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Agosto del 2022

Dictamen: 006085-C-EPII-2022

Visto el borrador del expediente 006085, presentado por:

2010223231 - PONCE MONTOYA JORGE LUIS

Titulado:

**IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL
INTERNO EN LA EMPRESA DE GENERACIÓN ELÉCTRICA DE AREQUIPA S.A. PARA EL CIERRE
DEL EJERCICIO 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1840 - ZEVALLOS GONZALES WILBERT FELIPE
DICTAMINADOR**



**2504 - RIVERA CHAVEZ MARIA EUGENIA
DICTAMINADOR**



**2762 - NIETO PEÑA VANESSA GLADYS
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mis amados padres y hermana, cuyo consejo y apoyo permanente, son el pilar que ha guiado, guía y guiará mi camino.

A mi prometida, por su soporte incondicional a lo largo de mi vida personal y carrera profesional, el cual me ha sido imprescindible en los momentos más críticos.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, que ha permitido llegar mi avance profesional a este momento, acompañado de mis seres queridos.

Agradezco a la Universidad Católica Santa María y en especial a la Escuela Profesional de Ingeniería Industrial, por mi formación profesional, la cual me ha permitido desempeñarme laboralmente con éxito.

Agradezco a mis asesores, por haberme brindado la guía, su tiempo y conocimiento para el desarrollo de mi investigación.

Agradezco a la Empresa de Generación de Energía Eléctrica de Arequipa S.A., por permitirme utilizar la información de la entidad para desarrollar la presente investigación satisfactoriamente.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general, Implementar el Sistema, de Control Interno y medir su respectivo Nivel, de Madurez al cierre del ejercicio 2021, según la metodología actualizada establecida en el “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC), Sistema, de Control Interno (SCI), Sistema de Gestión Integrado (SIG), Gestión de Calidad de Servicio (GCS) y Buen Gobierno Corporativo (BGC) de FONAFE”. Dicha implementación, es motivada por la derogación de la metodología que venía utilizando la Entidad, generando una necesidad obligatoria de implementar la metodología actualizada.

Asimismo, la presente investigación desarrolla un diagnóstico de la operación del Sistema, de Control Interno en la Entidad antes del desarrollo de la investigación, con el objetivo de establecer una línea base, para luego desarrollar el experimento mediante la implementación de acciones para la migración hacia la metodología actualizada, con el objetivo de realizar la medición del Nivel, de Madurez del sistema con dicha metodología al cierre del 2021.

El diseño utilizado es experimental, cuantitativo, retrospectivo y transversal. Asimismo, la población y muestra ha estado compuesta por diecisiete (17) jefaturas de la Entidad. Los instrumentos que han sido utilizados para el desarrollo de la investigación han sido los cuestionarios denominados “Herramienta Automatizada para la Evaluación del Sistema, de Control Interno” y “Herramienta Integrada de Evaluación de los Sistemas”.

En razón de lo expuesto y luego de haber sido realizada la investigación experimental, se obtuvo un Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno bajo la metodología actualizada de FONAFE al cierre del ejercicio 2021 de 83,24%, el cual sitúa al sistema como “Avanzado”, por lo tanto, se concluye que se logró la implementación del Sistema, de Control Interno.

Palabras Clave: Sistema, de Control Interno, COSO 2013, Control Interno, SCI.

ABSTRACT

This research entitled "Implementation of the Evaluation Methodology of the Internal Control System in the Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A." Its General Objective is to Implement an Internal Control System and measure its respective Maturity Level at the end of the 2021 financial year, according to the updated methodology established in the "Integrated Methodology Manual for the evaluation of compliance with RSC, SCI, SIG, GCS and BGC". Said implementation is motivated by the repeal of the methodology that the Entity had been using, generating a mandatory need to implement the updated methodology at the end of said fiscal year.

The research design is experimental, quantitative, retrospective and transversal. Likewise, the population and sample have been made up of the Headquarters of the Entity, which are responsible for dealing with information and documentation related to Internal Control, made up of seventeen (17) heads, respectively. The instruments used were the questionnaires called "Automated Tool for the Evaluation of the Internal Control System" and "Integrated Tool for the Evaluation of the CSR, SCI, GIR, SIG, GCS, and BGC Systems."

Due to the foregoing and after the experimental investigation was carried out, the Internal Control System was implemented and, as a consequence, a Maturity Level of the Internal Control System was obtained at the end of fiscal year 2021 of 83.24%, which It is classified as "Advanced", under the methodology established by the "Integrated Methodology Manual for the evaluation of compliance with CSR, SCI, SIG, GCS and BGC systems".

Keywords: Internal Control System, COSO 2013, Internal Control, SCI.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
1. Planteamiento del Problema	2
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	2
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.2.1. Interrogante General.....	3
1.2.2. Interrogantes Específicas.....	3
1.2.3. Área del Conocimiento:.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Hipótesis.....	5
1.4.1. Hipótesis General.....	5
1.4.2. Hipótesis Específicas.....	5
1.5. Análisis de Variables:.....	5
1.5.1. Variable Independiente:	5
1.5.2. Variable Dependiente:.....	6
1.6. Justificación del Problema:	9
1.6.1. Justificación Teórica.....	9
1.6.2. Justificación Práctica.....	9
1.6.3. Justificación Social.....	9
1.6.4. Justificación Económica.....	10
1.6.5. Justificación Legal.....	10
CAPÍTULO II.....	11
2. Marco Teórico y Referencial.....	11
2.1. Antecedentes de Investigación:	11
2.1.1. Antecedentes Nacionales	11
2.1.2. Antecedentes Internacionales.....	13
2.2. Conceptos Básicos:	15
2.3. Bases teóricas:.....	18
2.3.1. Sistema, de Control Interno	18
2.3.2. Proceso de implementación:.....	33

CAPÍTULO III.....	35
3. Marco Metodológico.....	35
3.1. Tipo, Método y Nivel de la Investigación.....	35
3.1.1. <i>Método de Investigación</i>	<i>35</i>
3.2. Diseño de la Investigación.....	35
3.3. Alcance de la Investigación	36
3.3.1. <i>Ubicación Espacial.....</i>	<i>36</i>
3.3.2. <i>Ubicación Temporal</i>	<i>36</i>
3.3.3. <i>Población y Muestra.....</i>	<i>36</i>
3.3.4. <i>Unidades de Estudio</i>	<i>36</i>
3.4. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos	37
3.5. Procedimientos de Recolección de Datos	37
3.5.1. <i>Observación Documental:.....</i>	<i>37</i>
3.5.2. <i>Procesamiento y análisis de datos:</i>	<i>37</i>
3.6. Limitaciones de la Investigación.....	38
3.7. Consideraciones Éticas	38
CAPÍTULO IV	39
4. Análisis Situacional de la Empresa	39
4.1. Descripción de la Empresa.....	39
4.1.1. <i>Misión</i>	<i>40</i>
4.1.2. <i>Visión.....</i>	<i>40</i>
4.1.3. <i>Objetivos Estratégicos</i>	<i>40</i>
4.1.4. <i>Valores</i>	<i>41</i>
4.1.5. <i>Estructura Orgánica</i>	<i>41</i>
4.1.6. <i>Capacidad Instalada de las Centrales de Generación</i>	<i>42</i>
4.2. Diagnóstico del Sistema, de Control Interno en EGASA.....	42
4.2.1. <i>Criterios de evaluación de evidencias de sustento documental:</i>	<i>43</i>
4.2.2. <i>Metodología de Calificación y Medición del Nivel, de Madurez:.....</i>	<i>44</i>
4.2.3. <i>Medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno</i>	<i>47</i>
CAPÍTULO V	49
5. Implementación del Sistema de Control Interno	49
5.1. Ejecución del Plan de Implementación del Proceso del SCI.....	49
5.1.1. <i>Acción N° 1: Análisis Manual Corporativo Actualizado.....</i>	<i>49</i>
5.1.2. <i>Acción N° 2: Capacitación y al personal de la Entidad.....</i>	<i>51</i>
5.1.3. <i>Acción N° 3: Identificación de responsables de preguntas</i>	<i>52</i>
5.1.4. <i>Acción N° 4: Creación de repositorio digital clasificado.....</i>	<i>52</i>
5.1.5. <i>Acción N° 5: Inducción individualizada a las Gerencias y Jefaturas</i>	<i>53</i>
5.1.6. <i>Acción N° 6 Gestión de Comunicación de designación de responsables</i>	<i>54</i>
5.1.7. <i>Acción N° 7: Medición preliminar del Nivel de Madurez</i>	<i>55</i>
5.1.8. <i>Acción N° 8: Evaluación preliminar del Nivel de Madurez.....</i>	<i>56</i>

5.1.9. Acción N° 9: Gestión de Comunicación oficial.....	57
5.1.10. Acción N° 10: Medición Oficial del Nivel de Madurez del SCI.....	58
5.1.11. Acción N° 11: Desarrollo de Informe de Evaluación.....	65
5.1.12. Acción N° 12: Recepción del Informe de Validación de FONAFE:.....	66
5.1.13. Acción N° 13: Análisis del Informe de Validación:	67
CAPÍTULO VI	70
6. Resultados	70
6.1. Confiabilidad y Validez del Instrumento.....	70
6.1.1. Confiabilidad del Instrumento.....	70
6.1.2. Validez del Instrumento.....	74
6.2. Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 1	77
6.2.1 Contrastación de la Hipótesis N° 1	78
6.3 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 2	78
6.3.1 Contrastación de la Hipótesis N° 2	80
6.4 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 3	80
6.4.1 Contrastación de la Hipótesis N° 3	82
6.5 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 4	83
6.5.1 Prueba de Normalidad de las muestras.....	83
6.5.2 Comparación de las Metodologías de Medición del Nivel, de Madurez.....	88
6.5.3 Contrastación de la Hipótesis N° 4	94
6.6 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 5	94
6.6.1 Contrastación de la Hipótesis N° 5	97
6.7 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo General	97
6.7.1 Contrastación de la Hipótesis General	99
6.8 Beneficios de la Implementación del Sistema de Control Interno.....	99
CAPÍTULO VII	103
7. Discusión de los Resultados.....	103
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1 Operacionalización de Variables	8
Tabla 2 Principios del Componente de Entorno, de Control	25
Tabla 3 Principios del Componente Evaluación, de Riesgos	26
Tabla 4 Principios del Componente Actividades, de Control	27
Tabla 5 Principios del Componente Información, y Comunicación	28
Tabla 6 Principios del Componente Actividades de Supervisión	28
Tabla 7 Proveedores, Entradas, Salidas y Clientes del Proceso de Control Interno	33
Tabla 8 Centrales de Generación de EGASA	39
Tabla 9 Parámetros y Características De Evaluación (Metodología Desactualizada)	43
Tabla 10 Ponderación Componentes Control Interno	45
Tabla 11 Intervalos de Madurez del Sistema, de Control Interno	46
Tabla 12 Análisis de vigencia de la operatividad del SCI	50
Tabla 13 Jerarquía de los Niveles de Evaluación	59
Tabla 14 Ponderación Componentes Control Interno	61
Tabla 15 Intervalos de Madurez del SCI (Metodología Actualizada)	62
Tabla 16 Puntaje Nivel Madurez del SCI al 2021 (Metodología Actualizada)	63
Tabla 17 Validación Grant Thornton Nivel de Madurez (Metodología Actualizada)	67
Tabla 18 Confiabilidad Test – Retest, Correlación Pearson (Metodología Actualizada)	71
Tabla 19 Método de Validación del Instrumento de Coeficiente de Validez	75
Tabla 20 Diagnóstico SCI 2021 (Metodología Desactualizada)	77
Tabla 21 Nivel de Cumplimiento Plan de Acción de Implementación	79
Tabla 22 Nivel, de Madurez por Componente (Metodología Actualizada)	81
Tabla 23 Resultados Obtenidos Metodología Desactualizada y Actualizada	83
Tabla 24 Media, Y_i y Y_i^2 para Prueba Shapiro Wilks (Metodología Desactualizada)	85
Tabla 25 Media, Y_i y Y_i^2 para Prueba Shapiro Wilks (Metodología Actualizada)	85
Tabla 26 Factor a_i , X_{mayor} , X_{menor} (Metodología Desactualizada)	86
Tabla 27 Factor a_i , X_{mayor} , X_{menor} (Metodología Actualizada)	86
Tabla 28 Cálculo promedio de diferencias T Student	89
Tabla 29 Cálculo prueba t de Student	90
Tabla 30 Correlación de Pearson (Metodología desactualizada y actualizada)	92
Tabla 31 Matriz de Priorización de Brechas	95
Tabla 32 Plan de Trabajo Anual para el ejercicio 2022	96
Tabla 33 Puntaje Nivel Madurez Validado del SCI al 2021 (Metodología Actualizada)	98
Tabla 34 Costos de Comisión Investigadora	101
Tabla 35 Costos de Comisión de Deslinde de Responsabilidades	101
Tabla 36 Costo Total de Procesos Administrativos	102

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 Evolución Marco Metodológico COSO	23
Figura 2 Gráfico de Componentes del Marco: COSO 2013	24
Figura 3 Niveles y Parámetros de Evaluación	30
Figura 4 Flujograma del Procedimiento del Sistema de Control Interno	34
Figura 5 Objetivos Estratégicos de EGASA.....	40
Figura 6 Estructura Orgánica EGASA.....	41
Figura 7 Capacidad Instalada EGASA.....	42
Figura 8 Medición del Nivel, de Madurez del SCI al 2021 (Metodología desactualizada)	47
Figura 9 Gráfico de Nivel, de Madurez del SCI al 2021 (Metodología Desactualizada)	48
Figura 10 Correo Electrónico – Capacitación Control Interno	51
Figura 11 Archivo Clasificado One Drive	53
Figura 12 Comunicación formal de responsables – Sistema Trámite Documentario.....	54
Figura 13 Captura de Pantalla Plataforma SISMAD.....	56
Figura 14 Comunicación formal para documentación de parámetros de Control Interno	58
Figura 15 Nivel, de Madurez 2021 del SCI - SISMAD	64
Figura 16 Remisión Informe de Evaluación a FONAFE	65
Figura 17 Remisión Informe de Evaluación a FONAFE	66
Figura 18 Gráfico Comparativo Autoevaluación y Validación del SCI (Metodología Actualizada).....	68
Figura 19 Diagrama Gantt - Ejecución Plan de Acción de Implementación	69
Figura 20 Gráfico Coeficiente de Correlación Pearson (Confiabilidad Instrumento)	73
Figura 21 Gráfico Nivel, de Madurez por Componente (Metodología Actualizada)	81
Figura 22 Gráfico Distribución Normal (Metodología Desactualizada y Actualizada)	88
Figura 23 Gráfico de Distribución normal t de Student para muestras relacionadas de 2 colas.....	90
Figura 24 Gráfico Dispersión (Metodología Desactualizada y Actualizada).....	91
Figura 25 Gráfico Correlación Pearson (Metodología Desactualizada y Actualizada).....	93

ÍNDICE DE ANEXOS:

Anexo 1: Matriz de Consistencia	112
Anexo 2 Validación de Instrumento por Juicio de Expertos.....	113
Anexo 3 Herramienta Automatizada de Evaluación (Metodología Desactualizada)	124
Anexo 4 Estructura de la Herramienta Integrada de Evaluación (Metodología Actualizada).....	132
Anexo 5 Coeficientes (ai) para el contraste de Shapiro-Wilks.....	157
Anexo 6 Niveles de significación para el contraste de Shapiro-Wilks.	158
Anexo 7 Valores Críticos de t.....	159



INTRODUCCIÓN

La Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. (en adelante, EGASA), es una Empresa perteneciente a la Corporación del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (en adelante, FONAFE), la cual se encarga de generar y comercializar energía eléctrica mediante centrales hidroeléctricas y termoeléctricas que operan en el Sistema Eléctrico Interconectado Nacional.

Al respecto, FONAFE como ente rector de las Empresas del Estado, dicta lineamientos corporativos para que sean implementados por todas las Empresas que lo conforman. Ante ello, dentro de su proceso de mejora continua, realizó la actualización de la normativa y de la metodología a la Evaluación de la implementación del Sistema, de Control Interno, la cual está enmarcada en el Modelo COSO 2013, con un criterio aplicado a Principios y componentes de Control Interno.

En razón a lo antes expuesto, la presente investigación propone un diagnóstico de la operatividad del Sistema, de Control Interno, la cual permita identificar la metodología y procedimientos con los cuales ha venido desarrollándose, y por otro lado, realizar la implementación de la nueva metodología propuesta por FONAFE, evaluando el Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno la metodología actualizada al cierre del ejercicio 2021, el cual ha sido validado por el consultor especializado Grant Thornton, en representación de FONAFE, permitiendo identificar acciones de mejora durante el proceso de evaluación.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

El medio empresarial a nivel global se encuentra en la búsqueda de la sostenibilidad, con el objetivo de mantener su competitividad respecto al mercado. Para ello, el uso de herramientas de control interno dentro de los ámbitos de la gestión, no solo se han establecido como una práctica fundamental en las organizaciones, sino que viene siendo un gran aliado para asegurar los objetivos institucionales, fomentando la eficiencia, la cultura de control y la mitigación de riesgos que pudieran afectar a las empresas.

Asimismo, el contexto empresarial en Perú, se ha encontrado en una constante implementación y mejora continua para tener sistemas de control interno sólidos, los cuales permitan asegurar la eficiencia y eficacia de sus procesos y de sus objetivos estratégicos. Al respecto, el sector público, tuvo un primer acercamiento al Control Interno en el año 2006, con normativa específica de la Contraloría, sujeta a todas las Entidades de todos los órganos de gobierno.

A nivel sectorial, FONAFE estableció un Lineamiento y un Manual Corporativo para la Evaluación General del Sistema, de Control Interno desde el año 2015, dando inicio a la operatividad de la función de control interno en las Empresas del Estado. Ante ello, EGASA se sujetó a dicha normativa, e inició un proceso de implementación, alineado a criterios establecidos mediante una herramienta de medición del Nivel, de Madurez del Sistema, para la identificación de brechas y el establecimiento de planes de acción para el fortalecimiento del mismo.

Ante ello, dentro de un proceso de mejora en la corporación permanente, FONAFE mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 010-2021/DE-FONAFE, aprobó el Manual Corporativo: “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC”, el cual reemplaza la metodología de evaluación

del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno, en conjunto con otros sistemas empresariales, que si bien utiliza la misma base en el marco normativo de COSO 2013, ha tenido una variación significativa en los criterios de evaluación de los Principios y componentes de dicha norma, así como el la metodología de evaluación del mismo. Dicho cambio, ha dejado desactualizados los criterios que viene utilizando EGASA, y su evaluación del sistema ha quedado desactualizada.

Asimismo, es importante mencionar que FONAFE realiza anualmente de manera obligatoria y al cierre de cada ejercicio, una validación documental de la autoevaluación del Nivel, de Madurez obtenido por EGASA del Sistema, de Control Interno.

Ante ello, se configuró una realidad problemática, la cual se enmarca en que EGASA aún gestionaba Sistema, de Control Interno con una metodología no vigente, la cual ha fue reemplazada por un Manual Corporativo y una Herramienta Integrada de Evaluación. Dichos criterios normativos, requirieron un proceso de análisis, implementación y determinación del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno para el cierre del ejercicio 2021, así como la evaluación efectuada por FONAFE.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Interrogante General

¿De qué manera se puede implementar el Sistema de Control Interno en EGASA de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE y realizar la medición del Nivel de Madurez general del Sistema al cierre del ejercicio 2021 en la Entidad?

1.2.2. Interrogantes Específicas

- ¿La metodología con la que viene operando EGASA para la evaluación del Sistema, de Control Interno, se encuentra vigente?
- ¿Qué medidas se deben adoptar para implementar la metodología actualizada del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021?

- ¿Cuál es Nivel, de Madurez de los cinco (5) componentes del Sistema, de Control Interno?
- ¿Cuáles son las diferencias entre la metodología actualizada y la metodología desactualizada que viene utilizando la Entidad?
- ¿Qué acciones de mejora se pueden identificar para el ejercicio 2022?

1.2.3. Área del Conocimiento:

El problema que ha sido investigado, tiene la siguiente ubicación:

- a. Campo : Ciencias Económicas y empresariales.
- b. Área : Gestión Pública.
- c. Línea : Sistema de Control Interno.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Implementar el Sistema de Control Interno y su respectiva Medición del Nivel de Madurez al cierre del ejercicio 2021 en la empresa EGASA, según la metodología actualizada de FONAFE.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar un diagnóstico de la metodología que viene utilizando EGASA para la operación y evaluación del Sistema de Control Interno para evaluar su vigencia.
- Implementar un plan de acción, para operativizar la gestión administrativa de evaluación del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021 con la metodología actualizada de FONAFE.
- Determinar el Nivel, de Madurez de los cinco (5) Componentes de Control Interno con la metodología actualizada de FONAFE.
- Determinar diferencias entre la normativa actualizada y desactualizada del Sistema, de Control Interno.

- Proponer plan de trabajo para el Sistema de Control Interno a ser ejecutado en el ejercicio 2022.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

Es probable que:

Al implementar el Sistema de Control Interno, de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE, el Nivel de Madurez del Sistema se encuentre en un nivel “avanzado”.

1.4.2. Hipótesis Específicas

- Es probable que; la metodología que viene utilizando EGASA para la evaluación del Sistema, no se encuentre vigente para su operación.
- Es probable que; se implementen acciones para poder operativizar la actualización del Proceso del Sistema de Control Interno hacia la metodología actualizada.
- Es probable que, los cinco (5) componentes de control interno, de acuerdo a la metodología actualizada, se encuentren en un Nivel, de Madurez entre “Establecido” y “Avanzado”.
- Es probable que; se encuentren diferencias significativas en la metodología de medición del Nivel de Madurez del Sistema, de Control Interno actualizada y desactualizada.
- Es probable que; en base a la determinación del Nivel de Madurez, se identifiquen acciones para ser implementadas en un plan de trabajo en el ejercicio 2022.

1.5. Análisis de Variables:

1.5.1. Variable Independiente:

a) “Proceso de implementación”

- **Indicador:** Plan de acción de implementación de metodología de evaluación del Sistema, de Control Interno:

Este indicador indica el nivel de implementación de actividades programadas para el desarrollo de la implementación de la metodología actualizada de evaluación del Sistema, de Control Interno contenida en el Manual Corporativo de FONAFE

$$\% \text{ de Ejecución del Plan de Acción} = (AI/AP) * 100$$

Dónde:

AI= Acciones Implementadas.

AP= Acciones Programadas

1.5.2. **Variable Dependiente:**

a) **“Control Interno”**

- **Indicador:** Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno

Este indicador es desarrollado a partir del cálculo del nivel de implementación de cada una de las preguntas, principios y componentes de control interno. Dichos componentes, promediados de acuerdo a su valor ponderado permiten realizar el cálculo del Nivel de Madurez con un puntaje de implementación entre el 0% y el 100%. Asimismo, se detallan los Sub Indicadores:

- Nivel de Madurez del Componente denominado “Entorno de Control”.
- Nivel de Madurez del Componente “Evaluación de Riesgos”.
- Nivel, de Madurez del Componente “Actividades, de Control”.
- Nivel, de Madurez del Componente “Información, y Comunicación”.
- Nivel, de Madurez del Componente denominado “Actividades, de Supervisión”.

$$\text{Nivel de Madurez (N M)} = (VC1: PIC*PA) + (VC2: PIC*PA) + (VC3: PIC*PA) + (VC4: PIC*PA) + (VC5: PIC*PA)$$

- **Donde:**

- *N M: Nivel, de Madurez*
- *VC: Valor Ponderado del Componente*
- *PIC= Porcentaje de Implementación del Componente*
 - $(PIC) = (PC*100) / PMC$
 - *PC= Puntaje del Componente*
 - $PC = (Pp1 + Pp2 + Pp3... Ppn)$
 - Pp: Puntaje de la pregunta*
 - *PMC= Puntaje Máximo del Componente*
- *PA: Peso Asignado*

Cada componente cuenta con una ponderación, dependiente de la relevancia establecida en cada una de las Metodologías, tanto la actualizada por FONAFE en 2021 y la que se encuentre en operación hasta dicho ejercicio por EGASA.

Al respecto, en la Tabla 1, se detalla la Operacionalización de las variables, sus indicadores y respectivas unidades de medida.

1.5.2.1. Operacionalización de Variables

Tabla 1

Operacionalización de Variables

<u>TIPO</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUB INDICADORES</u>	<u>UNIDAD DE MEDIDA</u>
Variable Independiente	Proceso de Implementación	Indicador de Cumplimiento del plan de acción de implementación de metodología de evaluación del SCI.	• % de Ejecución del Plan de Acción	• Porcentaje ejecución del plan de acción (Escala del 0% al 100%): Fórmula: $\frac{(\text{Acciones ejecutadas})}{\text{Acciones programadas}} * 100$
Variable Dependiente	Control Interno	Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno	• Nivel, de Madurez del Componente Entorno de Control • Nivel, de Madurez del Componente Evaluación de Riesgos • Nivel, de Madurez del Componente Actividades de Control • Nivel, de Madurez del Componente Información y Comunicación • Nivel, de Madurez del Componente Actividades de Supervisión	• Porcentaje de Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno (Escala del 0% al 100%): Fórmula: $(N.M) = (VC1: PIC*PA) + (VC2: PIC*PA) + (VC3: PIC*PA) + (VC4: PIC*PA) + (VC5: PIC*PA)$ Donde: •N.M: Nivel, de Madurez •VCn: Valor del Componente •PIC: Porcentaje de Cumplimiento del Componente •PA: Peso Asignado

Nota. Se muestra la operacionalización de variables establecidas para la presente investigación. Elaboración propia, 2022.

1.6. Justificación del Problema:

1.6.1. Justificación Teórica

El presente estudio ha contado con una justificación teórica, en razón a que la implementación del Control Interno alineada al modelo COSO 2013, ha sido y viene siendo estudiado por distintos autores a lo largo del mundo y el Perú. Específicamente, las distintas aplicaciones del citado modelo, se adaptan de acuerdo a la realidad de cada empresa o institución a la cual es aplicada, por lo que al realizarlo de acuerdo a un modelo establecido por FONAFE implementado recientemente para todas las empresas del Estado, es un campo inédito, el cual cuenta con un amplio campo para la investigación que permita concretar el estudio del control interno en empresas del estado en el Perú.

1.6.2. Justificación Práctica

El presente estudio ha contado con una justificación práctica, en razón da solución a la situación problemática, la cual se está enmarcado en una desactualización del Sistema de Control Interno.

1.6.3. Justificación Social

El presente estudio ha contado con una justificación social, en razón a que una correcta medición del Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno, alineada a la metodología actualizad, el cual está desarrollado bajo el Modelo COSO 2013 y ha permitido identificar brechas de control interno, las cuales pueden ser puntos de vulnerabilidad en la empresa, generando riesgos en la operatividad de las funciones de los trabajadores.

Dicha identificación de riesgos, no solo permite asegurar el cumplimiento de metas de los trabajadores a cargo de los procesos de la entidad, sino también la protección de las responsabilidades a nivel administrativo, civil y penal.

1.6.4. Justificación Económica

El presente estudio ha contado con una justificación económica, en razón a que EGASA con la implementación actualizada del Sistema de Control Interno, brindará el aseguramiento al cumplimiento de las metas de los distintos procesos y la preservación del valor en la Entidad, la cual se materializa en una gestión más eficiente, con mayor control y supervisión y resultados económicos favorables.

1.6.5. Justificación Legal

El presente estudio ha contado con una justificación legal, en razón a que se encuentra enmarcada en una exigencia legal establecida por el “Manual de Metodología Integrada para la Evaluación del Cumplimiento de los Sistemas” aprobada por FONAFE, la cual requirió obligatoriamente realizar una implementación de Nivel de Madurez del Sistema, de Control Interno alineado a dicha normativa, siendo imprescindible la presente investigación para poder materializar dicha implementación.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico y Referencial

2.1. Antecedentes de Investigación:

2.1.1. Antecedentes Nacionales

- **Título de Investigación: “Nivel de control interno en una empresa prestadora de servicios de limpieza SILSA Lima”, 2017.**

Astete Enciso (2019) determinó en su investigación como objetivo general, realizar la descripción del nivel de control interno en la empresa SILSA, de tipo descriptiva, con diseño de investigación no experimental y cuantitativo. La población que utilizó la investigación, se enfocó los trabajadores, la cual tuvo una muestra de un (1) directivo, dos (2) gerentes, un (1) administrador de la agencia, tres (3) jefes de las oficinas y treinta y tres (33) laborando en dicho momento en la empresa SILSA. Asimismo, utilizó como instrumento para recolectar datos del respectivo cuestionario, el cual estableció la situación actual y algunas alternativas de solución a la problemática, establecido por treinta y seis (36) preguntas, las cuales permitieron concluir que la Entidad cuenta con un control interno evaluado como deficiente.

- **Título de Investigación: “Nivel de eficiencia de control interno en la Municipalidad distrital de San Luis, Lima”, 2015.**

Rodríguez Mendoza (2015) detalló en su investigación como objetivo general realizar la determinación del nivel de eficiencia del Sistema de Control Interno implementado en la ciudad de Lima, por la Municipalidad Distrital de San Luis, durante el ejercicio 2021, de tipo descriptiva no comparativa y con un diseño establecido como no experimental. La población se estableció por veinticuatro (24) funcionarios y ochenta (80) trabajadores de carácter administrativo, de la cual se determinó una muestra de diecinueve (19) funcionarios y sesenta y cuatro (64) trabajadores de carácter administrativo. Asimismo, se usó el instrumento para la recolección de datos, el cuestionario respectivo, con el objetivo de definir que existen diferencias en la eficiencia del control interno en trabajadores de la Municipalidad.

- **Título de Investigación: “Factores del control interno en una entidad pública”, 2021.**

Grajeda Barbieri (2021) detalló en su investigación como objetivo general, realizar la determinación del nivel de implementación del control interno, durante el año 2021 en una entidad pública, la cual ha sido de diseño descriptivo, no experimental y transversal. Por otro lado, la población se constituyó por una muestra de veintinueve (29) personas y se usó de instrumento para la recolección de datos el cuestionario, el cual contuvo cincuenta y cinco (55) preguntas, las cuales permitieron concluir que la Entidad tiene un nivel de implementación medio.

- **Título de Investigación: “Evaluación del control interno en la municipalidad distrital de Paucartambo”, Cusco, 2020.**

Apaza & Tecse (2020) determinaron en su investigación como objetivo realizar la evaluación del control interno en la municipalidad del distrito de Paucartambo, la cual fue de tipo descriptiva, y diseño no experimental. Por otro lado, a población ese constituyó por los trabajadores de áreas relacionadas al control interno de la citada municipalidad, no determinando el número específico de muestra y se usó de instrumento para la recolección de información las entrevistas, las cuales permitieron concluir que esta entidad tiene un nivel de confianza del 43%, lo cual detalla que su Sistema tiene un nivel bajo, el cual puede ser optimizable con planes de acción y medidas de remediación respectivas.

- **Título de Investigación: “Propuesta de un Sistema, de Control Interno según el modelo COSO III”, 2020.**

P., P., & C.A. (2020) definen en su investigación como propósito mejorar el control en las operaciones, al identificar la necesidad de implementar un Sistema de Control Interno en la empresa denominada “Inversiones Turísticas G&J S.A.”, la cual tuvo una investigación de nivel descriptivo y diseño no experimental. La población y muestra estuvo constituida por la misma empresa, es decir, la totalidad de los trabajadores. Se utilizó como técnica de

recopilación de información la encuesta y como instrumento un cuestionario que ha sido validado por juicio de expertos, las cuales permitieron concluir que Inversiones Turísticas G&J S.A.C. carece de un Sistema, de Control Interno. Allí yace el valor de la investigación para el establecimiento de un Sistema que optimice sus operaciones.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

- **Título de Investigación: “Propuesta Mejora del Control Interno basado en el Modelo COSO en Ventascorp S.A.”, 2017**

Gonzabay & Torres (2017) determinaron en su investigación como objetivo general, implementar acciones de mejora en el Sistema de Control Interno en la entidad “VENTASCORP S.A.”, tomando los parámetros del Modelo COSO. Asimismo, se establece la investigación con un nivel descriptivo y con diseño no experimental. La población y muestra estuvo constituida por la misma empresa, es decir por la totalidad de trabajadores. Por otro lado, se desarrolló como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario debidamente validado por juicio de expertos, las cuales permitieron concluir que la entidad carece de un Sistema, de Control Interno.

- **Título de Investigación: “Propuesta de Implementación de un Sistema, de Control Interno basado en el Modelo COSO, aplicado a la Empresa Electro Instalaciones en la ciudad de Cuenca”, 2011.**

Alvarado & Tuquiñahui (2011) determinaron en su investigación como objetivo general, desarrollar una propuesta de implementación basado en el modelo denominado COSO, establecida como nivel descriptivo y con un diseño no experimental. Asimismo, la población y muestra estuvo constituida por la misma empresa, es decir por la totalidad de trabajadores. Se utilizó como técnica la recopilación documental, las cuales permitieron concluir que la investigación puede ayudar a administrar a las empresas para el logro de objetivos de acuerdo a los componentes del modelo COSO, alineando los objetivos de la entidad y las áreas de la Entidad para un control adecuado de las operaciones.

- **Título de Investigación: “Evaluación del Sistema, de Control Interno aplicado a las cuentas por cobrar de Grupo B.M.S.A, en el año 2018”.**

Aviles Espinales (2019) determinó en su investigación como objetivo general, realizar la evaluación del Sistema de Control Interno, con una aplicación específica de las cuentas por cobrar de Grupo BM S.A durante el ejercicio 2018, haciendo uso base del modelo COSO III, la cual tuvo una investigación de nivel descriptivo y de diseño no experimental. La población estuvo compuesta por la Gerencia, el área de Dirección financiera, Contabilidad y el área respectiva a cobranzas de la entidad, la cual estuvo constituida por nueve (9) personas. Asimismo, la muestra estuvo constituida por la totalidad (100%) de cuentas por cobrar del periodo. Asimismo, se utilizó como técnica la recopilación documental, las cuales permitieron concluir que el área de Recursos Humanos, ha implementado un manual de funciones, sin embargo, no ha sido puesto en conocimiento de los trabajadores de la empresa, limitando la operación de sus funciones dentro de la Entidad.

- **Título de Investigación: “Uso de una herramienta de multicriterio del control interno en una entidad hospitalaria cubana”, 2018.**

Sandobal et al. (2018) definen en su investigación como objetivo general, realizar la determinación del Nivel de Madurez del control interno en una entidad hospitalaria cubana, de nivel descriptivo y estableciendo el diseño de carácter no experimental. Se utilizó una guía de autocontrol, la cual fue utilizada de marco de referencial, con el objetivo de realizar la citada determinación.

Como resultado se tiene que la entidad hospitalaria presenta un control interno de nivel alto, permitiendo detectar debilidades en su organización para ser potenciadas con planes de acción y medidas de remediación.

2.2. Conceptos Básicos:

- **Actividades de control:**

FONAFE (2019) detalla que es un componente del modelo de control interno, el cual se enfoca en la parte estructural de las Entidades, es decir normas, procesos y estructuras que aseguran que el accionar en las Entidades se está realizando de manera adecuada, para prevenir una afectación del logro de objetivos (pág. 6).

Contraloría (2019) señala que es un componente de control interno relacionado a la existencia e implementación de políticas y procedimientos, con el objeto de mitigar riesgos que pudieran afectar el cumplimiento y logro de los objetivos de la entidad (pág. 5).

- **Actividades de supervisión:**

FONAFE (2019), detalla que es el componente del modelo de control interno, el cual establece un conjunto de actividades que funcionan dentro de los procesos, así como de las operaciones de la empresa, los cuales monitorean la operatividad de la entidad y dan una seguridad razonable al cumplimiento de objetivos de la entidad.

Contraloría (2019) establece que es un conjunto de evaluaciones internas y externas, que se utilizan para determinar si los citados componentes existen y funcionan (pág. 6).

- **Autoevaluación:**

FONAFE (2019), la define como la actividad desarrollada por la misma Entidad, con el objeto de verificar y evaluar procesos y operaciones de acuerdo a un nivel de competencia.

- **Componentes:**

Contraloría (2019), los componentes son elementos que interactúan de manera integrada (pág. 3).

- **Control Interno:**

Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (2013) detalla que el Control Interno, está enmarcado como un proceso a cargo de toda la administración, incluyendo tanto a la dirección, gerencias, jefaturas, así como al personal que labora en la entidad. Dicho proceso busca brindar seguridad razonable, para poder cumplir con la consecución de objetivos tanto a nivel estratégico, táctico y operativo (pág. 15).

FONAFE (2019), por otro lado define que es un proceso desarrollado por la Alta Dirección o Directorio, la Gerencia Ejecutiva, así como del personal de cada entidad, que busca proporcionar seguridad razonable para cumplir los objetivos de la empresa (pág. 7).

- **Deficiencia:**

Contraloría (2019) detalla que es la percepción de una falla, la cual tiene una potencialidad de materialización, que puede afectar funcionamiento adecuado de los componentes del Sistema (pág. 3).

- **EGASA:**

Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. (2021) detalla que son las siglas abreviadas del nombre de la Entidad, la cual se encarga de generar energía eléctrica para disponibilidad del Sistema Eléctrico Interconectado Nacional".

- **Entorno de control:**

FONAFE (2019) define que es un componente del modelo de control interno, el cual detalla el criterio organizacional basado en normatividad, procesos y estructuras, las cuales permiten a la Entidad contar con buenas prácticas y valores, los cuales generan una cultura en todo el personal laborante (pág. 8).

Contraloría (2019), detalla que es un entorno organizacional basado en normatividad y estructuras, las cuales permiten tener buenas prácticas, las cuales dan un favorecimiento al desarrollo empresarial (pág. 5).

- **Evaluación de Riesgos:**

FONAFE (2019) establece que comprende la identificación, caracterización, análisis y mitigación de riesgos a los que está expuesta la empresa, los cuales pueden generar una afectación en el cumplimiento de procesos, objetivos empresariales y metas.

Contraloría (2019) detalla que es el proceso que permite identificar y dar tratamiento a los riesgos que pudieran afectar la consecución de los objetivos de la entidad, esta evaluación brinda respuestas apropiadas al riesgo, y la reducción de su probabilidad de ocurrencia y/o mitigación del impacto (pág. 5).

- **Información y Comunicación:**

FONAFE (2019) define que es un componente basado en procesos y actividades, que, los cuales de manera sistemática aseguran la transitabilidad de información de manera oportuna y eficiente, permitiendo cumplir con las responsabilidades de la Dirección, nivel gerencial y trabajadores de la Entidad (pág. 8).

- **Objetivos de Cumplimiento:**

FONAFE (2019) establece que están relacionados al cumplimiento de legislación vigente y normativa legal y regulatoria sujeta a la Entidad (pág. 13).

- **Objetivos de Información:**

FONAFE (2019) detalla que hacen referencia al uso eficiente, oportuno y de calidad en la información de la entidad, así como de sus partes interesadas. Suelen relacionarse sobre información financiera y no financiera, así como con información externa o interna de la Entidad, es decir en relación a todos los stakeholders identificados (pág. 13).

- **Principios:**

Contraloría (2019) define que son elementos relevantes que funcionan de manera integrada con los componentes del SCI, y cuentan con aportes significativos en la existencia y operación de cada componente (pág. 3).

- **Puntos de Interés:**

Contraloría (2019) detalla que son características específicas contenidas en los componentes del SCI, los cuales contienen requisitos a nivel más detallado sobre estructura, implementación y operatividad (pág. 3).

- **Sistema de Control Interno:**

FONAFE (2019) define que es el grupo de acciones, planes y normatividad, los cuales, son diseñados y organizados para la consecución de los objetivos, con el objetivo de prevenir y mitigar los riesgos pudieran afectar los objetivos (pág. 8).

- **Validación:**

FONAFE (2019) define que es la actividad, la cual tienen como objeto la verificación del nivel de implementación, el cual en el presente caso se refiere al Sistema del control interno (pág. 9).

2.3. Bases teóricas:

2.3.1. Sistema de Control Interno

2.3.1.1. Origen del Sistema de Control Interno:

Desde épocas remotas y antiguas, se puede obtener distinta calidad de evidencias sobre el uso y aplicación de los conceptos de control interno, entre ellos funciones básicas de las civilizaciones, tales como el control los bienes, control sobre los ejércitos y sus provisiones respectivas, cosechas y distribución de ellas, control sobre el alimento y uso de animales, comercio, entro otros.

Maza (2000), detalla que las tablillas mesopotámicas sirvieron para realizar los primeros registros. Dichas tablillas eran de material de piedra y contenían un sistema de escritura denominado “cuneiforme”, donde se llevaba el control de las actividades económicas desarrolladas por dicha civilización (pág. 26).

Escobar (2008), por otro lado, detalla que se dio origen a la creación del código Hammurabi, cuya finalidad fue unificar todas las disposiciones y códigos de conducta utilizados en la época y de momentos anteriores a dicho hito histórico. Dicho código, permitió consolidar en materia comercial, civil y penal las distintas disposiciones multigeneracionales, con el objetivo de obtener el control de las leyes, rigiendo un mismo patrón de conducta y evitando que cada sujeto ejerciera justicia bajo su propio criterio (pág. 80).

Por último, es importante también precisar, que el concepto de control, apareció por primera vez en un proceso administrativo propuesto por Henry Fayol (1941-1925), donde detalla que toda entidad u organización debe considerar para una efectiva administración varios componentes básicos, los cuales van a soportar todas las acciones, actividades y procesos administrativos. Dichos componentes son: Prever, Organizar, Dirigir, Coordinar y Controlar.

2.3.1.2. Sistema de Control Interno en EGASA

El Sistema de Control Interno en EGASA, se encuentra regido por normativa emitida por FONAFE para las Empresas del Estado, se encuentra normado desde distintos marcos regulatorios emitidos por Entidades Gubernamentales, tales como la Contraloría y FONAFE. Al respecto, la presente investigación se ha enfocado en específico, en el marco regulatorio establecido por FONAFE; el cual se encuentra enmarcado en dos (2) normativas según se detalla:

- Lineamiento Corporativo de FONAFE, denominado “Sistema de Control Interno para las empresas, bajo el ámbito de FONAFE”.
- Manual Corporativo de FONAFE, denominado “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS y BGC”.

Al respecto, el marco regulatorio y normativa propuesta por FONAFE, el Sistema de Control Interno, tiene como objetivo optimizar la forma en la que se controla las organizaciones, y establecer herramientas y metodologías para supervisar el control interno. Lo antes expuesto permite un aseguramiento en la consecución de los objetivos, los cuales también se encuentran enmarcados en la legislación aplicable. Asimismo, el marco normativo permite que la organización realice su gestión de manera más eficiente, controlando la gestión del cambio en un entorno económico y competitivo como de la dirección interna.

Asimismo, el proceso del Sistema de Control Interno en EGASA, cuenta con una regulación normativa denominada “Política y Normas del Sistema, de Control Interno”, la cual detalla un Marco de referencia del Sistema de Control Interno, Objetivos operacionales, Objetivos de Cumplimiento, Objetivos de Información, detalle de los Componentes contenidos en el Sistema de Control Interno, Principios relacionados, Funciones y Responsabilidades, Política, Normas Generales y Normas específicas.

2.3.1.3. Evolución Histórica del Control Interno:

La implementación de Sistemas de Control Interno en las Empresas y Entidades, se ha establecido como una buena práctica dentro del medio empresarial. Sin embargo, para llegar al nivel de investigación alcanzado respecto a dicho marco normativo, se ha contado con un proceso de mejoramiento permanente, sobre los cuales se detalla los más relevantes:

1977: Foreign Corrupt Practices Act. (Ley de Prácticas de Corrupción Extranjera): Es una ley promulgada en 1977 en el país de Estados Unidos, la cual sanciona a personas naturales o jurídicas por pagos indebidos (Cohecho) realizados a funcionarios público, los cuales radicaron en el extranjero y a emisores de valores estadounidenses (CNN, 2004).

1980: Securities Exchange Commission, SEC (La Comisión Bancaria y de Valores): Es una entidad autónoma de Estados Unidos, la cual se encarga de velar, así como de vigilar por el cumplimiento de las leyes federales del mercado de valores y el mercado relacionado a opciones en EEUU. La SEC, fue establecido por Securities Exchange Act en el año 1934 y posteriormente se fortaleció su implementación, uso y enfoque en Control Interno y Cumplimiento (Epstein, 2018).

1981: Financial Executive Research Foundation - FERG (Fundación de Ejecutivos de Finanzas para la Investigación): Es una entidad encargada de investigación, la cual funciona sin fines de lucro y desarrolla su praxis en la investigación financiera y programas de educación profesional. En 1981 elabora estudios sobre Control Interno (FERF, 2015).

1985: Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, COSO: Iniciativas legislativas sobre Control Interno, las cuales dieron creación a las Patrocinadoras de la Comisión Treadway, dando origen al Comité de las Organizaciones, el cual establece los marcos normativos denominados con su misma abreviatura COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

1988: American Institute of Certified Public Accountants AICPA (Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados): Dicho instituto, define define los elementos básicos de Control Interno para materia contable, tributaria y financiera (AICPA, 2019).

1992: Se publica el marco normativo COSO (Coloquialmente conocido como COSO I): Es un modelo de buenas prácticas, desarrollado con el objetivo de proporcionar un grado de seguridad para el cumplimiento de objetivos, el cual establece un marco básico comparativo para las empresas y sus respectivas implementaciones (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

2002: Ley Sarbanes Oxley (SOX): Su propósito es de realizar el monitoreo a las empresas y entidades, las cuales cotizan en bolsa de valores, previniendo que haya manipulación o alteración de las mismas respecto a su valor. previniendo fraudes y potenciales bancarrotas, protegiendo a los inversores (Fernandez, 2007).

2004: Se crea COSO 2004 (Coloquialmente conocido como COSO II): Es un marco normativo de Sistema de Control Interno, el cual puede ser de utilidad para cualquier ente organizacional, empresa, negocio, entre otros. Dicho marco normativo, establece directrices que permiten diagnosticar deficiencias, así como adoptar las acciones preventivas o correctivas para las mismas, de forma continua y operado de manera interna por las áreas orgánicas de cada entidad (ESAN, 2019).

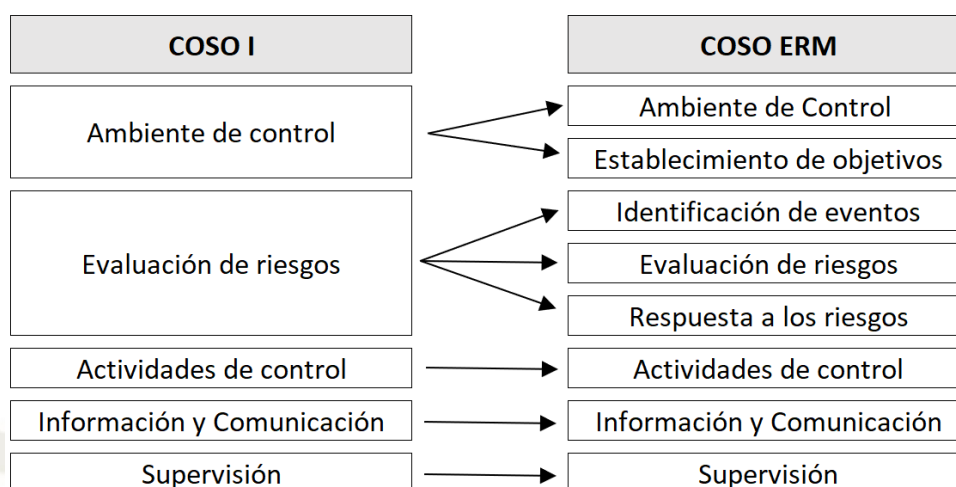
2013: Se crea COSO 2013 (Coloquialmente conocido como COSO III): Es un marco normativo de Sistema, de Control Interno, con aspectos principales de optimización en cada componente, con el objetivo de asegurar el cumplimiento (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

2017: Se publica COSO 2017 (Coloquialmente conocido como COSO IV o COSO ERM (Enterprise Risk Managment): Es el modelo más actualizado de COSO, el cual consolida la Estrategia y Desempeño, y destaca de manera relevante y con mayor detalla al componente de Gestión del Riesgos, específicamente en el ámbito de dirección y planificación estratégica alineada a toda la entidad (COSO, 2018).

Asimismo, es relevante precisar que existen distintos marcos normativos de referencia, propuestos por asociaciones de profesionales relacionados al control interno. Entre ellos se encuentran: COCO - Instituto Canadiense de Contadores Certificados (Canadá); Cadbury – Comité del Informe Cadbury (Reino Unido); Vienot - Comité del Informe Vienot (Francia); Peters (Holanda), King (Sudáfrica), entre otros.

Figura 1

Evolución Marco Metodológico COSO



Nota. Se muestra evolución componentes de los modelos COSO I y COSO IV (ERM).

2.3.1.4. Sistema de Control Interno COSO 2013:

El Sistema de Control Interno, de acuerdo al COSO, mediante una publicación, desarrolló marco normativo relacionado al Control Interno, el cual tiene una aceptación importante, así como un marco de referencia que es usado en todo el mundo. En razón de ello, dicho marco es el líder para diseñar, implementar y operar el control interno, así como su respectiva evaluación de efectividad.

Las empresas y organizaciones, así como su entorno operativo y de negocio han cambiado de forma relevante durante las últimas décadas, teniendo un carácter cada vez más complejo, integral, tecnológico y global.

Asimismo, los stakeholders presentan un compromiso y transparencia que permiten establecer mayor responsabilidad e integridad de los Sistemas de Control Interno, como parte relevante del Gobierno Corporativo en Entidades.

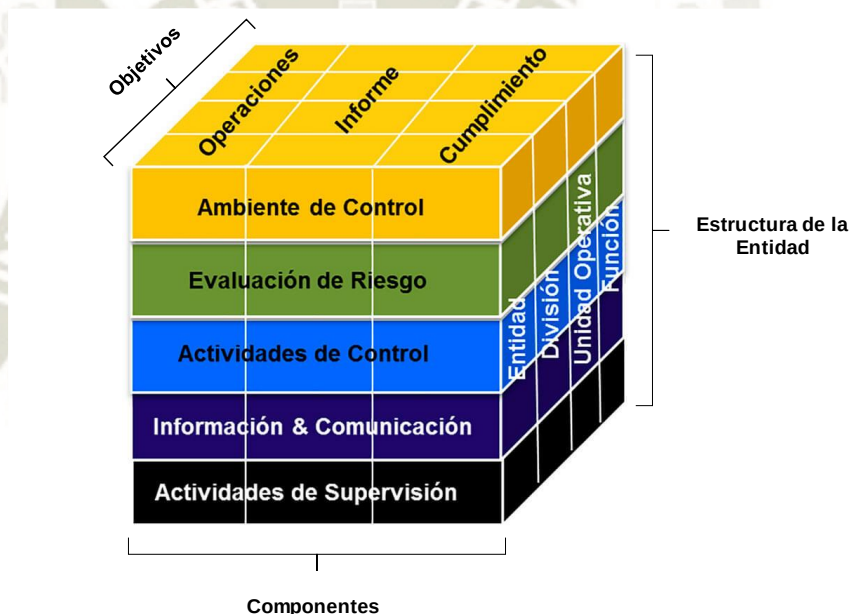
Dicho marco a lo largo del tiempo, ha contado con cuatro (4) versiones, las cuales han permitido tener una ampliación de los campos de estudio, así como la profundización de los mismos y detalla los cambios de los últimos tiempos.

Las empresas y organizaciones, han cambiado de forma relevante durante las últimas décadas, teniendo un carácter cada vez más complejo, integral, tecnológico y global. Asimismo, los stakeholders presentan un compromiso y transparencia que permiten establecer mayor responsabilidad e integridad de los Sistemas de Control Interno.

2.3.1.5. Componentes del Control Interno COSO 2013:

Figura 2

Gráfico de Componentes del Marco: COSO 2013



Nota. Se muestra cinco (5) componentes del Modelo COSO 2013 y el relacionamiento entre objetivos y estructura. Tomado de (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013)

a) Entorno de control: Es el componente de Control Interno, el cual está relacionado al grupo de normatividad de la empresa, procedimientos y estructuras que sirven como línea base para el desarrollo de control interno en cada Entidad. La alta dirección es la encargada de definir las bases de conductas y criterios respectivos (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Asimismo, se incluye los valores éticos, así como los procedimientos de la integridad en la organización; contando con parámetros respectivos a gobierno corporativo, estructura orgánica organizaciones, definición de autoridades y responsabilidades, procedimientos de atracción, desarrollo y retención de talento humano, así como de mecanismos de compensación basada en resultados (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Dicho componente, cuenta con los Principios que representan los conceptos fundamentales asociados a cada componente, detallados en la Tabla 2:

Tabla 2

Principios del Componente de Entorno de Control

Componente	Principio.
Entorno de Control:	1. Demuestra compromiso con valores éticos e integridad. 2. Ejerce la responsabilidad de supervisión. 3. Establece Estructura, Autoridad y Responsabilidad. 4. Demuestra compromiso con la competencia. 5. Define las responsabilidades para la consecución de los objetivos.

Nota. Recopilado del (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013). Elaboración propia.

b) Evaluación de riesgos: Toda empresa o entidad, se enfrenta a un conjunto de riesgos identificados de fuentes externas e internas. Dichos riesgos, son una potencialidad de que un hecho se produzca, y que su materialización afecte de alguna manera a la consecución de lo establecido en los objetivos estratégicos o de procesos (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Asimismo, es importante, que la Gestión de Riesgos se encuentre en los diferentes niveles jerárquicos de cada entidad y a sus objetivos de operación, de información y de cumplimiento establecidos por la Alta Dirección, así como la

consideración de los impactos internos y externos, los cuales pueden generar cambios en la operatividad de la entidad o en el rubro del negocio (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Dicho componente, cuenta con los principios asociados a cada componente, detallados en la Tabla 3:

Tabla 3

Principios del Componente Evaluación de Riesgos

Componente	Principio.
Evaluación de Riesgos	1. Definir objetivos relevantes. 2. Identificar, analizar y evaluar los riesgos. 3. Evaluar el riesgo de fraude. 4. Identificar y analizar cambios que puedan afectar al Sistema, de Control Interno

Nota. Recopilado del (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013). *Elaboración propia.*

c) Actividades de control: El presente componente está relacionado a las acciones establecidas a través de la regulación normativa constituida por normatividad interna, políticas, así como procedimientos que intentan asegurar que las disposiciones para mitigar y dar tratamientos a riesgos potenciales que afecten los objetivos. Dichas actividades deben ser ejecutadas en toda la institución, en distintos procesos y procedimientos, así como en el ambiente de tecnologías (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Dicho componente, cuenta con los Principios que representan los conceptos fundamentales asociados a cada componente, detallados en la Tabla 4:

Tabla 4

Principios del Componente Actividades de Control

Componente	Principio.
Actividades de Control	1. Diseñar, implementar y ejecutar actividades de control 2. Diseñar, implementar y ejecutar actividades de control para los sistemas de Información. 3. Desplegar controles mediante políticas y procedimientos.

Nota. Recopilado del (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013). *Elaboración propia.*

d) Información y comunicación: El presente componente, establece la información requerida para atender a cabalidad las responsabilidades frente a los componentes de control interno. Asimismo, la información de fuentes endógenas y exógenas, debe ser relevante y precisa, permitiendo realizar la obtención de información de acuerdo a la necesidad de la entidad (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

La comunicación interna permite la difusión de información a través de la entidad, indiferentemente del grado jerárquico dentro de ella. Esto hace posible que la comunicación sea asertiva y objetiva (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Asimismo, la comunicación externa tiene como objetivo la comunicación de stakeholders o grupos de interés con la organización, dando tratamiento a la información relevante y proporcionar información para uso de manera interna (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Dicho componente, cuenta con los Principios con conceptos fundamentales, detallados en la Tabla 5:

Tabla 5

Principios del Componente Información y Comunicación

Componente	Principio.
Información y Comunicación	1. Utilización de información relevante y de calidad para la función de control interno. 2. Comunicación interna de información relevante, tales como responsabilidades y objetivos. 3. Comunicación externa de información relevante.

Nota. Recopilado del (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013). *Elaboración propia.*

e) Actividades de supervisión: El presente componente, contempla evaluaciones continuas y/o independientes, con el objetivo de verificar que los Principios existentes en cada componente, se encuentran existentes y funcionando con eficacia. Asimismo, dichas evaluaciones se encuentran relacionadas en los procesos de la entidad y permiten generar y dar tratamiento a información oportunamente. Los resultados se miden mediante criterios establecidos por la dirección o quien haga a sus veces, así como instituciones reguladoras y/o auditoras (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

Dicho componente, cuenta con los Principios asociados a cada componente, detallados en la Tabla 6:

Tabla 6

Principios del Componente Actividades de Supervisión

Componente	Principio.
Actividades de Supervisión	1. Seleccionar, desarrollar y ejecutar evaluaciones continuas y/o independientes a cada componente del control interno. 2. Evaluar y comunicar oportunamente deficiencias de control interno a los responsables de la adopción de medidas correctivas.

Nota. Recopilado del (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2013).

2.3.1.6. Generalidades del Marco Normativo de Control Interno de FONAFE:

El Directorio, así como la Gerencia General de la Entidad cuentan con la obligación de implementar, mantener y optimizar permanentemente el Sistema de Control Interno, alineado a la normativa y regulación vigente para el sector.

El establecimiento e implementación del Sistema, requiere que previamente se hayan establecido los objetivos estratégicos, los cuales se encuentran establecidos en Plan Estratégico Institucional para el periodo respectivo.

Asimismo, es desarrollado con una base relacionada al Marco COSO 2013, el cual permite tener una determinación del Nivel, de Madurez de dicho Sistema, así como proponer acciones preventivas, correctivas y de mejor, para fomentar el fortalecimiento del Control Interno en EGASA.

En razón de ello, que FONAFE, en su proceso de evaluación, así como de mejora continua de los marcos metodológicos de aplicación para todas las Empresas del Holding, ha realizado la actualización de la herramienta metodológica, la cual permite realizar la medición y evaluación del Nivel de Madurez del Sistema. Dicho marco normativo se denomina “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC”.

2.3.1.7. Metodología de Medición del Nivel de Madurez de FONAFE - Metodología derogada.

La metodología de medición establecida por FONAFE, la cual fue utilizada hasta el cierre del ejercicio 2020, se encuentra sustentada en la “Guía para la Evaluación del Sistema, de Control Interno para las Empresas bajo el ámbito de FONAFE” aprobada en el ejercicio 2015, la cual estipulaba la medición del Nivel de Madurez mediante un cuestionario el cual contenía ciento treinta y cinco (135) puntos de interés, los cuales componían diecisiete (17) Principios, y a su vez los cinco (5) componentes.

2.3.1.8. Metodología de Medición del Nivel, de Madurez de FONAFE -

Metodología actualizada.

La metodología de medición establecida por FONAFE, se realiza de forma integrada con otros sistemas de la Entidad, dentro de los cuales se encuentra el Sistema Control Interno (SCI), Sistema de Buen Gobierno Corporativo (BGC) y Sistema de Gestión Integrado (SGI).

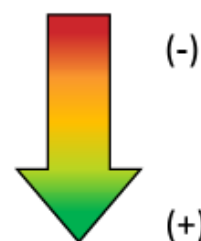
Dicha metodología de medición propone cuestionarios de preguntas, los cuales deben ser desarrollados con el objetivo de realizar la medición el nivel de implementación de los criterios establecidos en la herramienta integrada.

En razón a lo antes expuesto, cada pregunta del cuestionario tiene niveles de evaluación, los cuales están establecidos con una base de 5 parámetros, que representan el nivel de implementación progresivo de cada pregunta, según se detalla:

Figura 3

Niveles y Parámetros de Evaluación

Nivel	Parámetros
0	Parámetro 0
1	Parámetro 1
2	Parámetro 2
3	Parámetro 3
4	Parámetro 4



Nota. Se muestra los cinco (5) niveles, los cuales están enmarcados en parámetros de evaluación, los cuales van del 0 al 4 y se implementan progresivamente. Tomado del (*Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021*).

Para establecer un nivel o parámetro de calificación en las distintas preguntas, se debe realizar una identificación del estado de implementación de cada parámetro, de acuerdo a los requerimientos de la herramienta de evaluación.

En razón a ello, en el proceso de evaluación, se asigna el valor del puntaje y ponderación definida para cada sistema de forma progresiva, es decir, que no se puede pasar a calificar el siguiente parámetro, si no se encuentra totalmente implementado el anterior.

Criterios de evaluación de evidencias de sustento documental

Cada parámetro, tiene establecidos criterios y guías que detallan las evidencias de cumplimiento que deben tener cada una de las preguntas del cuestionario. Las evidencias citadas requieren de cumplimiento y sustentación obligatoria para acreditar cada nivel de los parámetros (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

En razón de ello, FONAFE, de manera directa o a través de un consultor especializado en auditoría administrativa, desarrollará un proceso de validación de las evidencias presentadas como sustento para cada parámetro y pregunta respectiva.

Todas las evidencias de implementación, deben ser presentadas en los plazos establecidos por FONAFE y todo aquel sustento documental que sea presentado fuera de plazo, no será considerado dentro del proceso de validación del Nivel de Madurez del Sistema.

Clasificación de preguntas de evaluación de la Herramienta

La herramienta integrada, dentro de un proceso de optimización de los procesos de evaluación de los distintos sistemas obligatorios para las empresas del Holding de FONAFE, busca generar sinergia respecto a requerimientos y documentación homóloga en todos los sistemas.

En razón de ello, el cuestionario ha sido catalogado con dos (2) tipos de preguntas, las cuales son “Preguntas conjuntas”, con su nomenclatura de identificación es (PC), cuyo nivel de implementación otorgará puntaje a uno o más sistemas, entre ellos el Sistema, de Control Interno (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

Asimismo, se cuenta con “Preguntas únicas”, con nomenclatura de identificación (SCI), cuyo nivel de cumplimiento otorgará puntaje solo al sistema en evaluación, que en el presente caso es para el Sistema, de Control Interno.

Estructura y metodología de acreditación de la herramienta – SISMAD

La estructura de la herramienta sistematizada cuenta con tres (3) acápites según se detalla: Configuración, Evaluación y Resultados.

a. Configuración

Permite visualizar el detalle de las preguntas, así como de la totalidad de parámetros relacionados a las citadas preguntas.

b. Evaluación

Consta de cincuenta y un (51) preguntas, donde cada pregunta tiene asignado un código identificador mediante una nomenclatura (PC) o (SCI), así como el nombre y calificación del 0 al 4, dependiendo del nivel de evidencias acreditables con las que la entidad cuente (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

Una vez, establecido el puntaje respectivo, el usuario operador del aplicativo mecanizado, debe colocar el detalle de las evidencias que permitan acreditar el nivel de implementación que se ha determinado calificar.

c. Resultados

Esta sección permite ver los resultados por: Nivel, de Madurez, resultado por clase y resultado por pregunta.

2.3.2. Proceso de implementación:

El proceso, está establecido como Proceso E2.02, contenido en el Macroproceso denominado “Gobernanza”. Dicho proceso, está identificado como un Proceso Estratégico y se encuentra desarrollado como uno de los treinta y cinco (35) procesos de la Entidad.

Asimismo, el objetivo del proceso detalla lo siguiente: “Proporcionar un grado, de seguridad razonable en el logro de los objetivos institucionales.”

Dentro de la caracterización de la Ficha Técnica de Procesos respectiva, se detallan los siguientes proveedores, entradas, insumos, salidas, productos y clientes:

Tabla 7

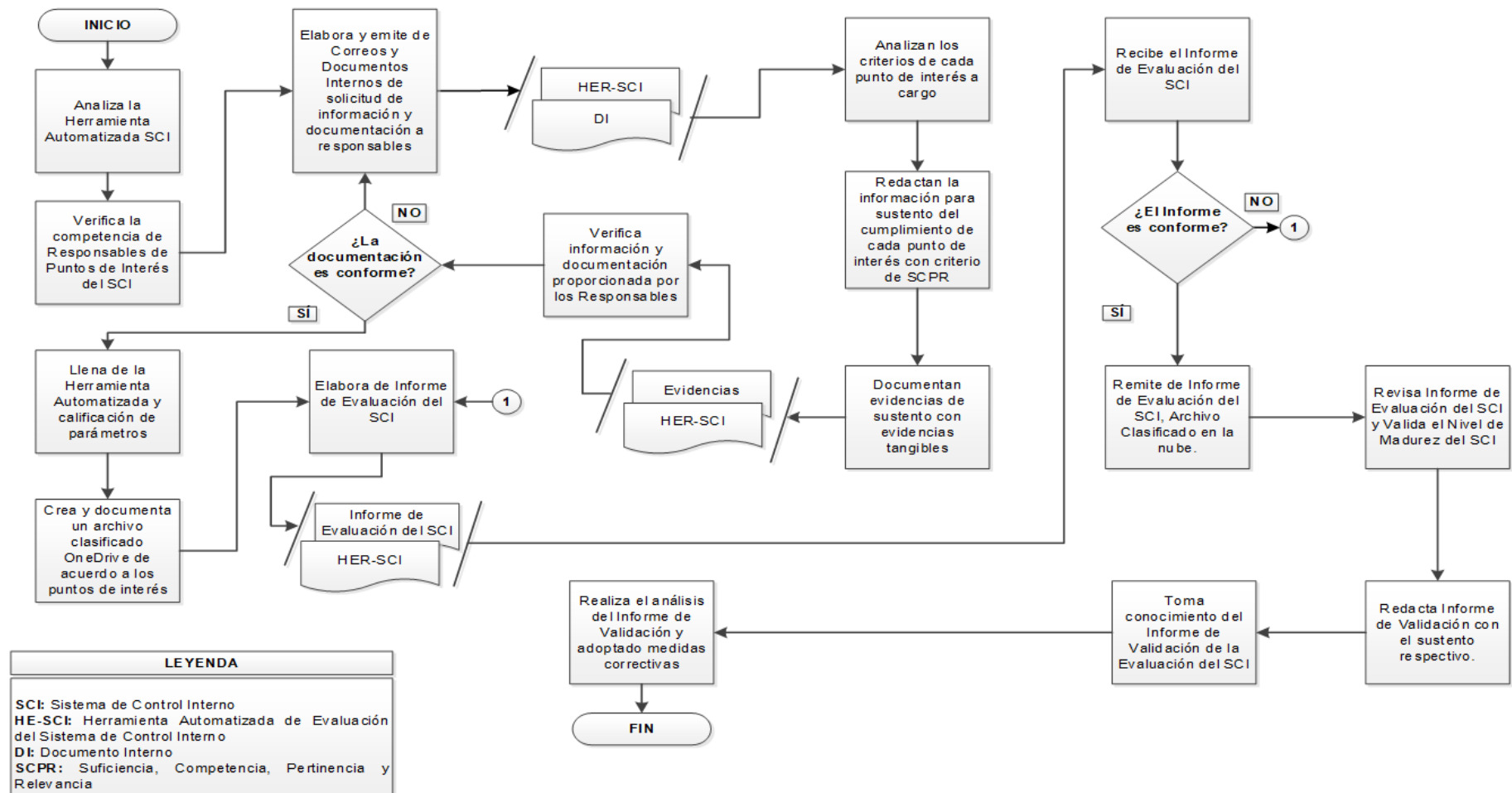
Proveedores, Entradas, Salidas y Clientes del Proceso de Control Interno

PROVEEDORES	ENTRADAS / INSUMOS
1. FONAFE 2. Contraloría General de la República 3. Áreas de la Empresa	1. Directivas, Lineamientos y Manuales vigentes de FONAFE, Herramienta de Evaluación de FONAFE. 2. Directivas y Lineamientos vigentes de la Contraloría General de la República. 3. Evidencias documentarias.
SALIDAS / PRODUCTO	CLIENTES (INTERNOS / EXTERNOS)
1. Plan de acción 2. Políticas y documentos de acuerdo a los puntos de interés del SCI 3. Informe proceso Implementación Sistema de Control Interno y evaluación de su nivel de madurez.	1. Áreas de la empresa 2. Gerencia General 3. Directorio 4. Contraloría General de la República 4. FONAFE

Nota. Adaptado la Ficha técnica de procesos de EGASA, 2021.

Dicho proceso, adicionalmente cuenta con un conjunto de actividades que son realizadas por la Entidad, basadas en la Metodología desactualizada, la cual está en operación en la empresa desde el ejercicio 2015.

Las citadas actividades, componen un procedimiento del Sistema de Control Interno, el cual ha permitido determinar el nivel de madurez del sistema durante los ejercicios desde el 2015 hasta el cierre del 2020. Al respecto, se detalla el procedimiento en la Figura 4, presentada a continuación:

Figura 4*Flujograma del Procedimiento del Sistema de Control Interno*

Nota. Elaboración Propia. Adaptado la Ficha técnica de procesos de EGASA, 2021.

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Tipo, Método y Nivel de la Investigación

3.1.1. Método de Investigación

La investigación es de Método Científico, Hipotético Deductivo.

3.2. Diseño de la Investigación

La presente investigación es de diseño experimental, cuantitativo, retrospectivo y transversal.

- De diseño experimental, en razón a que se manipulará de manera intencional la variable independiente, con el objetivo de analizar las consecuencias en la variable dependiente, la cual permitirá dar solución a la situación problemática identificada (Hernández et al., 1997).
- Asimismo, de diseño cuantitativo, en razón a que el resultado que responde el objetivo general será de carácter numérico. Desde el criterio de los resultados, si son cantidades o cualidades, se definirá si el diseño es cuantitativo o cualitativo (Martínez, 2020).
- Por otro lado, es retrospectivo, en razón a que se utilizará información generada en el pasado. En razón a que hay estudios en los que se recoge información de años anteriores o de etapas pasadas. Sea cual sea el instrumento que se utilice para ello, pero toda la información es pasada, por eso se llama retrospectiva (Martínez, 2020).
- Por último, es transversal en razón a que la variable será estudiada una sola vez en un periodo de tiempo específico. El estudio transversal se establece como observacional, la cual realiza el análisis de información en un periodo de tiempo definido sobre la población (QuestionPro, 2021).

3.3. Alcance de la Investigación

3.3.1. Ubicación Espacial

El estudio ha sido realizado en la Sede Administrativa de la Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. – EGASA, situada en Pasaje Ripacha, Numeral 101, Chilina, Provincia y Departamento de Arequipa.

3.3.2. Ubicación Temporal

El horizonte de tiempo establecido para la presente investigación, ha estado comprendido entre el 01 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

3.3.3. Población y Muestra

- a) La población y muestra ha estado compuesta por las Jefaturas de EGASA, las cuales tienen bajo su responsabilidad la atención de información y documentación relacionada al Control Interno, compuesto por diecisiete (17) jefaturas de la Entidad.

3.3.4. Unidades de Estudio

- a) Legislación Internacional: Modelo COSO 2013
- b) Legislación Nacional: Ley 27785, Ley de Control Interno en las Entidades del Estado.
- c) Lineamiento Corporativo: “Sistema, de Control Interno para las empresas bajo el ámbito de FONAFE”.
- d) Manual Corporativo: “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC”.
- e) Documentación relacionada a los puntos de interés del Sistema, de Control Interno de la Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A.

3.4. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos

- Técnica: Experimental
- Instrumentos:
 - Plan de acción de implementación de metodología de evaluación del Sistema de Control Interno.
 - Herramienta Automatizada para la Evaluación del Sistema, de Control Interno
 - Herramienta Integrada de Evaluación de los Sistemas de RSC, SCI, GIR, SIG, GCS, y BGC.

3.5. Procedimientos de Recolección de Datos

Se seguirá el siguiente procedimiento para poder realizar la recolección de datos:

3.5.1. *Observación Documental:*

La recolección de información ha sido realizada mediante solicitudes de información en coordinación de los respectivos trabajadores de EGASA, dicha información se detalla:

- Documentación y metodología utilizada para determinar el Nivel de Madurez del Sistema, al cierre del ejercicio 2020.
- Documentación de evidencia del ejercicio 2021 de los Puntos de Interés del Sistema, de acuerdo a la metodología del Manual de metodología actualizada de FONAFE.
- Solicitud de llenado de información respecto a la herramienta de evaluación actualizada.

3.5.2. *Procesamiento y análisis de datos:*

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó una Herramienta diseñada por el investigador, en base a los criterios de la normativa establecida. Asimismo, se utilizó el Sistema de Medición del Nivel de Madurez” (SISMAD) de FONAFE, el cual determinó el Nivel de Madurez del Sistema, de acuerdo a cada Principio y componente evaluado.

3.6. Limitaciones de la Investigación

La investigación, debido a su naturaleza, volumen de documentación y disponibilidad del personal de la Entidad, presentó las siguientes limitaciones:

- Capacidad operativa de las jefaturas limitada, y disponibilidad de horarios para la atención y análisis de los requerimientos documentación e información, respecto a sus procesos.
- Tiempo reducido para el desarrollo de la investigación, en razón a que la evaluación respectiva del Sistema al ejercicio 2021, bajo la normativa vigente, fue realizada hasta día doce (12) del mes de enero de 2022.

3.7. Consideraciones Éticas

La presente investigación, será desarrollada respetando el principio de reserva de la Entidad, empleando información estrictamente relacionada. Asimismo, es importante mencionar, que, una vez sea sustentada la presente investigación, la información abordada sobre el Sistema, de Control Interno y el Nivel de Madurez será puesta en conocimiento con carácter público, de acuerdo a lo estipulado en la normativa de transparencia y acceso a la información pública en las Entidades del Estado.

CAPÍTULO IV

4. Análisis Situacional de la Empresa

La presente investigación es desarrollada en la Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. ubicada como sede central en la ciudad de Arequipa, así como centrales hidroeléctricas y térmicas en las ciudades de Pisco, Mollendo y Charcani.

4.1. Descripción de la Empresa

EGASA, es una empresa constituida en el año 1994, conformante del Holding del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad del Estado - FONAFE (EGASA, 2022).

Asimismo, es una empresa dedicada a la generación y comercialización de energía eléctrica a través de Centrales Hidroeléctricas y Térmicas según se detalla:

Tabla 8

Centrales de Generación de EGASA

AREQUIPA	MOLLENDO	ICA
		
Central Hidroeléctrica Charcani I Central Hidroeléctrica Charcani II Central Hidroeléctrica Charcani III Central Hidroeléctrica Charcani IV Central Hidroeléctrica Charcani V Central Hidroeléctrica Charcani VI Central Térmica de Chilina	Central Térmica de Mollendo	Central Térmica de Pisco

Nota. Elaboración propia. Tomado de (EGASA, 2022).

La energía eléctrica generada, suministra energía al Sistema Eléctrico Interconectado Nacional (SEIN), donde dicha energía es distribuida a los distintos clientes regulados, así como clientes libres representadas por empresas de rubros mineros, industriales, entre otros (EGASA, 2022).

4.1.1. Misión

“Somos una empresa de la Corporación FONAFE que genera y comercializa energía eléctrica con calidad, eficiencia y responsabilidad, creando valor económico, social y ambiental para nuestros grupos de interés y contribuyendo al desarrollo regional y nacional”. (EGASA, 2022)

4.1.2. Visión

“Ser una Empresa del Estado moderna, reconocida por generar y comercializar energía eléctrica eficiente y renovable con calidad y responsabilidad”. (EGASA, 2022)

4.1.3. Objetivos Estratégicos

Figura 5

Objetivos Estratégicos de EGASA



Nota. Elaboración propia. Tomado de (EGASA, 2022).

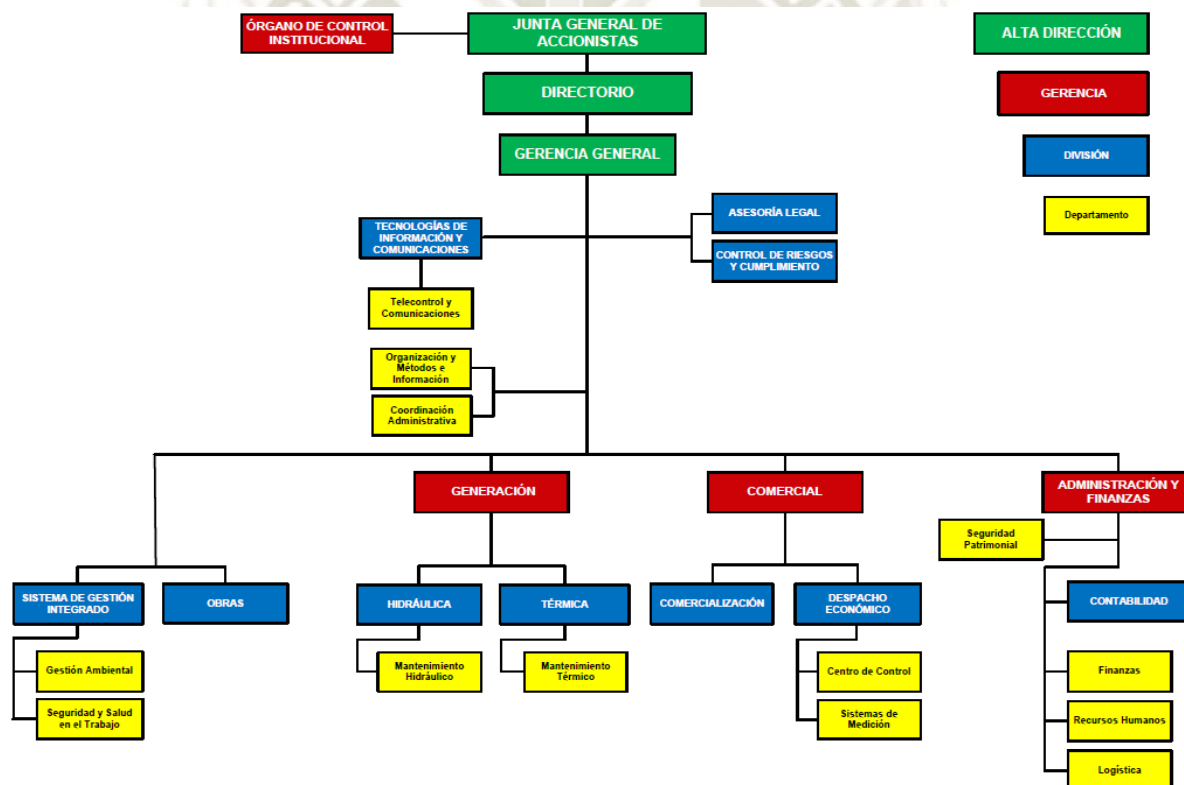
4.1.4. Valores

- Excelencia en el Servicio
- Compromiso
- Integridad
- Innovación
- Responsabilidad Social (EGASA, 2022)

4.1.5. Estructura Orgánica

Figura 6

Estructura Orgánica EGASA



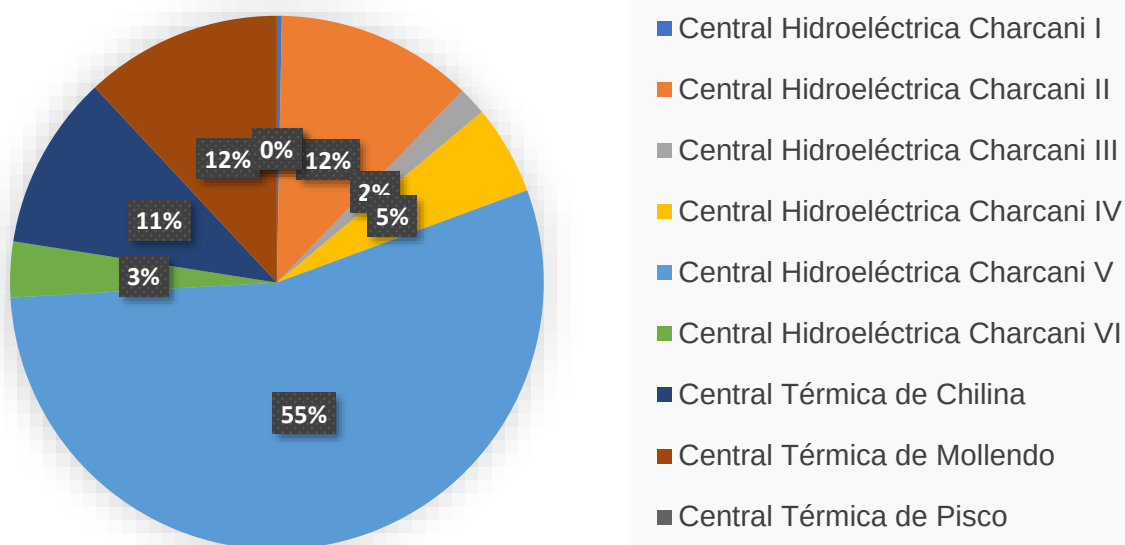
Nota. Se muestra el organigrama de la empresa EGASA. Tomado (EGASA, 2022).

4.1.6. Capacidad Instalada de las Centrales de Generación

La Entidad, tiene una potencia instalada para la generación de energía eléctrica, entre sus nueve (9) centrales de generación de 235.64 MW, la cual está representa un 75% por Centrales Hidroeléctricas y 25% por Centrales Térmicas.

Figura 7

Capacidad Instalada EGASA



Nota. Elaboración Propia. Tomado de (EGASA, 2022).

4.2. Diagnóstico del Sistema, de Control Interno en EGASA

El Sistema de Control Interno (SCI) en EGASA busca brindar una seguridad al cumplimiento de objetivos, realizando las acciones respectivas para mitigar los riesgos internos y externos en la institución. Por otro lado, dicho sistema se encuentra en permanente implementación y mejora continua. Asimismo, se encuentra regulado por el Manual Corporativo “Manual Corporativo: Guía para la Evaluación del Sistema de Control Interno” desde el ejercicio 2015, el cual se encuentra elaborado en base al Marco COSO 2013.

Al respecto, desde el ejercicio 2015, la Entidad viene utilizando la Herramienta Automatizada de Evaluación del Sistema, la cual es el anexo del Manual Corporativo antes citado, y está conformado por ciento treinta y cinco (135) puntos de interés, los cuales componen los diecisiete (17) Principios y cinco (5) componentes respectivamente.

La herramienta, la cual tiene un carácter de cuestionario, es utilizada como instrumento de medición para el Nivel de Madurez del Sistema, con una calificación, en base a la recopilación de evidencia objetiva, que permita sustentar la implementación de cada punto de interés.

4.2.1. Criterios de evaluación de evidencias de sustento documental:

Para realizar la evaluación de cada uno de los puntos de interés del cuestionario, así como sus respectivas evidencias de sustento documental, se cuentan con parámetros que permitieron la determinación del puntaje asignado a las respuestas, los cuales están detallados por características que definen la calificación respectiva con un puntaje que va del 1 al 5 según se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 9

Parámetros y Características De Evaluación (Metodología Desactualizada)

Ciclo de Ejecución	Parámetro de Evaluación	Identificador Herramienta	Puntaje Parámetro
Definir	Diseñada y existente	a y b	1
Aprobar	Aprobado	c	1
Difundir	Difundido	d	1
Documentar y Medir	Implementado	e	1
	Responsable	f	1
	Funcionamiento	g	1
Revisar y Mejorar	Mejora Continua	h	1
TOTAL			5

Nota. Elaboración Propia. Tomado del (FONAFE, 2015).

4.2.2. Metodología de Calificación y Medición del Nivel de Madurez:

- **Calificación de los Puntos de Interés:** Inicialmente, los responsables de la atención de cada punto de interés, realizan el llenado de los comentarios y posterior sustentación con evidencias objetivas de acuerdo al puntaje otorgado en base a los criterios del numeral anterior.

La calificación para los puntos de interés, es realizada mediante un cálculo, en razón a los niveles de implementación de cada uno de ellos, según se detalla:

$$\text{Calificación del Punto de Interés (PI)} = V$$

Donde:

PI : Calificación del Punto de Interés

V : Valor establecido para el punto de interés (Calificación del 0 al 5)

- **Calificación de los Principios:** La calificación para los Principios de control interno, es realizada mediante un cálculo, en razón a los niveles de implementación de cada uno de ellos, según se detalla:

$$\text{Calificación del Principio (Pr}_i\text{)} = \frac{\sum_{i=1}^n PI_i}{n}$$

Donde:

Pri : Calificación de cada Principio. “i”

PI : Calificación establecida para cada punto de interés

I : N° de Principios (i: 1; 2; 3 17; según corresponda)

n : N° máximo de puntos de interés en cada Principio.

Calificación de los Componentes: La calificación para los Principios de control interno, se realizará mediante un cálculo, en razón a los niveles de implementación de cada uno de ellos, según se detalla:

$$\text{Calificación del Componente (C}_i\text{)} = \frac{\sum_{i=1}^n Pr_i}{n}$$

Donde:

Ci : Calificación en cada componente

Pri : Calificación del Principio

I : N° de Principio. (i= 1; 2; 3...17, según corresponda)

n : N° máximo de Principios del componente

- **Calificación del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno:**

El Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno, es realizado mediante el cálculo de los puntajes de cada componente, multiplicados por el peso ponderado otorgado para cada componente, teniendo como referencia la metodología establecida en la guía de Implementación de FONAFE (Metodología desactualizada). Dicho resultado, representa un indicador relevante para las entidades, con el objetivo que se evalúe el progreso o ausencia de implementación, mantenimiento o mejora del Sistema. Al respecto, se detalla el peso ponderado de cada componente en la Tabla 10, según se muestra:

Tabla 10

Ponderación Componentes Control Interno

Componente	Peso del Componente (Pe)
Entorno de Control	20%
Evaluación de Riesgos	20%
Actividades de Control	20%
Información y Comunicación	20%
Actividades de supervisión	20%

Nota. Se muestra el peso ponderado a nivel porcentual de cada componente. Tomado de (FONAFE, 2015).

El Nivel de Madurez general del sistema es calculado realizando la sumatoria de la calificación de los componentes, multiplicado por su respectiva ponderación, según se detalla:

$$\text{Nivel de Madurez (NM)} = (C_1 * Pe_1 + C_2 * Pe_2 + \dots + C_5 * Pe_5)$$

Donde:

NM : Nivel de Madurez General del Sistema

Ci : Calificación de cada componente (i= 1 al 5)

Pei : Peso cada componente (i= 0% al 100%)

Una vez obtenido el puntaje general del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno en una escala del 0 al 5, EGASA realiza la interpretación de los resultados que se detalla a continuación:

Tabla 11

Intervalos de Madurez del Sistema, de Control Interno

Nivel de Madurez	Intervalo	Estado del Sistema, de Control Interno
Inexistente	0.00 – 0.99	El control no se encuentra establecido en a cultura de la Entidad y no se ha establecido la obligatoriedad de implementar del Sistema, de Control Interno.
Inicial	1.00 – 1.99	Existe evidencia de haber establecido la implementación del Sistema, sin embargo, no existe un proceso formalizado, ni conciencia de responsabilidades frente al Sistema.
Repetible	2.00 – 2.99	El Sistema se encuentra desarrollado y tiene procedimientos. No hay existencia de comunicación o sensibilización formal. Asimismo, existe gran dependencia de conocimiento del personal especializado, lo que incrementa la posibilidad de error.
Definido	3.00 – 3.99	El proceso está estandarizado, implementado y cuenta con la difusión en la entidad, sin embargo, no hay mecanismos de homologación en la operación de los procedimientos y hay poca probabilidad que se detecten desviaciones que ocurran durante el proceso.
Gestionado	4.00 – 4.99	Se monitorea y mide la ejecución del proceso de implementación del Sistema y permite adoptar medidas preventivas o correctivas. Los procesos están mejorándose continuamente y se cuenta con instrumentos automatizadas usadas de forma limitada.
Gestionado	4.00 – 4.99	Es congruente con la caracterización de la Entidad. El proceso opera dentro de las mejores prácticas, con objetivos basados en resultados de mejora continua.

Nota. Recopilado del (FONAFE, 2015).

4.2.3. Medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno

Según la evaluación realizada mediante la metodología establecida por el manual corporativo desactualizado, se alcanzó un nivel de implementación de 4.12 puntos, calificando al Sistema como “Administrado y Medible”. El detalle de dicho resultado se encuentra en el desarrollo de la Herramienta de Evaluación del SCI, de acuerdo a la metodología desactualizada, como Anexo 3

En el cuadro siguiente se muestra el puntaje obtenido por componente de la Herramienta de Evaluación del Sistema de Control:

Figura 8

Medición del Nivel, de Madurez del SCI al 2021 (Metodología desactualizada)

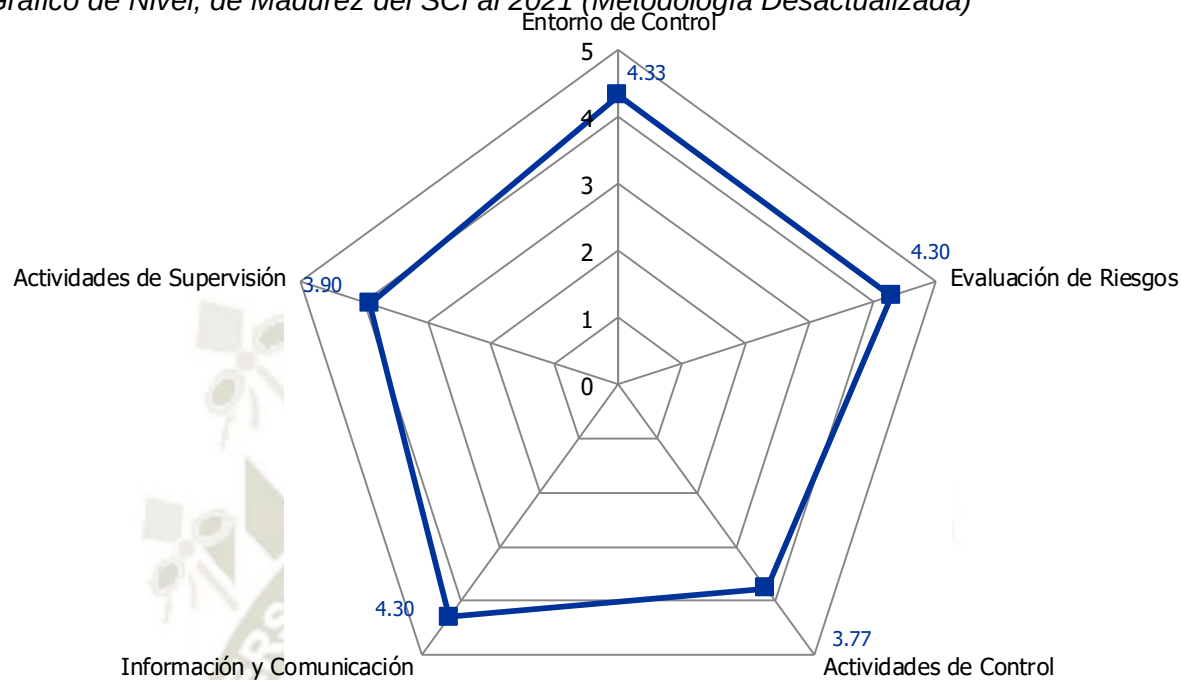
Nivel de Madurez del SCI - Al 2021			4.12	Administrado y medible	
Ponderado	Componente	Puntaje Máximo	Puntaje *	Nivel de Cumplimiento	% Cump.**
20%	Entorno de Control	5	4.33	Administrado y medible	86.56%
20%	Evaluación de Riesgos	5	4.30	Administrado y medible	86.06%
20%	Actividades de Control	5	3.77	Definido	75.38%
20%	Información y Comunicación	5	4.30	Administrado y medible	86.00%
20%	Actividades de Supervisión	5	3.90	Definido	78.04%
100%			* Puntaje Obtenido ** % de Cumplimiento respecto al Puntaje Máximo (5)		

Nota. Se muestran los resultados obtenidos, producto de la Medición del Nivel, de Madurez con la Herramienta Automatiza de Evaluación del Control Interno. Tomado de la Herramienta Automatizada de Evaluación del SCI.

De acuerdo al Nivel, de Madurez establecido al cierre del ejercicio 2021, con la metodología implementada desde el 2015, se observa que existe el control interno dentro del ambiente empresarial, así como el tratamiento de riesgos, la cual tiene un monitoreo periódico y supervisión que presenta consistencia para el manejo de deficiencias de control identificadas.

Figura 9

Gráfico de Nivel, de Madurez del SCI al 2021 (Metodología Desactualizada)



Nota. Se muestra gráficamente el nivel de implementación de los componentes de control interno. Elaboración propia. 2021.

CAPÍTULO V

5. Implementación del Sistema de Control Interno

La presente implementación y aplicación de la metodología actualizada, se ha sustentado en la necesidad de modificación del proceso del Sistema de Control Interno, tal cual como venía siendo desarrollado en la Entidad, con el objetivo de dar cumplimiento al Manual Corporativo: “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC”, el cual derogó la metodología sustentada en el Manual Corporativo: “Guía para la Evaluación del Sistema, de Control Interno”, utilizada desde el ejercicio 2015.

La citada implementación y aplicación, se encontró enmarcada en un Plan de Acción, el cual ha contenido actividades pertinentes para implementar un cambio en el proceso del Sistema de Control Interno, con el objetivo de realizar la Medición del Nivel de Madurez del Sistema en base a dichos cambios y la observación respectiva entre ambas metodologías.

5.1. Ejecución del Plan de Implementación del Proceso del Sistema, de Control Interno

El Plan de Acción para la implementación del Proceso del Sistema, de Control Interno mediante la metodología actualizada, fue planteado mediante la programación de trece (13) actividades pertinentes, cuya ejecución individual se detalla a continuación:

5.1.1. ***Acción N° 1: Análisis Manual Corporativo: “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas”:***

Una vez tomado en conocimiento de la actualización regulatoria respecto a la metodología de evaluación del Cumplimiento del Sistema, se procedió a efectuar con la lectura y el análisis del marco normativo actualizado. Al respecto, se tomaron como base distintos aspectos y criterios cualitativos relevantes del documento regulatorio actualizado, para definir las diferencias sustanciales con el marco normativo con el que venía operando el Sistema, de Control Interno de EGASA, con el objetivo de establecer de si se encontraba vigente o compatible, respecto a la modificación y actualización normativa efectuada por FONAFE, bajo el criterio del investigador. Dichos aspectos se detallan a continuación:

Tabla 12

Análisis de vigencia de la operatividad del SCI respecto a la metodología actualizada

N°	Criterio	Problemática	Estado
1	Marco Normativo Utilizado:	La Entidad viene utilizando el Manual Corporativo: Guía para la Evaluación del Sistema, de Control Interno establecido por FONAFE, el cual fue aprobado en el ejercicio 2015.	Obsoleto.
2	Estado de la Normativa:	Mediante Oficio Circular N° 015-2021-GPC-FONAFE de fecha 10 de setiembre de 2021, FONAFE informó sobre la actualización de la metodología de Evaluación del Nivel de Madurez y, detalló lo siguiente: "En razón de lo expuesto, se da por derogado el Manual Corporativo: Guía para la Evaluación del Sistema, de Control Interno aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva 123-2015/DE-FONAFE, así como la aplicación de sus lineamientos en las empresas bajo el ámbito de FONAFE".	Obsoleto.
3	Marco Normativo Referencial:	La metodología desactualizada, así como su Herramienta de medición del Nivel de Madurez de dicho sistema, se encuentra fundamentadas en el marco normativo COSO 2013.	Vigente
4	Instrumento de Medición:	El instrumento que se encontró en operación ha sido la "Herramienta Automatizada de Evaluación del Sistema, de Control Interno", el cual cuenta con diferencias sustanciales con la Herramienta actualizada, a pesar de contar con el mismo fundamento normativo de COSO 2013.	Obsoleto.
5	Componentes y Principios:	En razón, a que ambas normativas se encuentran fundamentadas en el COSO 2013, cuentan con los cinco (5) Componentes de Control Interno y diecisiete (17) Principios en su metodología.	Vigente
6	Puntos de Interés:	Si bien, ambas herramientas se encuentran fundamentadas en el modelo COSO 2013, la herramienta con la que se encontró operando EGASA; contó con ciento Treinta y cinco (135) puntos de Interés, mientras que la metodología actualizada establece cincuenta y un (51) preguntas en su evaluación.	Obsoleto.
7	Parámetros de Calificación:	Bajo el mismo criterio, la herramienta con la que se encontró operando EGASA contó con siete (7) parámetros de calificación, mientras que la metodología actualizada establece solo cuatro (4) parámetros de evaluación.	Obsoleto.
8	Puntaje Máximo por Punto de Interés:	La metodología con la que operaba al momento de realizar la investigación establecía como puntaje máximo de calificación cinco (5) puntos, mientras que la metodología actualizada establece cuatro (4) puntos como puntaje máximo de calificación por pregunta.	Obsoleto.
9	Responsable:	Bajo la metodología desactualizada, el Gerente Comercial, en su calidad de Presidente del Equipo Evaluador del Sistema, de Control Interno era el responsable de operar y mantener el sistema y su respectiva herramienta de evaluación, sin embargo, en la metodología actualizada el responsable es el encargado funcional del control interno, el cual recae en el Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento.	Obsoleto.
10	Método de recopilación documental:	Al momento del desarrollo de la investigación, se identificó que para realizar la operación del sistema y herramienta respectiva, se realizaba mediante coordinaciones presenciales o virtuales, así como solicitudes documentales emitidas por el Sistema de Trámite Documentario. Sin embargo, la metodología integrada con otros sistemas existentes en la Entidad, no permite abastecer la capacidad operativa mediante coordinaciones individuales como se venía desarrollando.	Obsoleto.
11	Método de Validación:	Para desarrollar el proceso de validación de la documentación de sustento a todos los Principios y componentes del Control Interno, se realizaba mediante recopilación documental y carga de documentación a Link One Drive proporcionado por la Entidad supervisora. Sin embargo, la nueva metodología establece el uso de una plataforma, la cual servirá como recipiente de la información, así como la visualización a tiempo real de la información y puntaje proporcionado por cada pregunta.	Obsoleto.
12	Organismo Validador:	El proceso de validación, venía siendo efectuado por los funcionarios y trabajadores del Órgano de Buen Gobierno. Corporativo y Gestión de Riesgos Operacionales de FONAFE. Sin embargo, mediante la metodología actualizada, dicha validación será efectuada por una empresa consultora especializada.	Obsoleto.

Nota. Elaboración propia. 2021.

5.1.2. Acción N° 2: Capacitación y al personal de la Entidad sobre las exigencias del Marco Metodológico actualizado propuesto por FONAFE:

En razón a la modificación de la normativa establecida por FONAFE, cuya implementación involucra a todas las jefaturas de la Entidad, se realizó las gestiones y coordinaciones, para materializar la Capacitación al personal de la Entidad sobre las exigencias del Marco Metodológico actualizado propuesto por FONAFE. La invitación a dicha capacitación se detalla a continuación:

Figura 10

Correo Electrónico – Capacitación Control Interno

FL

Fabiola Lazo

jueves 30/09/2021 13:10

Invitación capacitación "Sistema de Control Interno"

Para

○ Luis Salas;

○ Carlos Vela;

● Javier Pineda;

● Carlos Paredes;

● Oscar Azcue Mollinedo;

● Daniel Cervantes;

● Cesar Cuadros;

○ Luz Zea;

○ Carlos Nunez;

● Jorge Luis Quiroz Gomez;

● Gary Castaneda;

● Angel Fuentes;

● Diego Martín Mendoza Bedregal;

● José Luis Huanqui Quispe;

● Nestor Cuba;

○ Luz Sanchez;

● Maryluz Chirinos Vela;

○ Jessica Estremadoyro;

● Juan Tejeda;

○ Eduardo Hallasí;

● Daniel Enriquez;

● Paola Bedoya Velasquez;

○ Cesar Díaz Diaz;

● Fernando Valdivia Quispe;

● Carlos Rodriguez;

CC

○ Andrea Villanueva Campano

Mensaje enviado con importancia Alta.

En cumplimiento al Plan de Capacitación 2021, quedan cordialmente invitados a participar de la capacitación denominada: **"Sistema de Control Interno"** la cual estará a cargo del Dr. Alberto Sotomayor Casas, quien cuenta con amplia experiencia y trayectoria en el sector; dicha actividad, se llevara a cabo según siguiente detalle:

Fechas:	Martes 05 y Miércoles 06 de octubre de 2021
Horario:	De 08:00 a 10:15 horas

Asimismo mencionar que el link de acceso, se hará llegar oportunamente.

Esperamos contar con su valiosa participación que es de carácter **obligatorio**.

Cordialmente les saluda,



Lic. Fabiola Lazo Acosta
Trabajadora Social
Dpto. Recursos Humanos
Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A.
T: 51-54-383838 Anexo 2275
email: flazo@egasa.com.pe
<http://www.egasa.com.pe>

Nota: Se muestra la invitación a las jefaturas para la capacitación del Sistema, de Control Interno. Tomado de correo electrónico Outlook de EGASA.

5.1.3. Acción N° 3: Identificación de responsables de atención de las preguntas del Cuestionario denominado “Herramienta Integrada de Evaluación del SCI”:

La Herramienta Integrada de Medición del Sistema, de Control Interno respectivo, cuenta con cincuenta y un (51) preguntas en formato de cuestionario, con cuatro (4) parámetros cada una de las preguntas respectivamente, es decir, doscientos cuatro (204) parámetros los cuales deben ser asignados a un responsable de análisis y documentación de evidencias.

Al respecto, se realizó la evaluación para cada uno de los parámetros de la Herramienta y se establecieron responsables tentativos, los cuales tengan la competencia para poder sustentar el cumplimiento de cada uno de ellos y se puso en conocimiento de la Gerencia General la citada información para los fines del caso, cuyo detalle se encuentra establecido en el Anexo 4 de la presente investigación.

5.1.4. Acción N° 4: Creación de repositorio digital clasificado para carga de documentación de sustento de preguntas de Herramienta Integrada de Evaluación:

Una vez identificados los responsables encargados de sustentar documentalmente el cumplimiento o ausencia de cumplimiento de los parámetros establecidos y debido al gran volumen y peso de evidencias, se creó un repositorio digital en la plataforma OneDrive, el cual se clasificó de acuerdo a las preguntas de la Herramienta de la metodología actualizada. Asimismo, se desarrolló la herramienta en formato Excel, para que los responsables puedan detallar sus respectivos comentarios y observaciones de sustento en base a evidencia objetiva.

Figura 11

Archivo Clasificado One Drive

Nombre ▾	Modificado ▾	Modificado por ▾	Tamaño de archi... ▾	Compartir
SCI 01	7 de enero	Jorge Ponce	9 elementos	Compartido
SCI 02	7 de enero	Jorge Ponce	9 elementos	Compartido
SCI 03	7 de enero	Jorge Ponce	10 elementos	Compartido
SCI 04	7 de enero	Jorge Ponce	22 elementos	Compartido
SCI 05	7 de enero	Jorge Ponce	24 elementos	Compartido
SCI 06	7 de enero	Jorge Ponce	16 elementos	Compartido
SCI 07	7 de enero	Jorge Ponce	14 elementos	Compartido
SCI 08	7 de enero	Jorge Ponce	1 elemento	Compartido
SCI 09	7 de enero	Jorge Ponce	14 elementos	Compartido
SCI 10	7 de enero	Jorge Ponce	19 elementos	Compartido
SCI 11	7 de enero	Jorge Ponce	4 elementos	Compartido
SCI 12	7 de enero	Jorge Ponce	23 elementos	Compartido
SCI 13	7 de enero	Jorge Ponce	4 elementos	Compartido

Nota. Tomado de la Plataforma OneDrive de EGASA.

5.1.5. Acción N° 5: Inducción individualizada a las Gerencias y Jefaturas responsables de documentar la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno:

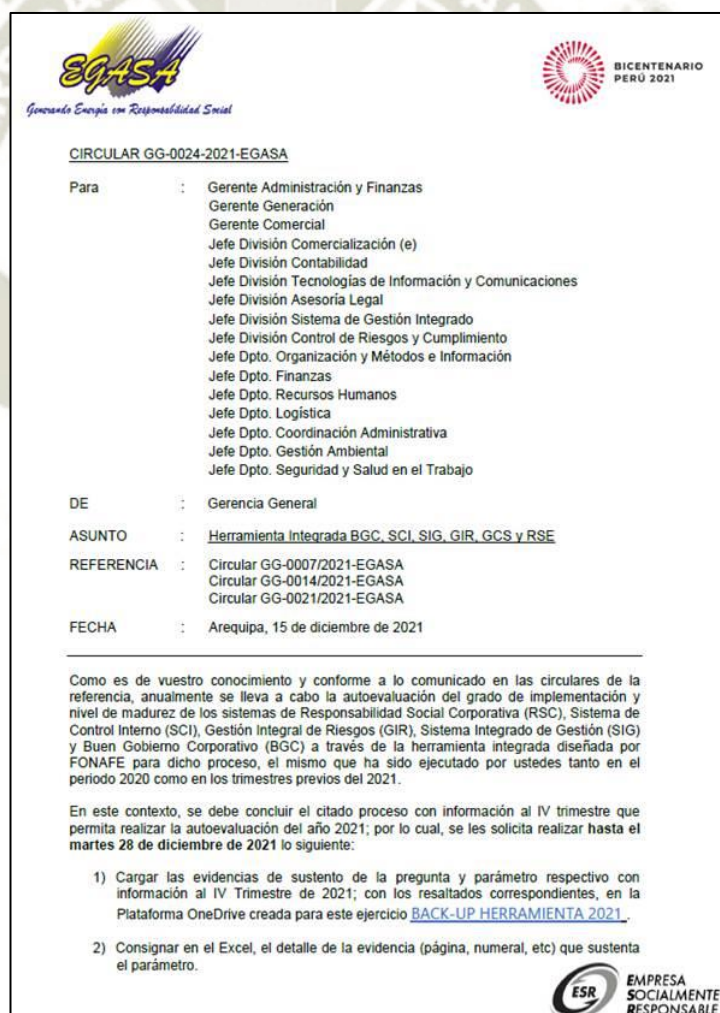
Si bien se realizó una capacitación general de sensibilización, fue pertinente definir coordinaciones y reuniones vía Microsoft Teams, llamada telefónica, entre otros, para detallar y precisar el procedimiento a efectuar para la medición del Nivel, de Madurez. Dicha inducción, permitió se planifiquen recursos en sus respectivas áreas para atender el requerimiento.

5.1.6. Acción N° 6 Gestión de Comunicación para designar y disponer el llenado de información y documentación a los responsables identificados:

Una vez teniendo al personal con el conocimiento suficiente para atender los requerimientos, así como la estructura para poder efectuar la implementación de la metodología actualizada, se procedió a gestionar la designación de los responsables identificados previamente, así como la disposición de la atención al proceso de implementación del Sistema y llenado de la herramienta adjunta a la circular que se muestra:

Figura 12

Comunicación formal de responsables – Sistema Trámite Documentario



EGASA
Gobernando Energía con Responsabilidad Social

BICENTENARIO PERÚ 2021

CIRCULAR GG-0024-2021-EGASA

Para : Gerente Administración y Finanzas
Gerente Generación
Gerente Comercial
Jefe División Comercialización (e)
Jefe División Contabilidad
Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones
Jefe División Asesoría Legal
Jefe División Sistema de Gestión Integrado
Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento
Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información
Jefe Dpto. Finanzas
Jefe Dpto. Recursos Humanos
Jefe Dpto. Logística
Jefe Dpto. Coordinación Administrativa
Jefe Dpto. Gestión Ambiental
Jefe Dpto. Seguridad y Salud en el Trabajo

DE : Gerencia General

ASUNTO : Herramienta Integrada BGC, SCI, SIG, GIR, GCS y RSE

REFERENCIA : Circular GG-0007/2021-EGASA
Circular GG-0014/2021-EGASA
Circular GG-0021/2021-EGASA

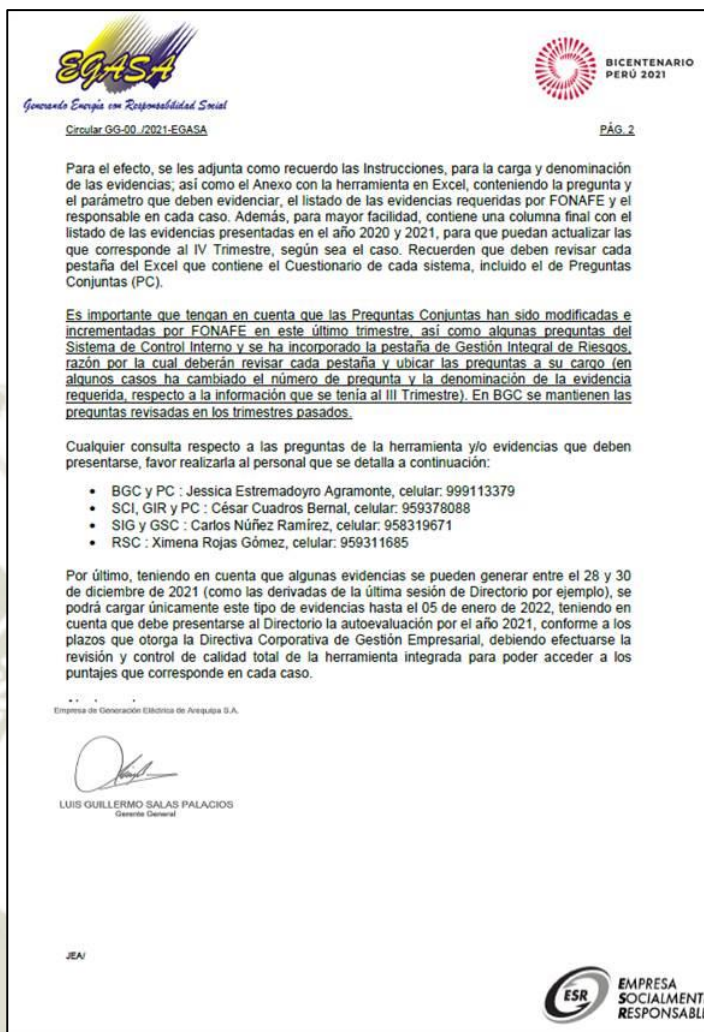
FECHA : Arequipa, 15 de diciembre de 2021

Como es de vuestro conocimiento y conforme a lo comunicado en las circulares de la referencia, anualmente se lleva a cabo la autoevaluación del grado de implementación y nivel de madurez de los sistemas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC), Sistema de Control Interno (SCI), Gestión Integral de Riesgos (GIR), Sistema Integrado de Gestión (SIG) y Buen Gobierno Corporativo (BGC) a través de la herramienta integrada diseñada por FONAFE para dicho proceso, el mismo que ha sido ejecutado por ustedes tanto en el periodo 2020 como en los trimestres previos del 2021.

En este contexto, se debe concluir el citado proceso con información al IV trimestre que permita realizar la autoevaluación del año 2021; por lo cual, se les solicita realizar **hasta el martes 28 de diciembre de 2021** lo siguiente:

- 1) Cargar las evidencias de sustento de la pregunta y parámetro respectivo con información al IV Trimestre de 2021; con los resultados correspondientes, en la Plataforma OneDrive creada para este ejercicio [BACK-UP HERRAMIENTA 2021](#).
- 2) Consignar en el Excel, el detalle de la evidencia (página, numeral, etc) que sustenta el parámetro.

ESR EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE



Nota: Tomado del Sistema de Trámite Documentario OnBase de EGASA.

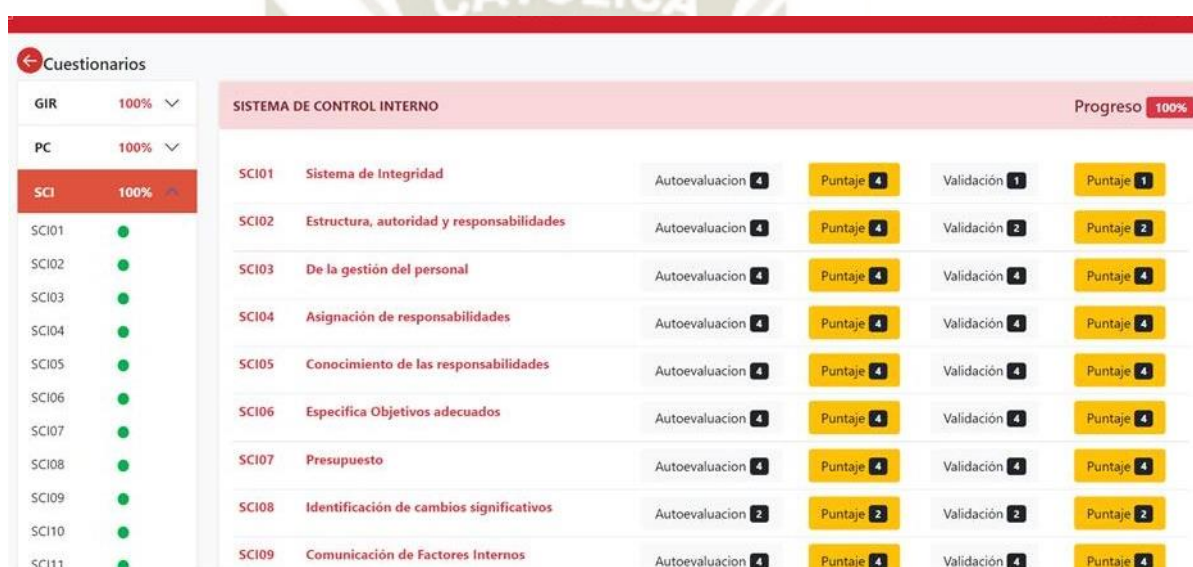
5.1.7. Acción N° 7: Medición preliminar del Nivel, de Madurez al cierre del ejercicio 2021:

El 28 de diciembre de 2022, se realizó una medición preliminar, con el objetivo de que las áreas responsables establecieran un avance en la identificación de evidencias que sirvan de sustento para validación de cada uno de los parámetros. En dicha medición, cada responsable estableció de manera lírica las evidencias y el puntaje tentativo a obtener para el procedimiento de validación a cargo de FONAFE, sin la obligatoriedad de sustentar con los documentos en el repositorio.

En razón a los puntajes establecidos por los responsables, se procedió a ingresarlos preliminarmente en el en el Sistema de Medición del Nivel, de Madurez de FONAFE (SISMAD), la cual permitió ingresar información a nivel de puntajes y descripción de cada parámetro de manera preliminar, para poder realizar un avance en el proceso de referenciación, puntuación y medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021.

Figura 13

Captura de Pantalla Plataforma SISMAD



Cuestionarios		SISTEMA DE CONTROL INTERNO				Progreso 100%
GIR	100%					
PC	100%					
SCI	100%					
SCI01	●	Sistema de Integridad	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 1	Puntaje 1
SCI02	●	Estructura, autoridad y responsabilidades	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 2	Puntaje 2
SCI03	●	De la gestión del personal	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI04	●	Asignación de responsabilidades	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI05	●	Conocimiento de las responsabilidades	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI06	●	Especifica Objetivos adecuados	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI07	●	Presupuesto	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI08	●	Identificación de cambios significativos	Autoevaluación 2	Puntaje 2	Validación 2	Puntaje 2
SCI09	●	Comunicación de Factores Internos	Autoevaluación 4	Puntaje 4	Validación 4	Puntaje 4
SCI10	●					
SCI11	●					

Nota. Tomado de la Plataforma del Sistema de Medición del Nivel, de Madurez de FONAFE.

5.1.8. Acción N° 8: Evaluación de validez preliminar de información y documentación proporcionada para la medición del Nivel, de Madurez con la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno:

En base al ingreso al SISMAD de los puntajes establecidos por los responsables de cada parámetro de la Herramienta Integrada de manera tentativa, se obtuvo un puntaje preliminar de 87.33% de Nivel, de Madurez, el cual estableció al sistema como “Avanzado” y permitió dar un avance preliminar no documentado para el proceso de sustentación de evidencias al cierre del ejercicio 2021.

Teniendo en cuenta que la información ha sido presentada por las Gerencias y/o Jefaturas responsables de atender los parámetros de cada pregunta, dicha información tuvo un carácter de declaración jurada, la cual permitió tener una medición inicial, así como un avance respecto a la evaluación oficial del Nivel de Madurez, la cual es establecida mediante el sustento documental respectivo.

5.1.9. Acción N° 9: Gestión de Comunicación para solicitar el llenado oficial de información y documentación a los responsables identificados para remisión a FONAFE:

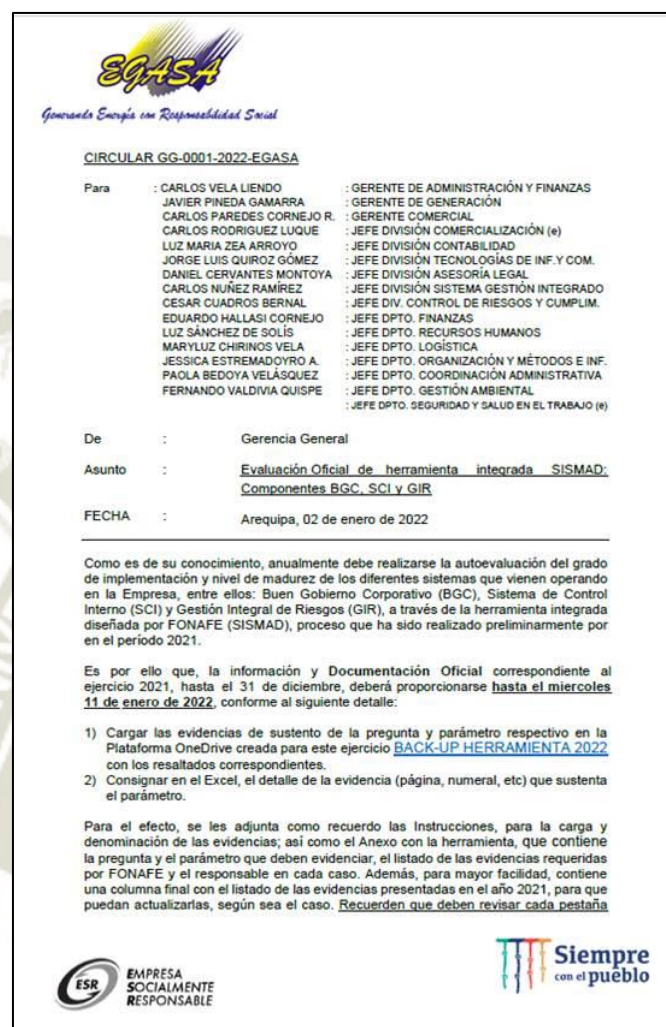
Una vez efectuado el llenado preliminar de la Herramienta, tanto las jefaturas como el personal responsable de cada área, contaban con conocimiento del procedimiento para el llenado de información y sustento de documentación para cada parámetro.

Es por ello, que se gestionó la comunicación respectiva con la Gerencia General según se detalla en la Figura 14, para que se disponga el llenado, tanto de la información de detalle de las evidencias en la Herramienta en formato Excel, así como sus respectivos sustentos, los cuales deben estar basados en evidencia objetiva y verificable en formato digital para ser elevados correspondientemente en el archivo clasificado OneDrive.

Dicha comunicación precisó que la información tiene que tener un carácter oficial, en razón a que dicha información y documentación que sea procesada debía contener información de carácter válido y vigente, en razón a que pasaría por un proceso de validación a cargo de una empresa consultora en representación de FONAFE, la cual se encargó de la auditoría la información y documentación antes detallada:

Figura 14

Comunicación formal para documentación de parámetros de Control Interno



EGASA
Gobernando Energía con Responsabilidad Social

CIRCULAR GG-0001-2022-EGASA

Para : CARLOS VELA LIENDO : GERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
JAVIER PINEDA GAMARRA : GERENTE DE GENERACIÓN
CARLOS PAREDES CORNEJO R. : GERENTE COMERCIAL
CARLOS RODRIGUEZ LUQUE : JEFE DIVISIÓN COMERCIALIZACIÓN (e)
LUZ MARIA ZEA ARROYO : JEFE DIVISIÓN CONTABILIDAD
JORGE LUIS QUIROZ GÓMEZ : JEFE DIVISIÓN TECNOLOGÍAS DE INF. Y COM.
DANIEL CERVANTES MONTOYA : JEFE DIVISIÓN ASESORÍA LEGAL
CARLOS NUÑEZ RAMÍREZ : JEFE DIVISIÓN SISTEMA GESTIÓN INTEGRADO
CESAR CUADROS BERNAL : JEFE DIV. CONTROL DE RIESGOS Y CUMPLIM.
EDUARDO HALLASI CORNEJO : JEFE DPTO. FINANZAS
LUZ SÁNCHEZ DE SOLÍS : JEFE DPTO. RECURSOS HUMANOS
MARYLUZ CHIRINOS VELA : JEFE DPTO. LOGÍSTICA
JESSICA ESTREMADOYRO A. : JEFE DPTO. ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS E INF.
PAOLA BEDOYA VELÁSQUEZ : JEFE DPTO. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
FERNANDO VALDIVIA QUISPE : JEFE DPTO. GESTIÓN AMBIENTAL
JEFE DPTO. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (e)

De : Gerencia General

Asunto : Evaluación Oficial de herramienta integrada SISMAD:
Componentes BGC, SCI y GIR

FECHA : Arequipa, 02 de enero de 2022

Como es de su conocimiento, anualmente debe realizarse la autoevaluación del grado de implementación y nivel de madurez de los diferentes sistemas que vienen operando en la Empresa, entre ellos: Buen Gobierno Corporativo (BGC), Sistema de Control Interno (SCI) y Gestión Integral de Riesgos (GIR), a través de la herramienta integrada diseñada por FONAFE (SISMAD), proceso que ha sido realizado preliminarmente por en el periodo 2021.

Es por ello que, la información y Documentación Oficial correspondiente al ejercicio 2021, hasta el 31 de diciembre, deberá proporcionarse hasta el miércoles 11 de enero de 2022, conforme al siguiente detalle:

- 1) Cargar las evidencias de sustento de la pregunta y parámetro respectivo en la Plataforma OneDrive creada para este ejercicio BACK-UP HERRAMIENTA 2022 con los resultados correspondientes.
- 2) Consignar en el Excel, el detalle de la evidencia (página, numeral, etc) que sustenta el parámetro.

Para el efecto, se les adjunta como recuerdo las Instrucciones, para la carga y denominación de las evidencias; así como el Anexo con la herramienta, que contiene la pregunta y el parámetro que deben evidenciar, el listado de las evidencias requeridas por FONAFE y el responsable en cada caso. Además, para mayor facilidad, contiene una columna final con el listado de las evidencias presentadas en el año 2021, para que puedan actualizarlas, según sea el caso. Recuerden que deben revisar cada pestaña

 **EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE** 

Nota. Tomado del Sistema de Trámite Documentario Onbase de EGASA.

5.1.10. Acción N° 10: Medición Oficial del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno con la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021:

En la presente acción, se realiza la aplicación de toda la metodología establecida en la Herramienta Integrada de Evaluación del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno, la cual será implementada y sustentada en base a información y evidencias de sustento objetivas.

Al respecto, la citada metodología de evaluación, contiene un total de cincuenta y un (51) preguntas, compuestas dentro de ellas por veintiocho (28) “Preguntas Únicas” y veintitrés (23) “Preguntas Conjuntas”, las cuales atienden también al Sistema de Buen Gobierno Corporativo y Sistema Integrado de Gestión.

El detalle y descripción de las preguntas con parámetros y evidencias establecidas en el SISMAD, se encuentran contenidas en el Anexo N° 4 de la presente investigación.

5.1.10.1. Niveles de Monitoreo del Sistema, de Control Interno

Para realizar la monitorización y supervisión del proceso de implementación del Sistema, se cuenta con cuatro (04) niveles de jerarquía, los cuales están compuestos de menor jerarquía a mayor jerarquía, según se detalla: Pregunta, Principio., Componente y Nivel de Madurez General.

En razón de lo expuesto, es preciso mencionar que el Nivel, de Madurez está compuesto por la evaluación de los Componentes de Control Interno, quienes, a su vez, se encuentran compuestos por Principios, y, asimismo, dichos Principios se encuentran compuestos por preguntas. A continuación, se muestra a mayor detalle la descripción de cada nivel antes citado.

Tabla 13

Jerarquía de los Niveles de Evaluación

Nivel	Descripción
Pregunta	Cincuenta y un (51) preguntas codificadas. (PC y SCI)
Principio.	Diecisiete (17) Principios.
Componente	Cinco (05) Componentes.
Nivel, de Madurez	Nivel de Implementación general del Sistema.

Nota. Tomado de (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

5.1.10.2. Componentes y Principios del Marco de FONAFE

Las preguntas conforman el puntaje de cada uno de los Principios, habiendo la posibilidad de que tanto los Principios sean conformados por varias preguntas, o que varias preguntas conformen más de un Principio.

Para la determinación del puntaje obtenido por los componentes se aplican las siguientes fórmulas:

$$\text{Puntaje Componente (P.C)} = (\text{PPrn1} + \text{PPrn2} + \text{PPrn3} \dots)$$

En donde:

P.C : Puntaje del Componente

PPrn : Puntaje de pregunta

$$\text{Porcentaje Ponderado del Componente (PIC)} = (\text{PC} \cdot 100) / \text{PMC}$$

En donde:

PIC : Porcentaje de Implementación del Componente

PC : Puntaje del Componente

PMC : Puntaje Máximo del Componente

5.1.10.3. Nivel, de Madurez del Sistema de Control Interno

El Nivel de Madurez General del sistema, se obtiene al sumar los valores obtenidos en cada componente, multiplicado por su respectiva ponderación o peso asignado. Para ello se asigna la siguiente fórmula:

$$\text{Nivel de Madurez (N.M): } (\text{VC1: PIC} \cdot \text{PA}) + (\text{VC2: PIC} \cdot \text{PA}) + (\text{VC3: PIC} \cdot \text{PA}) + (\text{VC4: PIC} \cdot \text{PA}) + (\text{VC5: PIC} \cdot \text{PA})$$

En donde:

N.M: Nivel, de Madurez General

VC: Valor del Componente

PIC: Nivel de Implementación del Componente

PA: Peso Ponderado del Componente

Asimismo, es importante detallar para la citada fórmula de Nivel, de Madurez, la ponderación de cada componente, de acuerdo a la relevancia propuesta por FONAFE, según se detalla:

Tabla 14

Ponderación Componentes Control Interno

Componente	Peso del Componente (Pe)
Entorno de Control	10%
Evaluación de Riesgos	30%
Actividades de Control	15%
Información y Comunicación	15%
Actividades de supervisión	30%

Nota. Tomado de (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

Una vez efectuada la medición del Nivel de Madurez del Sistema, en base a las preguntas, Principios, componentes y su respectiva ponderación porcentual, se obtiene un nivel de implementación, el cual va de 0 a 1, o a nivel porcentual de 0% a 100%. En razón de ello, se ha considerado seis (06) niveles de implementación contenidos en la metodología actualizada, los cuales dan características para la interpretación de los resultados, los cuales se detallan en la Tabla 15.

Tabla 15
Intervalos de Madurez del Sistema, de Control Interno (Metodología Actualizada)

Nivel de madurez	Porcentaje mínimo	Operador	Porcentaje máximo	Detalle nivel de madurez
Inexistente	0.00%	<=	4.99%	El control no es parte de la cultura o misión de la Empresa. La Empresa no ha reconocido la necesidad de establecer o fortalecer la implantación del Sistema de Control Interno.
Inicial o Básico	5.00%	<=	29.99%	Existe evidencia que la Empresa ha reconocido la necesidad de establecer o fortalecer la implantación del Sistema de Control Interno. No existe un proceso formal -estandarizado- si no que existen enfoques ad hoc que se aplican de manera individual o caso por caso. El personal no es consciente de sus responsabilidades frente al Sistema de Control Interno de la Empresa.
Intermedio o en Desarrollo	30.00%	<=	59.99%	El proceso de implementación del Sistema de Control Interno se encuentra suficientemente desarrollado y distintas personas ejecutan más o menos los mismos procedimientos. No existe una comunicación ni entrenamiento formal de los procedimientos, y la responsabilidad es individual. Existe una gran dependencia del conocimiento que tiene el personal y por tanto existe una probabilidad de error importante.
Establecido	60.00%	<=	79.99%	El proceso de implementación del Sistema de Control Interno está estandarizado, documentado y difundido mediante entrenamiento. Sin embargo, se deja a voluntad del personal la aplicación de los procedimientos del proceso y es poco probable que se detecten las desviaciones en su caso. Los procedimientos en sí no son sofisticados y corresponden a la formalización de las prácticas existentes.
Avanzado	80.00%	<=	94.99%	Es posible monitorear y medir la conformidad en la aplicación del proceso de implementación del Sistema de Control Interno y es posible tomar acciones cuando el proceso no está operando adecuadamente. Los procesos de la Empresa están mejorándose continuamente. Se dispone de automatizaciones y de herramientas que son usadas de una manera limitada o fragmentada.
Líder	95.00%	<=	100.00%	El Sistema de Control Interno es acorde con las características de la Empresa y a su marco jurídico aplicable. El proceso ha sido refinado al nivel de las mejores prácticas, basado en los resultados de la mejora continua y de los modelos ya maduros de otras organizaciones. Las TIC son usadas integralmente para automatizar los flujos de trabajo, entregando herramientas que mejoran la calidad y efectividad, aumentando la capacidad de adaptación de la Empresa.

Nota. Recopilado del (Fondo Nacional de Financiamiento del Estado, 2021).

5.1.10.4. Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno al cierre del 2021

Siguiendo la metodología antes descrita, se realizó la medición de las preguntas del cuestionario, sus respectivos componentes y el Nivel, de Madurez General del Sistema, de Control Interno, con base a la información y evidencia objetiva proporcionada por las áreas de la Entidad. Dicho cálculo se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 16
Puntaje Nivel Madurez del SCI al 2021 (Metodología Actualizada)

Componente	Código	Descripción de la pregunta	Puntaje	Nivel de Madurez Componente	Ponderación	Puntaje Acumulado Componente
Entorno de Control	SCI01	Sistema de Integridad	4	93.18%	10.00%	9.32%
	SCI02	Estructura, autoridad y responsabilidades	4			
	SCI03	De la gestión del personal	4			
	SCI04	Asignación de responsabilidades	4			
	SCI05	Conocimiento de las responsabilidades	4			
	PC01	Código de Ética	4			
	PC02	Violaciones al Código de Ética	4			
	PC03	Conformación de Comités Especiales (1)	4			
	PC04	Conformación de Comités Especiales (2)	4			
	PC21	Incentivos y recompensas	4			
Evaluación de Riesgos	PC22	Plan de sucesión	1	82.14%	30.00%	24.64%
	SCI06	Especifica objetivos adecuados	4			
	SCI07	Presupuesto	4			
	SCI08	Identificación de cambios significativos	2			
	SCI09	Comunicación de Factores Internos	4			
	PC05	Alineamiento de objetivos	4			
	PC09	Indicadores de los sistemas	1			
	PC10	Riesgos de procesos	2			
	PC12	Comité de Riesgos	4			
	PC13	Identificación y análisis del riesgo (1)	4			
	PC14	Identificación y análisis del riesgo (2)	4			
	PC15	Evaluación de riesgos	4			
	PC16	Análisis de riesgos	4			
	PC17	Apetito de riesgo	1			
	PC19	Evaluación de riesgo de fraude	4			
Actividades de Control	SCI10	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	4	80.36%	15.00%	12.05%
	SCI11	Integridad de la Información	3			
	SCI12	Evaluación y actualización de políticas	4			
	SCI13	Selección y desarrollo de controles generales	2			
	SCI14	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	4			
	SCI15	Gestión de TIC (1)	4			
	SCI16	Gestión de TIC (2)	4			
	SCI17	Seguridad de la Información	3			
	PC06	Mapeo de procesos	4			
	PC07	Procesos críticos / priorizados	4			
	PC08	Indicadores de procesos	3			
	PC11	Dueños de procesos y riesgos	4			
	PC20	Personas expuestas a riesgo de fraude	1			
	PC24	Continuidad operativa	1			

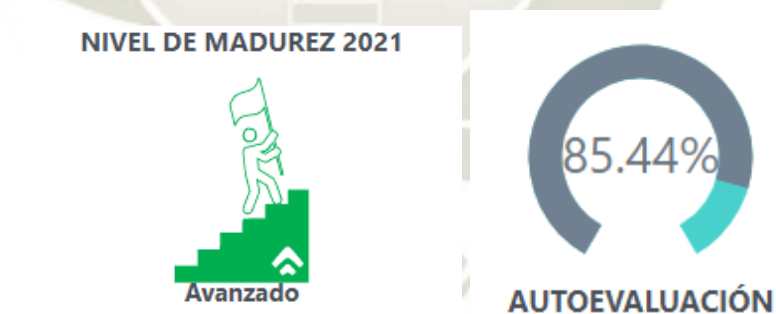
Información y Comunicación	SCI18	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	3	92.86%	15.00%	13.93%
	SCI19	Información relevante	3			
	SCI20	Comunicación Interna (1)	4			
	SCI21	Comunicación Externa (1)	4			
	SCI22	Comunicación Interna (2)	4			
	SCI23	Comunicación Externa (2)	4			
	SCI24	Evaluaciones externas	4			
Actividades de Supervisión	SCI25	Evaluaciones continuas e independientes	4	85.00%	30.00%	25.50%
	SCI26	Evalúa y comunica deficiencias	4			
	SCI27	Auditoría Interna (1)	1			
	SCI28	Auditoría Interna (2)	4			
	PC23	Auditoría Interna	4			
Nivel de Madurez General del Sistema de Control Interno				85.44%		

Nota. Elaboración propia

Asimismo, se procedió realizar el mismo procedimiento, pero utilizando como herramienta de soporte el Sistema de Medición del Nivel, de Madurez (SISMAD) de FONAFE. Según la evaluación realizada mediante la metodología aprobada por FONAFE, se alcanzó un nivel de implementación de 85,44% calificado como “Avanzado”.

Figura 15

Nivel, de Madurez 2021 del SCI - SISMAD



Nota. Tomado de la Plataforma del Sistema de Medición del Nivel, de Madurez de FONAFE.

5.1.11. Acción N° 11: Desarrollo de Informe de Evaluación y remisión de resultados a FONAFE para dar inicio al proceso de validación:

Una vez obtenidos los resultados descritos en el numeral previo, evaluados y medidos con base en la metodología establecida en el manual corporativo de la metodología actualizada establecida por FONAFE, se desarrolló el “Informe de Evaluación del Sistema, de Control Interno (SCI) al segundo semestre del ejercicio 2021”, el cual fue aprobado con Acuerdo de Directorio, el cual fue establecido en Sesión N° 001/2022-EGASA.

El citado informe y su respectivo Acuerdo de Directorio, fue remitido a FONAFE mediante el Sistema de Intercambio Electrónico de Documentos (SIED), con documento “Oficio SIED Nro. 005-2022/GG/EGASA/EGASA”, con el objetivo que FONAFE, tome conocimiento de los resultados obtenidos al cierre del ejercicio 2021 e inicie con el proceso de validación de información y evidencias. Al respecto, se detalla el Oficio SIED respectivo:

Figura 16

Remisión Informe de Evaluación a FONAFE



OFICIO SIED Nro. 005-2022/GG/EGASA/EGASA

EGASA

Energía con Responsabilidad Social

GG-0007 / 2022-EGASA

Arequipa, 11 de enero de 2022

Señora
Lorena Masías Quiroga
Directora Ejecutiva
FONDO NACIONAL DE FINANCIAMIENTO DE LA
ACTIVIDAD EMPRESARIAL DEL ESTADO - FONAFE
Av. Paseo de la República Nro. 3121 - San Isidro
Lima

Asunto : REMISIÓN INFORME EJECUTIVO DE EVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO - SCI AL SEGUNDO
SEMESTRE DEL EJERCICIO 2021

Referencia : Lineamiento Corporativo: "Sistema de Control Interno
para las empresas bajo el ámbito de FONAFE".

De mi consideración :

En cumplimiento a lo dispuesto en la Directiva Corporativa de Gestión Empresarial, aprobada mediante Acuerdo de Directorio Nro. 003-2018/006/FONAFE, publicada con fecha 26 de junio de 2018 y sus modificatorias, así como a lo dispuesto en el Lineamiento Corporativo de la referencia, es grato hacerle llegar dentro del plazo establecido la siguiente documentación:

- ACUERDO DE DIRECTORIO DE LA EMPRESA QUE APRUEBA EL MENCIONADO INFORME EJECUTIVO, ADOPTADO EN SESIÓN NRO. 001/2022-EGASA, DE FECHA 11 DE ENERO DE 2022.
- INFORME EJECUTIVO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - SCI AL SEGUNDO SEMESTRE DEL EJERCICIO 2021 CON SUS RESPECTIVOS ANEXOS.

Asimismo, hacemos de su conocimiento que se ha cargado la información y documentación a la Plataforma SISMAD, según las instrucciones impartidas por nuestro Organismo para tal fin.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle mi cordial saludo.

Atentamente,

LUIS SALAS PALACIOS
GERENTE GENERAL
(Documento firmado digitalmente)

Nota. Tomado del Sistema de Trámite Documentario Onbase.

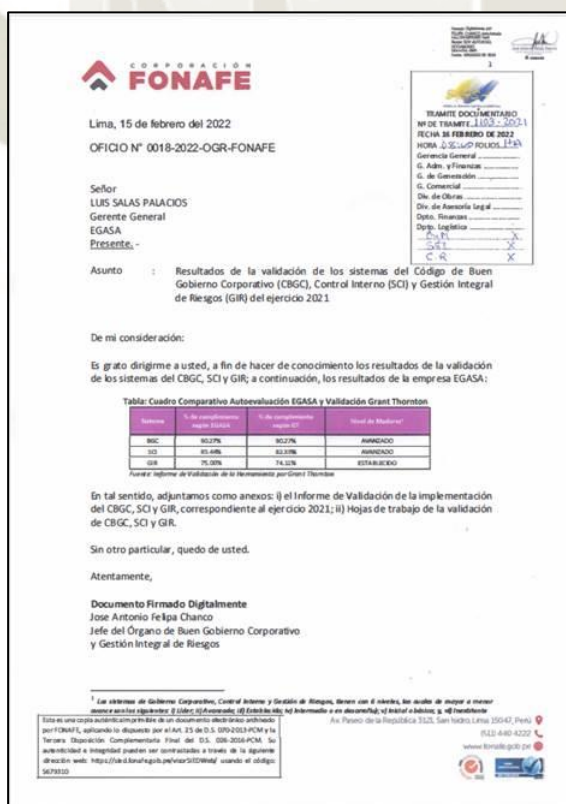
5.1.12. Acción N° 12: Recepción del Informe de Validación de FONAFE:

FONAFE mediante un proceso de selección bajo lo establecido en la Ley de Contrataciones del Estado (LCE) correspondiente, realizó el concurso para el servicio para el proceso de validación de las evidencias de sustento del Nivel de Madurez del Sistema de Control Interno, para todas las Empresas bajo su ámbito.

Al respecto, la entidad encargada del proceso de validación y ganadora de la Buena Pro del Concurso Público fue la empresa Grant Thornton Perú, la cual llevó el proceso de validación, en permanente coordinación y consulta con EGASA. En razón de ello, FONAFE mediante OFICIO N° 0018-2022-OGR-FONAFE, de fecha 15 de febrero remitió los resultados de la validación del Sistema, de Control Interno (SCI), el cual contuvo el respectivo sustento sobre las variaciones efectuadas por su empresa consultora Grant Thornton.

Figura 17

Remisión Informe de Evaluación a FONAFE



CORPORACIÓN FONAFE

Lima, 15 de febrero del 2022

OFICIO N° 0018-2022-OGR-FONAFE

Señor
LUIS SALAS PALACIOS
Gerente General
EGASA
Presente, -

Asunto : Resultados de la validación de los sistemas del Código de Buen Gobierno Corporativo (CBGC), Control Interno (SCI) y Gestión Integral de Riesgos (GIR) del ejercicio 2021.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, a fin de hacer de conocimiento los resultados de la validación de los sistemas del CBGC, SCI y GIR, a continuación, los resultados de la empresa EGASA:

Tabla: Cuadro Comparativo Autoevaluación EGASA y Validación Grant Thornton

Sistema	% de cumplimiento según EGASA	% de cumplimiento según GT	Nivel de Madurez
CBGC	80.00%	80.00%	ADecuado
SCI	85.49%	85.49%	ADecuado
GIR	76.00%	74.12%	ESTABLECIDO

En tal sentido, adjuntamos como anexos: i) el Informe de Validación de la implementación del CBGC, SCI y GIR, correspondiente al ejercicio 2021; ii) Hojas de trabajo de la validación de CBGC, SCI y GIR.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Documento Firmado Digitalmente
Jose Antonio Velazco Chanco
Jefe del Órgano de Buen Gobierno Corporativo
y Gestión Integral de Riesgos

El sistema de Gobierno Corporativo, Control Interno y Gestión de Riesgos, tiene un nivel de madurez, los cuales se mejoran a menor medida al mejorar el nivel de cumplimiento del sistema de gobierno corporativo y de gestión de riesgos, y el nivel de madurez del sistema de gobierno corporativo, control interno y gestión de riesgos, se mejoran a menor medida al mejorar el nivel de cumplimiento del sistema de gobierno corporativo y de gestión de riesgos, y el nivel de madurez del sistema de gobierno corporativo, control interno y gestión de riesgos, se mejoran a menor medida al mejorar el nivel de cumplimiento del sistema de gobierno corporativo y de gestión de riesgos.

Este es un copia autenticada por el sistema de firma digital de la Universidad Católica de Santa María, emitida por el sistema de firma digital de la Universidad Católica de Santa María, emitida por el sistema de firma digital de la Universidad Católica de Santa María.

Nota. Tomado del Sistema de Trámite Documentario Onbase

5.1.13. Acción N° 13: Análisis del Informe de Validación:

En razón al Informe de Validación proporcionado por FONAFE, se realizó el análisis respectivo sobre las variaciones efectuadas en el proceso llevado a cabo por la consultora Grant Thornton. Es por ello, que se realizó el Informe respectivo a la Gerencia General, para sustentar dichas variaciones.

Seguidamente se presentan los resultados de la validación efectuada por Grant Thornton en representación de FONAFE en la Tabla 17, comparados con los determinados por EGASA en la autoevaluación del SCI al 31 de diciembre de 2021:

Tabla 17

Validación Grant Thornton Nivel de Madurez del SCI al 2021 (Metodología Actualizada)

Componente	Nombre	% de cumplimiento según EGASA	% de cumplimiento según GT	Variación
Componente 1	Entorno de Control	93.18%	81.82%	11.36%
Componente 2	Evaluación de Riesgos	82.14%	82.14%	0.00%
Componente 3	Actividades de Control	80.36%	73.21%	7.14%
Componente 4	Información y Comunicación	92.86%	92.86%	0.00%
Componente 5	Actividades de Supervisión	85.00%	85.00%	0.00%
Total		85.44%	83.24%	2.20%

Nota. Elaboración propia

A nivel general, las variaciones en la validación del Sistema, de Control Interno de EGASA, no afectan el nivel que se sitúa como “Avanzado”, teniendo una variación general del 2.20% entre el puntaje autoevaluado y el puntaje validado por la consultora Grant Thornton, no considerándose una variación o desviación significativa con relación al Nivel, de Madurez en EGASA. Asimismo, se detalla gráficamente en la Imagen 20.

Figura 18

Gráfico Comparativo Autoevaluación y Validación del SCI (Metodología Actualizada)



Nota. Elaboración propia

Con ello, se culmina el experimento, enmarcado en la Implementación del Manual Corporativo: “Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC” en EGASA.

Al respecto, la ejecución de dicho Plan de Acción, ha estado comprendida en el espacio temporal de los meses de setiembre de 2021, hasta febrero de 2022, según se detalla en la Tabla 18 expuesta a continuación:

Figura 19

Diagrama Gantt - Ejecución Plan de Acción de Implementación Metodología Actualizada

Sigla	Actividad Desarrollada	Vinculancia	Inicio	Fin	2021				2022	
					Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
A	Análisis Manual Corporativo Actualizado vs Desactualizado	-	15/09/2021	25/09/2021						
B	Capacitación al personal de la Entidad	-	5/10/2021	6/10/2021						
C	Identificación de responsables de atención de las preguntas.	A	1/10/2021	27/10/2021						
D	Creación de repositorio digital clasificado	A	1/11/2021	5/11/2021						
E	Inducción individualizada a las Gerencias y Jefaturas responsables	B, C	28/10/2021	30/11/2021						
F	Gestión de Comunicación para designar y disponer el llenado	A, B, C, D, E	1/12/2021	15/12/2021						
G	Medición preliminar del Nivel de Madurez del SCI	F	16/12/2021	27/12/2021						
H	Evaluación de validez preliminar del Nivel de Madurez	G	28/12/2021	28/12/2021						
I	Gestión de Comunicación oficial para sustentación de evidencias	F	29/12/2021	2/01/2022						
J	Medición Oficial del Nivel de Madurez del SCI	I	3/01/2022	11/01/2022						
K	Desarrollo de Informe de remisión de resultados a FONAFE	J	3/01/2022	11/01/2022						
L	Recepción del Informe de Validación de FONAFE.	K	15/02/2022	15/02/2022						
M	Análisis del Informe de Validación	L	16/02/2022	30/02/2022						

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO VI

6. Resultados

6.1. Confiabilidad y Validez del Instrumento

6.1.1. *Confiabilidad del Instrumento*

El Nivel de Confiabilidad del instrumento ha sido elaborada mediante una estrategia de Test - Retest, la cual ha consistido en determinar la consistencia de los resultados, desarrollando el mismo cuestionario a los mismos sujetos en dos momentos diferentes.

Para ello, se establecieron dos hitos de evaluación del instrumento, que en el presente caso está representado por un cuestionario preguntas, con parámetros del 0 al 4 cada pregunta respectivamente, los cuales han estado representados de la siguiente manera:

- Momento 1: Aplicación de la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno - 28 de diciembre de 2021. (Variable X)
- Momento 2: Aplicación y documentación de evidencias de la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno - 11 de enero de 2022. (Variable Y)

En razón a lo antes citado, se realizó una comparación de Test - Retest efectuada al puntaje obtenido en las cincuenta y un (51) preguntas de la Herramienta Integrada de Evaluación del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno, bajo un criterio estadístico del coeficiente de relación de Pearson, representado por la siguiente fórmula:

$$\frac{(n * \sum XY) - (\sum x * \sum y)}{\sqrt{n * \sum x^2 - (\sum x)^2} * \sqrt{n * \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

- X : Datos de la primera variable
Y : Datos de la segunda variable
n : Número de datos

Bajo dicha premisa, se realizó el cálculo del Coeficiente de Correlación Pearson, comparando las dos (2) escalas de datos obtenidas producto de los dos (2) momentos de evaluación de la misma herramienta y a los mismos sujetos, según se detalla:

Tabla 18

Confiabilidad Test – Retest, Correlación Pearson (Metodología Actualizada)

Código	Criterio Cuestionario	X	Y	X^2	Y^2	X*Y
PC01	Código de Ética	4	4	16	16	16
PC02	Violaciones al Código de Ética	4	4	16	16	16
PC03	Conformación de Comités Especiales (1)	4	4	16	16	16
PC04	Conformación de Comités Especiales (2)	4	4	16	16	16
PC05	Alineamiento de Objetivos	4	4	16	16	16
PC06	Mapeo de procesos	3	4	9	16	12
PC07	Procesos críticos / priorizados	3	2	9	4	6
PC08	Indicadores de procesos	1	1	1	1	1
PC09	Indicadores de los Sistemas	1	1	1	1	1
PC10	Riesgos de procesos	2	2	4	4	4
PC11	Dueños de procesos sus riesgos	3	4	9	16	12
PC12	Comité de Riesgos	4	4	16	16	16
PC13	Identificación y análisis del Riesgo (1)	4	4	16	16	16
PC14	Identificación y análisis del Riesgo (2)	3	4	9	16	12
PC15	Evaluación de riesgos	4	4	16	16	16
PC16	Análisis de Riesgos	4	4	16	16	16
PC17	Apetito de Riesgo	0	1	0	1	0
PC19	Evaluación de riesgo de fraude	4	4	16	16	16
PC20	Personas expuestas a riesgo de fraude	1	1	1	1	1
PC21	Incentivos y recompensas	4	4	16	16	16
PC22	Plan de Sucesión	0	0	0	0	0
PC23	Auditoría Interna	4	4	16	16	16
PC24	Continuidad Operativa	1	1	1	1	1
SCI01	Sistema de Integridad	4	4	16	16	16
SCI02	Estructura, autoridad y responsabilidades	4	4	16	16	16
SCI03	De la gestión del personal	3	4	9	16	12
SCI04	Asignación de responsabilidades	4	4	16	16	16
SCI05	Conocimiento de las responsabilidades	3	4	9	16	12
SCI06	Especifica Objetivos adecuados	3	4	9	16	12
SCI07	Presupuesto	3	4	9	16	12
SCI08	Identificación de cambios significativos	2	2	4	4	4
SCI09	Comunicación de Factores Internos	4	4	16	16	16
SCI10	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	4	4	16	16	16
SCI11	Integridad de la Información	3	3	9	9	9
SCI12	Evaluación y actualización de políticas	4	4	16	16	16

Código	Criterio Cuestionario	X	Y	X^2	Y^2	X*Y
SCI13	Selección y desarrollo de controles generales	2	2	4	4	4
SCI14	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	4	4	16	16	16
SCI15	Gestión de TIC (1)	4	4	16	16	16
SCI16	Gestión de TIC (2)	3	4	9	16	12
SCI17	Seguridad de la Información	3	3	9	9	9
SCI18	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	3	3	9	9	9
SCI19	Información relevante	3	3	9	9	9
SCI20	Comunicación Interna (1)	4	4	16	16	16
SCI21	Comunicación Externa (1)	4	4	16	16	16
SCI22	Comunicación Interna (2)	3	4	9	16	12
SCI23	Comunicación Externa (2)	4	4	16	16	16
SCI24	Evaluaciones externas	4	4	16	16	16
SCI25	Evaluaciones continuas e independientes	4	4	16	16	16
SCI26	Evalúa y comunica deficiencias	4	4	16	16	16
SCI27	Auditoría Interna (1)	1	1	1	1	1
SCI28	Auditoría Interna (2)	3	4	9	16	12
Sumatorias Σ		160	170	568	634	595

Nota. Elaboración propia

En base a la Tabla 18 y de acuerdo a los datos establecidos en la tabla previa, así como la aplicación de la fórmula respectiva del Coeficiente de Correlación Pearson, se obtuvo el siguiente resultado:

$$\frac{(51 * 595) - (160 * 170)}{\sqrt{(51 * 568) - (160)^2} * \sqrt{51 * 634 - (170)^2}}$$

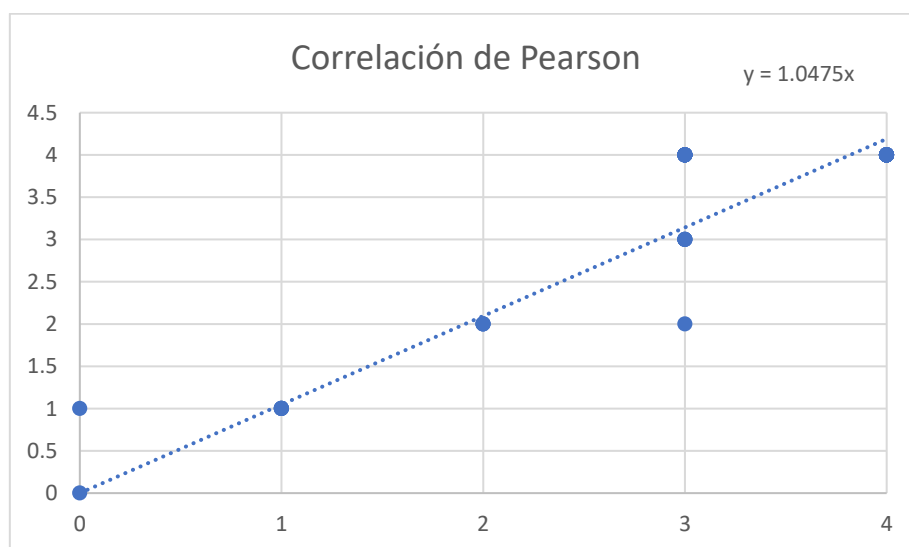
$$\frac{3145}{58.03447251 * 58.6003413}$$

**Coeficiente de
Correlación Pearson**

0.9247716

Figura 20

Gráfico Coeficiente de Correlación Pearson (Confiabilidad Instrumento)



Nota. Elaboración propia

En resultado obtenido mediante la prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson, se enmarca en los siguientes criterios de interpretación:

- ≥ 0 y $\leq 0,10$: correlación inexistente
- $\geq 0,11$ y $\leq 0,29$: correlación débil
- $\geq 0,31$ y $\leq 0,50$: correlación moderada
- $\geq 0,51$ y $\leq 1,00$: correlación fuerte

En razón a los parámetros de interpretación antes detallados, así como del resultado obtenido mediante la Prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson de **0.925**, se establece que la correlación entre las dos (2) variables evaluadas es Positiva Alta, lo que determina al instrumento utilizado para la presente investigación como confiable.

6.1.2. Validez del Instrumento

El Nivel de Validez del instrumento ha sido elaborada mediante el método de Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) del autor Hernández-Nieto, el cual permite valorar el grado de validez respectiva, en razón al juicio de expertos, que según recomendación del autor debe estar entre tres (3) y cinco (5) expertos.

En razón de ello, se puso en conocimiento el Instrumento denominado “Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno” de tres (3) expertos de distintas empresas, especialistas en relación a Control Interno, así como con conocimientos de metodología de la Investigación. Al respecto, se realizó una explicación del funcionamiento del mismo.

Una vez inducido a los expertos en el funcionamiento del instrumento, se solicitó la calificación en una escala del 1 al 5 para cada uno de los ítems (Que en el presente caso representan las cincuenta y un (51) preguntas del cuestionario de Evaluación del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno), cuya interpretación es la siguiente:

- Calificación 1: Inaceptable
- Calificación 2: Deficiente
- Calificación 3: Regular
- Calificación 4: Bueno
- Calificación 5: Excelente

Asimismo, se ha establecido cuatro (4) criterios, sobre los cuales evaluar cada ítem establecido en el instrumento, según se detalla a continuación:

- Criterio 1: Coherencia del Ítem
- Criterio 2: Claridad de la información
- Criterio 3: Validez de la escala de valoración
- Criterio 4: Relevancia del aspecto abordado

Al respecto, cada uno de los expertos realizó la calificación bajo los criterios y escala de puntuación antes citada y el detalla de dicha evaluación individual se encuentra como Anexo N° 2 en la presente investigación.

En base a dicha información, se realizó la aplicación de la fórmula respectiva del Método de Coeficiente de Validez del Contenido (CVC) para cada ítem evaluado, según se detalla:

$$CVC = CVCi - Pei$$

$$CVCi = \frac{Mx}{Vmáx}$$

y;

$$Pei = \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

Donde:

CVCi : Coeficiente de Validez del Contenido de cada ítem.

Mx : Media de las puntuaciones otorgadas por los expertos.

Vmáx: Puntuación máxima con la que el ítem podría ser calificado.

Pei : Error asignado a cada ítem.

j : N° de expertos.

Una vez obtenido el Coeficiente de Validez de Contenido de cada ítem, se procedió a sacar la media de los cincuenta y un (51) ítems de estudio, representados por las preguntas del cuestionario respectivo.

El detalle de la aplicación de las fórmulas antes citadas, se encuentran en la Tabla 19, según se muestra a continuación:

Tabla 19

Método de Validación del Instrumento de Coeficiente de Validez

Ítem	Expertos			V Max	Mx	CVCi	Pei	CVC
	C. C.	H.R.	M.V.					
PC01	19	19	17	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC02	19	20	16	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC03	20	14	19	20	17.67	0.883	0.037	0.846
PC04	17	19	19	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC05	20	17	19	20	18.67	0.933	0.037	0.896
PC06	19	19	20	20	19.33	0.967	0.037	0.930
PC07	18	18	19	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC08	18	16	18	20	17.33	0.867	0.037	0.830
PC09	19	19	17	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC10	20	20	15	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC11	18	16	17	20	17.00	0.850	0.037	0.813
PC12	17	17	15	20	16.33	0.817	0.037	0.780

Ítem	Expertos			V Max	Mx	CVCi	Pei	CVC
	C. C.	H.R.	M.V.					
PC13	18	18	16	20	17.33	0.867	0.037	0.830
PC14	19	19	17	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC15	18	19	15	20	17.33	0.867	0.037	0.830
PC16	19	19	18	20	18.67	0.933	0.037	0.896
PC17	14	20	17	20	17.00	0.850	0.037	0.813
PC19	15	20	20	20	18.33	0.917	0.037	0.880
PC20	17	16	17	20	16.67	0.833	0.037	0.796
PC21	18	17	16	20	17.00	0.850	0.037	0.813
PC22	19	19	19	20	19.00	0.950	0.037	0.913
PC23	19	19	19	20	19.00	0.950	0.037	0.913
PC24	20	20	20	20	20.00	1.000	0.037	0.963
SCI01	19	19	19	20	19.00	0.950	0.037	0.913
SCI02	19	17	19	20	18.33	0.917	0.037	0.880
SCI03	19	19	19	20	19.00	0.950	0.037	0.913
SCI04	20	20	20	20	20.00	1.000	0.037	0.963
SCI05	20	20	19	20	19.67	0.983	0.037	0.946
SCI06	20	17	19	20	18.67	0.933	0.037	0.896
SCI07	20	20	20	20	20.00	1.000	0.037	0.963
SCI08	18	18	18	20	18.00	0.900	0.037	0.863
SCI09	17	17	16	20	16.67	0.833	0.037	0.796
SCI10	16	18	16	20	16.67	0.833	0.037	0.796
SCI11	19	19	16	20	18.00	0.900	0.037	0.863
SCI12	19	19	17	20	18.33	0.917	0.037	0.880
SCI13	19	19	16	20	18.00	0.900	0.037	0.863
SCI14	20	20	19	20	19.67	0.983	0.037	0.946
SCI15	19	19	19	20	19.00	0.950	0.037	0.913
SCI16	18	18	20	20	18.67	0.933	0.037	0.896
SCI17	17	17	19	20	17.67	0.883	0.037	0.846
SCI18	15	15	19	20	16.33	0.817	0.037	0.780
SCI19	17	17	17	20	17.00	0.850	0.037	0.813
SCI20	17	18	16	20	17.00	0.850	0.037	0.813
SCI21	16	17	18	20	17.00	0.850	0.037	0.813
SCI22	18	17	15	20	16.67	0.833	0.037	0.796
SCI23	16	17	18	20	17.00	0.850	0.037	0.813
SCI24	18	18	18	20	18.00	0.900	0.037	0.863
SCI25	17	17	17	20	17.00	0.850	0.037	0.813
SCI26	17	20	15	20	17.33	0.867	0.037	0.830
SCI27	18	17	17	20	17.33	0.867	0.037	0.830
SCI28	16	20	17	20	17.67	0.883	0.037	0.846
Coeficiente de Validez de Contenido (CVC)								0.864

Nota. *Elaboración propia*

El resultado obtenido luego de la aplicación de las fórmulas respectivas, ha sido evaluado en razón a los siguientes parámetros de puntaje obtenido:

- < 0.60 : Valoración Inaceptable
- ≥ 0.61 y ≤ 0.70 : Valoración Deficiente
- ≥ 0.71 y ≤ 0.80 : Valoración Aceptable

- ≥ 0.81 y ≤ 0.90 : Valoración Buena
- ≥ 0.91 y ≤ 1.00 : Valoración Excelente

En razón al resultado obtenido del Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) de **0.864**, se interpreta que la Validez del Instrumento es “Buena”.

6.2. Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 1

El objetivo específico, ha estado enfocado en realizar un diagnóstico de la metodología que viene para la operación y evaluación del Sistema de Control Interno para evaluar su vigencia.

Al respecto, luego de la recopilación de información y documentación respectiva, se tiene el siguiente diagnóstico, presentado en la Tabla 20, de la operatividad de la Entidad antes de efectuarse el experimento planteado en la investigación:

Tabla 20

Diagnóstico SCI 2021 (Metodología Desactualizada)

Diagnóstico Sistema, de Control Interno EGASA, 2021				
N°	Criterio	Diagnóstico	(X / ✓)	%
1	Marco Normativo Utilizado:	Manual Corporativo: Guía para la Evaluación del Sistema, de Control Interno - FONAFE, 2015	X	
2	Estado de la Normativa:	Derogada	X	
3	Marco Normativo Referencial:	COSO 2013	✓	
4	Instrumento de Medición:	Herramienta Automatizada de Evaluación del Sistema, de Control Interno	X	
5	Componentes:	Cinco (5) Componentes de Control Interno	✓	
6	Principios:	Diecisiete (17) Principios de Control Interno	✓	
7	Puntos de Interés:	Ciento Treinta y cinco (135) puntos de Interés	✓	
8	Parámetros de Calificación:	Siete (7) parámetros de calificación.	X	
9	Puntaje Máximo por Punto de Interés	Cinco (5) es el puntaje máximo por punto de interés.	X	
10	Responsable:	Gerencia Comercial (presidente del Equipo Evaluador del Sistema de Control Interno).	X	
11	Método de recopilación documental:	Coordinaciones y solicitudes individuales.	X	
12	Método de Validación	Carga de documentación a Link One Drive	X	
13	Organismo Validador	Funcionarios de FONAFE	X	
Criterios Vigentes			4	30.77%
Criterios Obsoletos			9	69.23%
Total, de Criterios			13	

Nota. Elaboración propia

Como se detalla en la Tabla 20 y luego de realizar la observación documental que obra en la Entidad, se ha determinado criterios relevantes para determinar la vigencia de la normativa utilizada por EGASA, en relación al marco metodológico actualizado, puesto en conocimiento por FONAFE.

En razón a ello, se determinó que el 69.23% de los criterios relevantes de la Normativa utilizada en EGASA se encuentra obsoleta y que el 30.77% de los criterios se encuentran vigentes.

Dicho resultado detalla que los aspectos que guardan vigencia respecto al marco normativo actualizado, están enfocados en el marco metodológico internacional que usan de referencia ambas normativas, el cual es COSO 2013.

6.2.1 Contrastación de la Hipótesis N° 1

H_1 : Es probable que; la metodología que viene utilizando EGASA para la evaluación del Sistema, no se encuentre vigente para su operación.

H_0 : Es probable que; la metodología que viene utilizando EGASA para la evaluación del Sistema, se encuentre vigente para su operación.

De acuerdo a los resultados obtenidos respecto a la vigencia de la normativa, se puede observar que la metodología desactualizada, solo cuenta con un 30.77% de criterios vigentes respecto a la normativa actualizada, razón por la cual, la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1).

6.3 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 2

El objetivo específico, ha estado enfocado en implementar un plan de acción, para operativizar la gestión administrativa de evaluación del Sistema de Control Interno al cierre del ejercicio 2021 con la metodología actualizada de FONAFE.

Al respecto, se programaron trece (13) actividades, las cuales se establecieron en un plan de acción, bajo el criterio de operativización del proceso de implementación del Sistema, de Control Interno, el cual se encontraba operando bajo la metodología desactualizada de FONAFE, en razón de ella se desarrolló la Tabla 21, la cual detalla el nivel de ejecución (Status) de cada actividad, así como la fecha de implementación de cada una de ellas:

Tabla 21
Nivel de Cumplimiento Plan de Acción de Implementación

N°	Actividades Programadas	Status	Ejecución
1	Análisis Manual Corporativo: "Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS, y BGC".	Ejecutado	25/09/2021
2	Capacitación y al personal de la Entidad sobre las exigencias del Marco Metodológico actualizado propuesto por FONAFE.	Ejecutado	6/10/2021
3	Identificación de responsables de atención de las preguntas del Cuestionario denominado "Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno".	Ejecutado	27/10/2021
4	Creación de repositorio digital clasificado, para la carga de documentación de sustento de las preguntas de la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno.	Ejecutado	5/11/2021
5	Inducción individualizada a las Gerencias y Jefaturas responsables de documentar la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno.	Ejecutado	30/11/2021
6	Gestión de Comunicación para designar y disponer el llenado de información y documentación a los responsables identificados.	Ejecutado	15/12/2021
7	Medición preliminar del Nivel, de Madurez al cierre del ejercicio 2021.	Ejecutado	27/12/2021
8	Evaluación de validez preliminar de información y documentación proporcionada para la medición del Nivel, de Madurez con la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno.	Ejecutado	28/12/2021
9	Gestión de Comunicación para solicitar el llenado oficial de información y documentación a los responsables identificados para remisión a FONAFE.	Ejecutado	2/01/2022
10	Medición Oficial del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno con la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021.	Ejecutado	11/01/2022
11	Desarrollo de Informe de remisión de resultados a FONAFE para dar inicio al proceso de validación.	Ejecutado	11/01/2022
12	Recepción del Informe de Validación de FONAFE.	Ejecutado	15/02/2022
13	Análisis del Informe de Validación.	Ejecutado	30/02/2022
N° de Actividades Programadas		13	100.00%
N° de Actividades No Ejecutadas		0	0.00%
Total, de Actividades		13	

Nota. Elaboración propia

De acuerdo a la Tabla 21, se identificaron actividades de implementación, las cuales permitan operativizar la implementación de la Metodología de Medición del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021, las cuales se ejecutaron el 100% de acuerdo a lo programado para dicho fin, las cuales permitieron operativizar la determinación el Nivel de Madurez del Sistema, con la metodología actualizada al cierre del ejercicio 2021.

6.3.1 Contratación de la Hipótesis N° 2

H_1 : Es probable que; se implementen acciones para poder operativizar la actualización del Proceso del Sistema de Control Interno hacia la metodología actualizada.

H_0 : Es probable que; no se implementen acciones para poder operativizar la actualización del Proceso del Sistema de Control Interno hacia la metodología actualizada.

De acuerdo a los resultados obtenidos respecto a la vigencia de la normativa y a las actividades de implementación ejecutadas al 100%, para poder realizar la medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021, la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1).

6.4 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 3

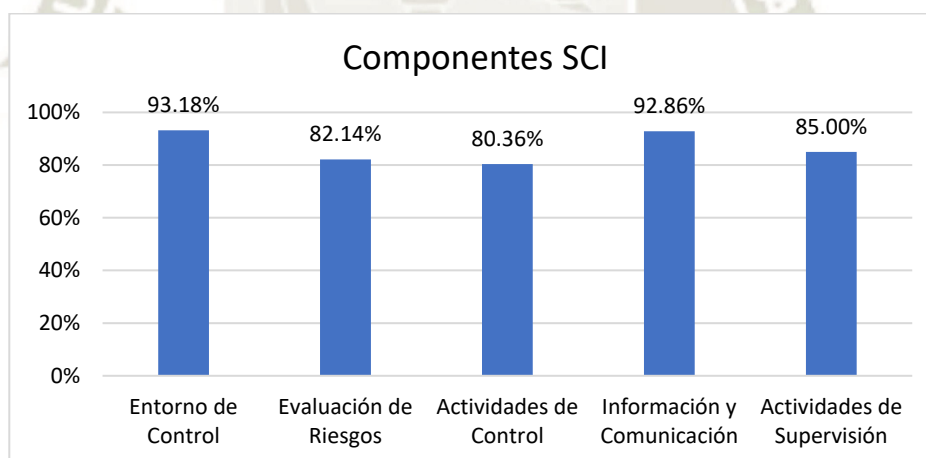
El objetivo específico, ha estado enfocado en Determinar el Nivel, de Madurez de los de los cinco (5) Componentes de Control Interno, denominados “Entorno de Control”, “Evaluación de Riesgos”, “Actividades de Control”, “Información y Comunicación” y “Actividades de Supervisión”.

En el cuadro siguiente se muestra el puntaje obtenido por componente al cierre del segundo semestre del ejercicio 2021, con la validación respectiva efectuada por Grant Thornton en representación de FONAFE.

Tabla 22
Nivel, de Madurez por Componente (Metodología Actualizada)

Descripción Detalle Clase	Puntaje Máximo	Puntaje Obtenido	Nivel de Cumplimiento	Nivel, de Madurez
Entorno de Control	44	36	81.82%	Avanzado
Evaluación de Riesgos	56	46	82.14%	Avanzado
Actividades de Control	56	41	73.21%	Establecido
Información y Comunicación	28	26	92.86%	Avanzado
Actividades de Supervisión	20	17	85.00%	Avanzado

Nota. Elaboración propia

Figura 21
Gráfico Nivel, de Madurez por Componente (Metodología Actualizada)


Nota. Elaboración propia

Respecto a la implementación del componente Entorno de Control, se alcanzó un nivel de 93.18% que se sitúa como “Establecido” se debe a que se tienen fortalezas en la función de organización, en el compromiso con la integridad dentro la entidad y en el uso de valores éticos acordes a las competencias de los profesionales.

Con relación a la implementación del componente Evaluación de Riesgos, se alcanzó un nivel de 82.14% que lo sitúa como “Avanzado”, se explica en razón a la existencia de una metodología de Gestión de Riesgos y elementos de estructura como son el MOF, ROF, Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos y mitigación de riesgos de procesos críticos.

Respecto a la implementación del componente Actividades de Control, se alcanzó un nivel del 73.21% que lo sitúa como “Establecido”, se debe se cuenta con un mapa de políticas y procedimientos, el desarrollo de actividades de control operativas y sobre tecnología.

Con relación a la implementación del componente Información y Comunicación, se alcanzó un nivel del 92.86% que se sitúa como “Avanzado”, se encuentra sustentado por la gestión integrada de información y comunicación a nivel estratégico y operativo.

En lo referente a la implementación del componente de Actividades de Supervisión, se alcanzó un nivel de 85.00% que se sitúa como “Avanzado”, se debe a que la autoevaluación que se realiza a nivel de dueños de procesos respecto al sistema, así como la formalización e integración de la actividad de autoevaluación continua de los aspectos del sistema, transversalmente a toda la entidad.

6.4.1 Contrastación de la Hipótesis N° 3

H_1 : Es probable que, los cinco (5) componentes de control interno, de acuerdo a la metodología actualizada, se encuentren en un Nivel de Madurez entre “Establecido” y “Avanzado”.

H_0 : Es probable que, los cinco (5) componentes de control interno, de acuerdo a la metodología actualizada, no se encuentren en un Nivel de Madurez entre “Establecido” y “Avanzado”.

De acuerdo a los resultados obtenidos respecto al Nivel de Madurez de los Componentes del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021, los cuales se encuentran en niveles entre “Establecido” y “Avanzado” la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1).

6.5 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 4

El objetivo específico, ha estado enfocado en determinar diferencias entre la normativa actualizada y desactualizada del Sistema, de Control Interno. Al respecto, en razón a que los cuestionarios de medición del Nivel de Madurez del Sistema, no cuentan con concordancia en número, ni en criterios respectivamente, se tomó como base comparativa homóloga, los puntajes obtenidos en los diecisiete (17) Principios de Control Interno, los cuales componen la evaluación para ambas metodologías de evaluación.

En razón de ello, en base a los resultados obtenidos durante la investigación pre y post test, se ha determinado si dichas metodologías cuentan con diferencias significativas y el nivel de correlación respectivo según se detalla:

6.5.1 *Prueba de Normalidad de las muestras*

Para la presente prueba, se tomó el puntaje de nivel de implementación de cada uno de los diecisiete (17) Principios de Control Interno según se detalla en la Tabla 23:

Tabla 23

Resultados Obtenidos Metodología Desactualizada y Actualizada

Principios	Metodología Desactualizada	Metodología Actualizada
Principio 01	100.00%	79.17%
Principio 02	83.33%	90.00%
Principio 03	100.00%	50.00%
Principio 04	64.44%	62.50%
Principio 05	85.00%	70.00%
Principio 06	95.00%	75.00%
Principio 07	89.23%	82.14%
Principio 08	80.00%	50.00%
Principio 09	80.00%	75.00%
Principio 10	80.00%	71.43%
Principio 11	86.15%	70.83%
Principio 12	60.00%	62.50%
Principio 13	76.00%	87.50%
Principio 14	82.00%	91.67%
Principio 15	100.00%	100.00%
Principio 16	67.50%	75.00%
Principio 17	88.57%	65.00%

Nota. Elaboración propia

En razón de ello, se estableció la hipótesis respectiva para el desarrollo de una prueba de normalidad, la cual ha permitido validar si los datos en evaluación tienen una distribución normal, o en su caso, no cuentan con una distribución normal, según se detalla:

- H_0 : Los Principios provienen de una Distribución Normal.
- H_1 : Los Principios no provienen de una Distribución Normal.

En base a la hipótesis propuesta, se decidió utilizar la Prueba de Normalidad Shapiro Wilks, en razón a contar con una muestra comparativa menor a los cincuenta (50) datos, de acuerdo a lo detallado según (Tapia, Ernesto, Cevallos, & Lisse, 2021). Dicha prueba cuenta con la siguiente fórmula para su desarrollo respectivo:

$$W = \frac{\sum_{i=1}^k [a_i * (X_{mayor} - X_{menor})]^2}{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}$$

Donde:

a_i : Coeficiente de Contraste Shapiro

$\bar{X}$: Es la media muestral

X_{mayor} : Valor máximo de acuerdo al par correspondiente.

X_{menor} : Valor mínimo de acuerdo al par correspondiente.

X_i : Valor de la muestra, menos la media muestral.

En razón de lo expuesto, se estableció que la media, " X_i " y " X_i^2 " respectivamente para ambas metodologías como se detalla en las Tablas 24 y 25 respectivamente

Tabla 24

Media, Y_i y Y_i^2 para Prueba Shapiro Wilks (Metodología Desactualizada)

Metodología Desactualizada			
Principios	Valor	X_i (Media - V)	X_i^2
Principio. 12	0.6000	-0.2337	0.0546
Principio. 04	0.6444	-0.1893	0.0358
Principio. 16	0.6750	-0.1587	0.0252
Principio. 13	0.7600	-0.0737	0.0054
Principio. 08	0.8000	-0.0337	0.0011
Principio. 09	0.8000	-0.0337	0.0011
Principio. 10	0.8000	-0.0337	0.0011
Principio. 14	0.8200	-0.0137	0.0002
Principio. 02	0.8333	-0.0004	0.0000
Principio. 05	0.8500	0.0163	0.0003
Principio. 11	0.8615	0.0279	0.0008
Principio. 17	0.8857	0.0521	0.0027
Principio. 07	0.8923	0.0586	0.0034
Principio. 06	0.9500	0.1163	0.0135
Principio. 01	1.0000	0.1663	0.0277
Principio. 03	1.0000	0.1663	0.0277
Principio. 15	1.0000	0.1663	0.0277
Media	0.8337	Sumatoria	0.2283

Nota. Elaboración propia

Tabla 25

Media, Y_i y Y_i^2 para Prueba Shapiro Wilks (Metodología Actualizada).

Metodología Actualizada			
Principios	Valor	X_i (Media - V)	X_i^2
Principio 03	0.5000	-0.2398	0.0575
Principio 08	0.5000	-0.2398	0.0575
Principio 04	0.6250	-0.1148	0.0132
Principio 12	0.6250	-0.1148	0.0132
Principio 17	0.6500	-0.0898	0.0081
Principio 05	0.7000	-0.0398	0.0016
Principio 11	0.7083	-0.0315	0.0010
Principio 10	0.7143	-0.0256	0.0007
Principio 06	0.7500	0.0102	0.0001
Principio 09	0.7500	0.0102	0.0001
Principio 16	0.7500	0.0102	0.0001
Principio 01	0.7917	0.0518	0.0027
Principio 07	0.8214	0.0816	0.0067
Principio 13	0.8750	0.1352	0.0183
Principio 02	0.9000	0.1602	0.0256
Principio 14	0.9167	0.1768	0.0313
Principio 15	1.0000	0.2602	0.0677
Media	0.7398	Sumatoria	0.3052

Nota. Elaboración propia

Asimismo, se procedió a realizar la identificación de los valores a_i , obtenidos de la tabla de Shapiro Wilks, adjunta como Anexo 5 a la presente investigación, así como los ocho (8) pares de límites superiores e inferiores, obtenidos en base a los valores de puntaje de los Principios de Control Interno. En razón a que son diecisiete (17) Principios, solo se puede formar ocho (8) pares de números de acuerdo al criterio. Asimismo, se calculó la diferencia de estos valores mayores (X_{mayor}) y menores (X_{menor}), así como su multiplicación con el factor Shapiro Wilks (a_i). De acuerdo a lo antes expuesto se desarrollaron las Tablas 26 y 27 según se detalla:

Tabla 26

Factor a_i , X_{mayor} , X_{menor} (Metodología Desactualizada)

Metodología Desactualizada					
Pares	a_i Shapiro	X_{Mayor}	X_{menor}	$XM-Xm$	$a_i*(XM-Xm)$
1	0.4968	1.000	0.600	0.400	0.199
2	0.3273	1.000	0.644	0.356	0.116
3	0.254	1.000	0.675	0.325	0.083
4	0.1988	0.950	0.760	0.190	0.038
5	0.1524	0.892	0.800	0.092	0.014
6	0.1109	0.886	0.800	0.086	0.010
7	0.0725	0.862	0.800	0.062	0.004
8	0.0359	0.850	0.820	0.030	0.001
				Sumatoria	0.4645
				Potencia ²	0.2158

Nota. Elaboración propia

Tabla 27

Factor a_i , X_{mayor} , X_{menor} (Metodología Actualizada)

Metodología Actualizada					
Pares	a_i Shapiro	X_{Mayor}	X_{menor}	$XM-Xm$	$a_i*(XM-Xm)$
1	0.4968	1.000	0.500	0.500	0.248
2	0.3273	0.917	0.500	0.417	0.136
3	0.254	0.900	0.625	0.275	0.070
4	0.1988	0.875	0.625	0.250	0.050
5	0.1524	0.821	0.650	0.171	0.026
6	0.1109	0.792	0.700	0.092	0.010
7	0.0725	0.750	0.708	0.042	0.003
8	0.0359	0.750	0.714	0.036	0.001
				Sumatoria	0.5449
				Potencia	0.2969

Nota. Elaboración propia

En razón a los resultados obtenidos, se realizó la operación de la fórmula teniendo los siguientes resultados:

- Metodología Desactualizada : $W = \frac{0.2158}{0.2283} = 0.945$
- Metodología Actualizada : $W = \frac{0.2969}{0.3052} = 0.973$

De acuerdo a los resultados obtenidos para ambas metodologías, Shapiro Wilks, establece el siguiente criterio para contrastar la hipótesis:

- H_1 : Los Principios provienen de una Distribución Normal.
- H_0 : Los Principios no provienen de una Distribución Normal.
- Si, $W < VC$: H_0 se rechaza
- Si, $W > VC$: H_0 se acepta

Para ello, con el objetivo de identificar el Valor Crítico (VC), se realiza la búsqueda del factor del Nivel de significación para el contraste de Shapiro Wilks, de acuerdo a la tabla detallada como Anexo 6 a la presenta investigación.

Al respecto, se ha determinado el uso de significancia del 0.05, emparejado con el número de datos que es diecisiete (17), el cual da un Valor Crítico de 0.892 para la Metodología desactualizada y la Metodología actualizada, ya que ambos cuentan con el mismo número de datos. Teniendo en cuenta ello se realiza la contrastación de los respectivos resultados:

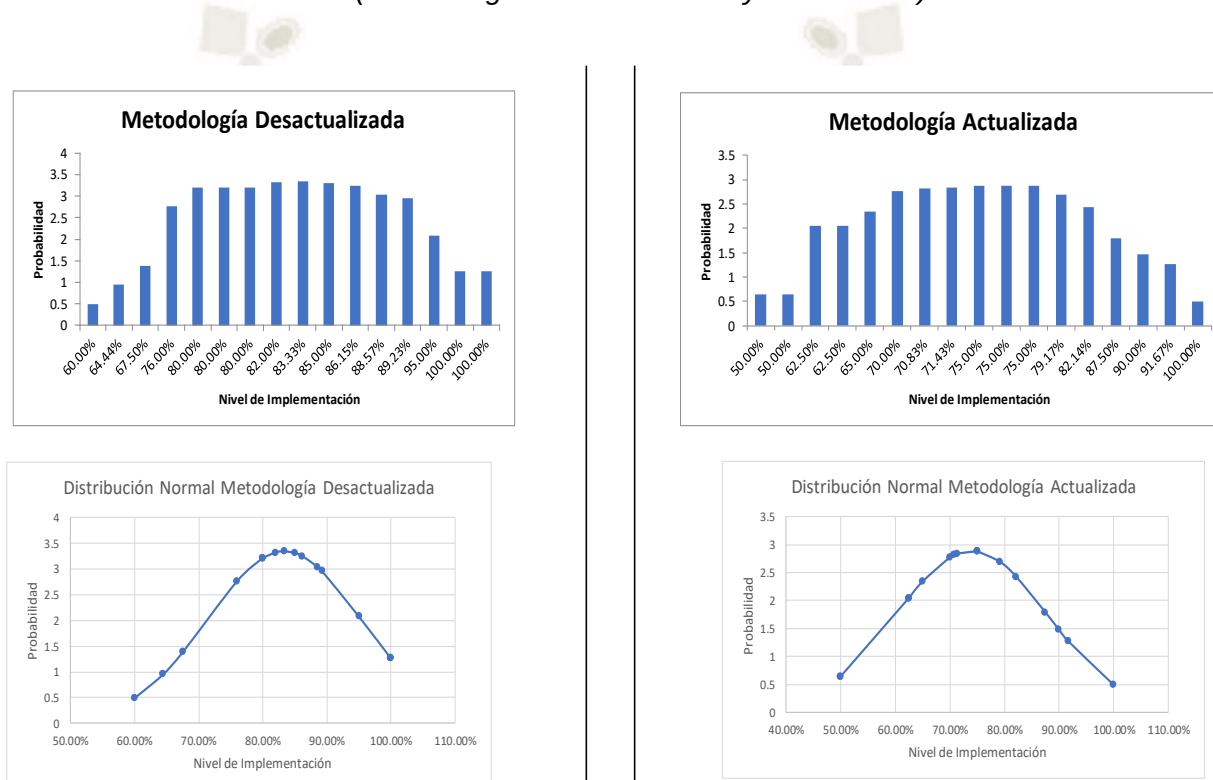
- Metodología Desactualizada : $W = 0.945 > 0.892$
- Metodología Actualizada : $W = 0.973 > 0.892$

En razón a que ambos valores son mayores que el valor de significancia utilizado y de acuerdo a la hipótesis respectiva, se determina aceptar la Hipótesis Alternativa, la cual detalla lo siguiente: " H_0 : Los Principios provienen de una Distribución Normal.", razón por la cual ambas metodologías cuentan con un Principio. de normalidad en su distribución.

Complementando la determinación anterior, se muestra gráficamente en la Figura 22, el comportamiento de la normalidad para ambas Metodologías de Medición del Nivel, de Madurez para los Principios de Control Interno, los cuales componen los Componentes y por ende el Nivel, de Madurez General del Sistema, de Control Interno.

Figura 22

Gráfico Distribución Normal (Metodología Desactualizada y Actualizada)



Nota. Elaboración propia

6.5.2 Comparación de las Metodologías de Medición del Nivel, de Madurez

Una vez habiendo determinado que los datos a comparar presentan una distribución normal, se establece el uso de una herramienta estadística paramétrica para realizar un comparativo respectivo. En razón de ello, se optó por realizar la Prueba “T de Student para medias de dos (2) muestras emparejadas”, con el objetivo de determinar si hay diferencias significativas entre las medias de dos grupos que se encuentran relacionados.

Dicha metodología, es precisa para realizar comparaciones pre y post test, como la presente investigación. En razón de ello, se efectuó la citada prueba comparando los puntajes validados de los diecisiete (17) Principios de control interno mediante el aplicativo Excel, tomando en cuenta el siguiente planteamiento: $H_0: \mu_d = 0$ y $H_1: \mu_d \neq 0$.

Asimismo, se detalla la fórmula respectiva a desarrollar:

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d/\sqrt{n}}$$

$$S_d = \sqrt{\frac{(di - \bar{d})^2}{n - 1}}$$

Donde:

t: Estadístico calculado

$\bar{d}$: Promedio de las diferencias

S_d : Desviación Estándar

En razón de ello, se desarrolló el cálculo respectivo, detallado en la siguiente tabla 28 según se detalla:

Tabla 28

Cálculo promedio de diferencias T Student

Principios	Metodología Desactualizada	Metodología Actualizada	d
Principio 01	1.0000	0.7917	0.2083
Principio 02	0.8333	0.9000	-0.0667
Principio 03	1.0000	0.5000	0.5000
Principio 04	0.6444	0.6250	0.0194
Principio 05	0.8500	0.7000	0.1500
Principio 06	0.9500	0.7500	0.2000
Principio 07	0.8923	0.8214	0.0709
Principio 08	0.8000	0.5000	0.3000
Principio 09	0.8000	0.7500	0.0500
Principio 10	0.8000	0.7143	0.0857
Principio 11	0.8615	0.7083	0.1532
Principio 12	0.6000	0.6250	-0.0250
Principio 13	0.7600	0.8750	-0.1150
Principio 14	0.8200	0.9167	-0.0967
Principio 15	1.0000	1.0000	0.0000
Principio 16	0.6750	0.7500	-0.0750
Principio 17	0.8857	0.6500	0.2357

$$\bar{d} = 0.0938$$

Nota. Elaboración propia

Asimismo, se identificaron los valores de desviación estándar, grados de libertad, nivel de significancia, así como la identificación del valor t crítico, de acuerdo a la tabla de t críticos detallados en el Anexo 7 en la presente investigación y tomando en cuenta el criterio de $\alpha/2$ de la figura 23. En razón de ello, se desarrolló el cálculo respectivo, detallado en la siguiente tabla:

Tabla 29

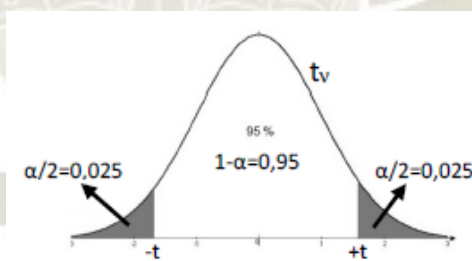
Cálculo prueba t de Student

Criterio	Resultado
Sd	0.163
n	17
Grados de Libertad (n-1)	16
α	0.05
t Crítico	2.120

Nota. Elaboración propia

Figura 23

Gráfico de Distribución normal t de Student para muestras relacionadas de 2 colas



En razón a los datos obtenidos se procedió a realizar el cálculo del t con la formula respectiva según se detalla:

$$t = \frac{0.0938}{0.163/\sqrt{17}} = 2.377$$

Asimismo, en base al valor t de student obtenido, se identificó el valor “p” en la tabla de t crítico adjunta como Anexo 7, el cual estuvo comprendido dentro de los 16 grados de libertad, entre los valores 2,120 (0.025) y 2.583 (0.01).

Por otro lado, utilizando las herramientas de análisis de datos del programa Microsoft Excel, se determinó que el valor “p”, el cual obtuvo exactamente el valor de 0.030.

Teniendo en cuenta ello, y la hipótesis planteada de $H_0: \mu_d = 0$ y $H_1: \mu_d \neq 0$, de acuerdo a la metodología t de student, el criterio de evaluación es el siguiente:

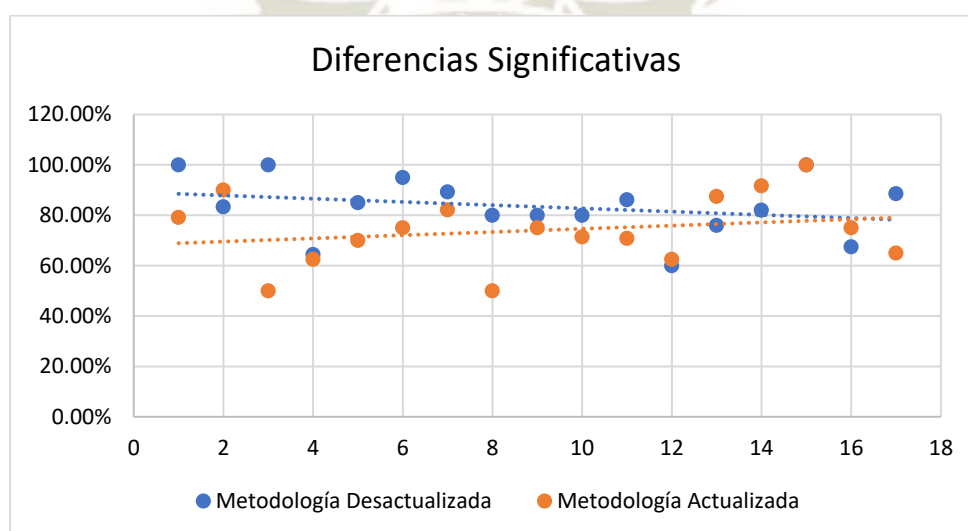
- Si, $p < \alpha$: H_0 se rechaza
- Si, $p > \alpha$: H_0 se acepta

Dado que, $0.030 < 0.05$, se determina que el valor “p” de 0.030 es menor que el nivel de significancia (α) de 0.05, lo cual hace rechazar la hipótesis nula de la prueba, por lo tanto aceptar la Hipótesis alternativa ($H_0: \mu_d \neq 0$), la cual interpreta que hay diferencias significativas entre la Metodología Desactualizada y Metodología Actualizada.

Asimismo, se visualiza en la Figura 24, que la metodología actualizada tiene valores de media menores a los de la metodología desactualizada. Dichas variaciones se deben al ajuste de criterios de validación de los parámetros de calificación de cada herramienta, los cuales se han vuelto más específicos y detallados.

Figura 24

Gráfico Dispersión (Metodología Desactualizada y Actualizada)



Nota. Elaboración propia

Asimismo, y con el objetivo de fortalecer la interpretación comparativa entre las metodologías desactualizada y actualizada, se estableció la correlación entre la variable dependiente en dos momentos distintos (Pre y Post Experimento) relacionadas a la metodología desactualizada y actualizada respectivamente. En razón se aplicó la siguiente formula del Coeficiente de Correlación de Pearson:

$$\frac{(n * \sum XY) - (\sum x * \sum y)}{\sqrt{n * \sum x^2 - (\sum x)^2} * \sqrt{n * \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

X : Datos de la primera variable

Y : Datos de la segunda variable

n : Número de datos

Bajo dicha premisa, se realizó el cálculo del Coeficiente de Correlación Pearson, comparando las dos (2) escalas de datos obtenidas evaluación de herramienta de la metodología desactualizada y actualizada, según se detalla:

Tabla 30

Tabla de Cálculo Correlación de Pearson (Metodología desactualizada y actualizada)

Principio	Metodología Desactualizada (X)	Metodología Actualizada (Y)	X ²	Y ²	X*Y
Principio 01	1.0000	0.7917	1.0000	0.6267	0.7917
Principio 02	0.8333	0.9000	0.6944	0.8100	0.7500
Principio 03	1.0000	0.5000	1.0000	0.2500	0.5000
Principio 04	0.6444	0.6250	0.4153	0.3906	0.4028
Principio 05	0.8500	0.7000	0.7225	0.4900	0.5950
Principio 06	0.9500	0.7500	0.9025	0.5625	0.7125
Principio 07	0.8923	0.8214	0.7962	0.6747	0.7330
Principio 08	0.8000	0.5000	0.6400	0.2500	0.4000
Principio 09	0.8000	0.7500	0.6400	0.5625	0.6000
Principio 10	0.8000	0.7143	0.6400	0.5102	0.5714
Principio 11	0.8615	0.7083	0.7422	0.5017	0.6103
Principio 12	0.6000	0.6250	0.3600	0.3906	0.3750
Principio 13	0.7600	0.8750	0.5776	0.7656	0.6650
Principio 14	0.8200	0.9167	0.6724	0.8403	0.7517
Principio 15	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
Principio 16	0.6750	0.7500	0.4556	0.5625	0.5063
Principio 17	0.8857	0.6500	0.7845	0.4225	0.5757
Sumatorias Σ	14.1723	12.5774	12.0432	9.6106	10.5402

Nota. Elaboración propia

En base a la Tabla 30, así como la aplicación de la formula respectiva del Coeficiente de Correlación Pearson, se obtuvo el siguiente resultado:

$$\frac{(17 * 10.5402) - (14.1423 * 12.5774)}{\sqrt{(17 * 12.0432) - (14.1723)^2} * \sqrt{17 * 9.6106 - (12.5774)^2}}$$

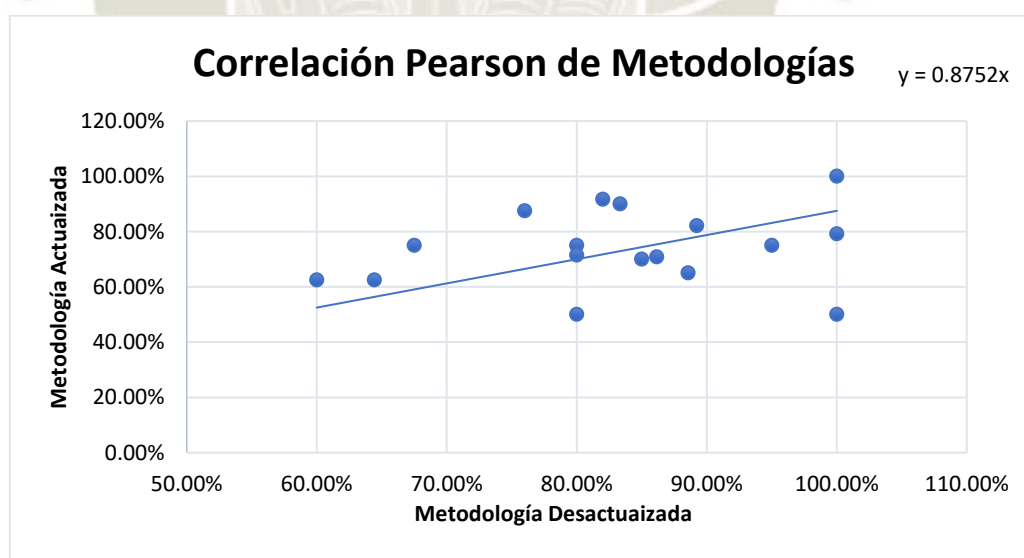
$$\frac{0.932965268}{1.970207088 * 2.277991666}$$

Coeficiente de Correlación Pearson	0.2078746
---	-----------

Se detalla gráficamente en la Figura 25, la dispersión de los resultados obtenidos con ambas metodologías, el cual muestra que no hay mucho relacionamiento entre ambas metodologías:

Figura 25

Gráfico Correlación Pearson (Metodología Desactualizada y Actualizada)



Nota. Elaboración propia

En resultado obtenido mediante la prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson, se enmarca en los siguientes criterios de interpretación:

- ≥ 0 y $\leq 0,10$: correlación inexistente
- $\geq 0,11$ y $\leq 0,29$: correlación débil
- $\geq 0,31$ y $\leq 0,50$: correlación moderada
- $\geq 0,51$ y $\leq 1,00$: correlación fuerte

En razón a los parámetros de interpretación antes detallados, así como del resultado obtenido mediante la Prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson de **0.208**, se establece que la correlación entre las dos (2) variables evaluadas es Positiva Débil, lo que determina que no hay un relacionamiento entre los resultados de la variable pre y post investigación experimental.

6.5.3 Contrastación de la Hipótesis N° 4

H₁: Es probable que; se encuentren diferencias significativas en la metodología de medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno actualizada y desactualizada.

H₀: Es probable que; no se encuentren diferencias significativas en la metodología de medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno actualizada y desactualizada.

De acuerdo a los resultados obtenidos realizando la comparación del puntaje obtenido en los Principios del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021 y a la identificación de la existencia de diferencias significativas mediante el método de t de Student, así como una correlación positiva débil mediante el método de Coeficiente Correlación de Pearson, la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H₁).

6.6 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo Específico N° 5

El objetivo específico, ha estado enfocado en proponer plan de acción de mejora en el Sistema, de Control Interno para ejercicio 2022.

Al respecto, se ha desarrollado el Plan de Acción Anual del Sistema, de acuerdo a una semaforización establecida según el puntaje del 1 al 4 obtenido en la evaluación. Dicho criterio define la priorización conforme se detalla:

- Blanco ○: No requiere Actividades de Implementación. (4)
- Verde ●: Prioridad Baja para desarrollo de actividades de implementación. (3)
- Amarillo ●: Prioridad Media para desarrollo de actividades de implementación. (2)
- Rojo ●: Prioridad Alta para desarrollo de actividades de implementación. (1; 0)

Tabla 31
Matriz de Priorización de Brechas

Pregunta	Detalle Pregunta SCI	Parámetro Máximo	Puntaje Obtenido Validado	Priorización
PC08	Indicadores de procesos	4	3	●
PC09	Indicadores de los Sistemas	4	1	●
PC10	Riesgos de procesos	4	2	●
PC17	Apetito de Riesgo	4	1	●
PC20	Personas expuestas a riesgo de fraude	4	1	●
PC22	Plan de Sucesión	4	1	●
PC24	Continuidad Operativa	4	1	●
SCI01	Sistema de Integridad	4	1	●
SCI02	Estructura, autoridad y responsabilidades	4	2	●
SCI08	Identificación de cambios significativos	4	2	●
SCI10	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	4	1	●
SCI11	Integridad de la Información	4	3	●
SCI13	Selección y desarrollo de controles generales	4	1	●
SCI18	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	4	3	●
SCI19	Información relevante	4	3	●
SCI27	Auditoría Interna (1)	4	1	●

Nota. Elaboración propia

En razón a la identificación de las brechas respectivas, se determinaron los planes para la atención con prioridades altas, medias y altas respectivamente, como se detalla en la Tabla 32. Asimismo, se tuvo la siguiente distribución de las brechas identificadas:

- N° Actividades de Prioridad Alta : Nueve (9) - 17.65%
- N° Actividades Prioridad Media : Tres (3) - 5.88%
- N° Actividades Prioridad Baja : Cuatro (4) - 7.84%
- N° Actividades sin Prioridad : Treinta y cinco (35) - 68.63%

De acuerdo a lo expuesto, se desarrolló la propuesta de Plan respectivo, el cual cuenta con once (11) acciones propuestas, las cuales atienden a las brechas identificadas de nueve (9) preguntas de la Herramienta Integrada de Evaluación, mediante la metodología actualizada de FONAFE, según se detalla:

Tabla 32

Plan de Trabajo Anual para el ejercicio 2022

PLAN DE TRABAJO ANUAL SCI																
Sistema: Sistema, de Control Interno		Año: 2022														
Versión: 1		PLANIFICACIÓN														
N°	ACTIVIDAD	PREGUNTA ASOCIADA	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	
1	Reuniones entre dueños y participantes de procesos	PC09	Jefe División SGI		x			x			x			x		
2	Identificación de riesgos en todas las fichas de procesos derivadas del Mapa de Procesos de EGASA.	PC10	Jefe División Control de Riesgos			*	*	*	*	*	*	x				
3	Desarrollo y aprobación de la actualización de la Normativa de Gestión de Riesgos.	PC17	Dpto. Organización y Métodos							*	*	*	*	*	x	
4	Elaboración, aprobación por el Directorio y difusión de plan de sucesión del personal directivo y puestos críticos	PC22	Dpto. Recursos Humanos							x						
5	Registro de la práctica de los planes de sucesión para los puestos críticos (claves) de la empresa	PC22	Dpto. Recursos Humanos												x	
6	Revisión y toma de conocimiento por parte del Directorio, al menos anualmente del nivel de ejecución de los planes de sucesión.	PC22	Gerencia Administración y Finanzas												x	
7	Desarrollo de pruebas o simulacros efectuados sobre el Plan de recuperación de desastres y continuidad de operación para los sistemas informáticos.	PC24	Jefe División TIC							*	*	x				
8	Desarrollo de Capacitación sobre el Sistema de Prevención Anticorrupción	SCI01	Jefe División Control de Riesgos											x		
9	Difusión del Plan de Fortalecimiento del Sistema, de Control Interno a los responsables.	SCI10	Jefe División Control de Riesgos	x						x						
10	Inclusión de Riesgos y Controles de Outsourcing en la Matriz de Riesgos y Oportunidades de EGASA	SCI13	Jefe División Control de Riesgos												x	
11	Inclusión de Cláusulas de auditoría explícitas en los documentos contractuales para servicios de outsourcing.	SCI27	Jefa Dpto. Logística							*	*	*	*	*	x	

6.6.1 Contrastación de la Hipótesis N° 5

H_1 : Es probable que; en base a la determinación del Nivel, de Madurez, se identifiquen acciones para ser implementadas en el ejercicio 2022.

H_0 : Es probable que; en base a la determinación del Nivel, de Madurez, no se identifiquen acciones para ser implementadas en el ejercicio 2022.

En razón a que se identificaron dieciséis (16) brechas para atender (31.37%), y se priorizaron para el ejercicio 2022 como propuesta once (11) de ellas (21.57%), de un total de cincuenta y un (51) preguntas para la medición del Nivel de Madurez del Sistema, de Control Interno, la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H_1).

6.7 Análisis e Interpretación de Resultados del Objetivo General

El objetivo general, ha estado enfocado en Implementar el Sistema de Control Interno y su respectiva Medición del Nivel de Madurez al cierre del ejercicio 2021 en la empresa EGASA, según la metodología actualizada de FONAFE.

En razón de ello, se efectuó el proceso de implementación de la metodología actualizada, así como la medición del Nivel de Madurez del Sistema al cierre del ejercicio 2021, tomando en cuenta la metodología actualizada establecida por FONAFE.

Asimismo, se realizó la validación del sustento de evidencias documentales respecto al nivel de madurez, por la Consultora Grant Thornton en representación de FONAFE. El detalle de dicha calificación se muestra a continuación:

Tabla 33
Puntaje Nivel Madurez Validado del SCI al 2021 (Metodología Actualizada)

Componente	Principio	Código	Descripción de la pregunta	Puntaje	Nivel de Madurez Componentes	Ponderación
Entorno de Control	Principio 01	SCI01	Sistema de Integridad	1	81.82%	10.00%
	Principio 01, 02, 03, y 05	SCI02	Estructura, autoridad y responsabilidades	2		
	Principio 01 y 04	SCI03	De la gestión del personal	4		
	Principio 02 y 05	SCI04	Asignación de responsabilidades	4		
	Principio 02 y 05	SCI05	Conocimiento de las responsabilidades	4		
	Principio 01	PC01	Código de Ética	4		
	Principio 01	PC02	Violaciones al Código de Ética	4		
	Principio 01	PC03	Conformación de Comités Especiales (1)	4		
	Principio 02	PC04	Conformación de Comités Especiales (2)	4		
	Principio 02	PC21	Incentivos y recompensas	4		
Evaluación de Riesgos	Principio 04	PC22	Plan de sucesión	1	82.14%	30.00%
	Principio 05	SCI06	Especifica objetivos adecuados	4		
	Principio 06	SCI07	Presupuesto	4		
	Principio 06, 09	SCI08	Identificación de cambios significativos	2		
	Principio 09	SCI09	Comunicación de Factores Internos	4		
	Principio 06	PC05	Alineamiento de objetivos	4		
	Principio 06	PC09	Indicadores de los sistemas	1		
	Principio 07	PC10	Riesgos de procesos	2		
	Principio 07	PC12	Comité de Riesgos	4		
	Principio 07	PC13	Identificación y análisis del riesgo (1)	4		
	Principio 07	PC14	Identificación y análisis del riesgo (2)	4		
	Principio 07	PC15	Evaluación de riesgos	4		
	Principio 07	PC16	Análisis de riesgos	4		
	Principio 07	PC17	Apetito de riesgo	1		
	Principio 08	PC19	Evaluación de riesgo de fraude	4		
Actividades de Control	Principio 10	SCI10	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	1	73.21%	15.00%
	Principio 10	SCI11	Integridad de la Información	3		
	Principio 12	SCI12	Evaluación y actualización de políticas	4		
	Principio 11	SCI13	Selección y desarrollo de controles generales	1		
	Principio 11	SCI14	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	4		
	Principio 11	SCI15	Gestión de TIC (1)	4		
	Principio 11	SCI16	Gestión de TIC (2)	4		
	Principio 11	SCI17	Seguridad de la Información	3		
	Principio 10	PC06	Mapeo de procesos	4		
	Principio 10	PC07	Procesos críticos / priorizados	4		
	Principio 10	PC08	Indicadores de procesos	3		
	Principio 10	PC11	Dueños de procesos y riesgos	4		
	Principio 10	PC20	Personas expuestas a riesgo de fraude	1		
	Principio 11 y 12	PC24	Continuidad operativa	1		
Información y Comunicación	Principio 14	SCI18	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	3	92.86%	15.00%
	Principio 13	SCI19	Información relevante	3		
	Principio 14	SCI20	Comunicación Interna (1)	4		
	Principio 15	SCI21	Comunicación Externa (1)	4		
	Principio 14	SCI22	Comunicación Interna (2)	4		
	Principio 15	SCI23	Comunicación Externa (2)	4		
	Principio 15	SCI24	Evaluaciones externas	4		
Actividades de Supervisión	Principio 16	SCI25	Evaluaciones continuas e independientes	4	85.00%	30.00%
	Principio 17	SCI26	Evalúa y comunica deficiencias	4		
	Principio 16 y 17	SCI27	Auditoría Interna (1)	1		
	Principio 16 y 17	SCI28	Auditoría Interna (2)	4		
	Principio 17	PC23	Auditoría Interna	4		
Nivel de Madurez General del Sistema de Control Interno					83.24%	

Nota. Elaboración propia

Según se detalla en la Tabla 33, el Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021, alcanzó un nivel de implementación de 83,24%, calificando al Sistema, de Control Interno de EGASA como “Avanzado”.

6.7.1 Contrastación de la Hipótesis General

H₁: Es probable que; al implementar el Sistema de Control Interno, de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE, el Nivel de Madurez del Sistema se encuentre en un nivel “avanzado”.

H₀: Es probable que; al implementar el Sistema de Control Interno, de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE, el Nivel de Madurez del Sistema no se encuentre en un nivel “avanzado”.

De acuerdo a la obtención del Nivel, de Madurez del Sistema de Control Interno al cierre del ejercicio 2021 mediante la Metodología Actualizada de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE de 83,24%, el cual sitúa al Sistema de Control Interno de EGASA como “Avanzado”, la decisión es de aceptar la Hipótesis Alternativa (H₁).

6.8 Beneficios y Perjuicios de la Implementación del Sistema de Control Interno

- Cumplimiento del indicador del Proceso “Sistema de Control Interno” y su respectivo indicador del Nivel de Madurez al 110.9% de la meta programada para el ejercicio 2021.
- Aporte del 12% a los indicadores del Convenio de Gestión de EGASA con FONAFE, cuyo cumplimiento a partir del 90%, permite la entrega de un incentivo económico desde una (1) remuneración, hasta dos (2) remuneraciones mensuales para todo el personal de la Entidad. Para el caso del ejercicio 2021, el cumplimiento del Convenio de Gestión fue del 97%, correspondiente a una retribución económica de 1.5 remuneraciones mensuales para todo el personal.
- Aporte al cumplimiento del Indicador Estratégico OE5: Fortalecer el Buen Gobierno Corporativo - Grado de Madurez del Sistema de Control Interno.

- Prevención del incumplimiento a la Ley N° 28716: Ley de Control Interno en las Entidades del Estado, la cual detalla lo siguiente:

“Artículo 8°.- Responsabilidad La inobservancia de la presente Ley, genera responsabilidad administrativa funcional, y da lugar a la imposición de la sanción de acuerdo a la normativa aplicable, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiere lugar, de ser el caso” (Contraloría, 2006).

- Prevención del incumplimiento de la Directiva Corporativa de Gestión Empresarial de FONAFE, la cual detalla lo siguiente:

“La Empresa deberá aplicar las sanciones que correspondan a los responsables de incumplimiento, según las normas internas o el procedimiento establecido para tal fin, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiera lugar de no desarrollar la implementación de un Sistema de Control Interno vigente, FONAFE”

- De acuerdo a antes expuesto, el inicio de un proceso administrativo, de acuerdo a la Ley 27444: Ley del Procedimiento Administrativo General, consta de dos (2) etapas:
 - Proceso Investigatorio: Comisión compuesta por tres (3) miembros, Presidente (Plana Gerencial), Miembro (Jefe de División) y Secretario (Jefe de Departamento o trabajador).
 - Proceso de Deslinde de Responsabilidades: Comisión compuesta por tres (3) miembros, Presidente (Plana Gerencial), Miembro (Jefe de División) y Secretario (Jefe de Departamento o trabajador)
- Lo regular dentro de la Entidad, es establecer plazos para su finalización de sesenta (60) días para procesos investigatorios y de noventa (90) días para deslindes de responsabilidades, ambas dentro de la responsabilidad administrativa. En razón que son actividades no contempladas en sus Manuales de Organización y Funciones, exceden la capacidad operativa de las unidades orgánicas, se detalla el cálculo del costo en horas / hombre:

Tabla 34
Costos de Comisión Investigadora

Comisión Investigadora		
Criterio	Duración	Unidad
Duración:	60 días	
Capacidad operativa requerida:	5 Horas / Semana	
Semanas por mes (30 días)	4.285	Semanas / Mes
Unidad Orgánica	Costo	Unidad
Gerencias:	14,000.00	Mensual
Costo HH:	77.79	Hora
Costo Total Gerencia	3,333.30	Soles x Comisión Inv.
División	7,800.00	Mensual
Costo HH:	40.45	Hora
Costo Total División	1,733.28	Soles x Comisión Inv.
Departamento y personal	5,000.00	Mensual
Costo HH:	25.93	Hora
Costo Total Dpto. y personal	1,111.11	Soles x Comisión Inv.
Costo Total (Horas regulares)	6,177.70	
Costo Total (Horas extra - 25%)	7722.1189	

Nota. Elaboración propia

Tabla 35
Costos de Comisión de Deslinde de Responsabilidades

Comisión de Deslinde de Responsabilidades		
Criterio	Duración	Unidad
Duración:	90 días	
Capacidad operativa requerida:	5 Horas / Semana	
Semanas por mes (30 días)	4.285	Semanas / Mes
Unidad Orgánica	Costo	Unidad
Gerencias:	14,000.00	Mensual
Costo HH:	77.79	Hora
Costo Total Gerencia	4,999.95	Soles x Comisión Inv.
División	7,800.00	Mensual
Costo HH:	40.45	Hora
Costo Total División	2,599.92	Soles x Comisión Inv.
Departamento y personal	5,000.00	Mensual
Costo HH:	25.93	Hora
Costo Total Dpto. y personal	1,666.67	Soles x Comisión Inv.
Costo Total (Horas regulares)	9,266.54	
Costo Total (Horas extra - 25%)	11583.178	

Nota. Elaboración propia

Asimismo, cada comisión realiza la contratación de un especialista que, de soporte al desarrollo del informe respectivo, así como asesoría especializada en relación al objeto de los procesos administrativos. En razón de ello, de no implementarse el Sistema de Control Interno con la metodología actualizada, la empresa contaría con un total de perjuicio a nivel interno según se detalla:

Tabla 36

Costo Total ahorrado en Procesos Administrativos

Descripción	Costo
Desarrollo Comisión Investigadora (HH)	6,949.91
Contratación Especialista	8,000.00
Desarrollo Comisión de Deslinde de Responsabilidades (HH)	10,424.86
Contratación Especialista	12,000.00
Costo Capacitación efectuada en implementación	-6,000.00
TOTAL	31,374.77

Nota. *Elaboración propia*

CAPÍTULO VII

7. Discusión de los Resultados

La presente investigación, ha permitido desarrollar la Medición del Nivel de Madurez del Sistema, al cierre del ejercicio 2021, de acuerdo a lo establecido en la Metodología Actualizada de FONAFE mediante la implementación de acciones que operativizaron su respectiva medición.

De acuerdo al Nivel de Madurez del Sistema, el cual lo situó como “Avanzado”, siendo EGASA, una empresa sujeta al Fondo Nacional de Financiamiento del Estado (FONAFE), el cual se rige en base a la normativa gubernamental y específica del sector, se puede visualizar que tiene un Control Interno más fuerte, a diferencia de otras investigaciones desarrolladas en Organismos Gubernamentales, tales como lo detalla (Grajeda Barbieri, 2021) en su investigación “Factores del control interno en una entidad pública, 2021”, el cual estableció que la Entidad tiene un nivel de implementación “Medio”, o de la misma manera (Apaza Llaqui & Tecse Ccasa, 2020) en su investigación “Evaluación del control interno en la municipalidad distrital de Paucartambo – Cusco, 2020”, establece un Nivel, de Madurez del 43%, siendo significativamente más bajo que el establecido por EGASA.

De acuerdo a lo antes expuesto, se podría interpretar que el marco normativo establecido para las Empresas de FONAFE, tienen mecanismos, seguimiento y supervisión con un carácter más exigente para la implementación del Sistema, de Control Interno, a diferencia de las entidades netamente gubernamentales, las cuales no cuentan con un marco integrado, ni mecanismos de supervisión y validación como lo tiene EGASA.

Por otro lado, (P., P., & C.A., 2020) en su investigación “Propuesta de un Sistema, de Control Interno según el modelo COSO III”, de igual manera que la presente investigación, desarrolló una evaluación basada en el Marco COSO 2013, el cual consta de los cinco (5) componentes y diecisiete (17) Principios de control interno respectivamente.

Asimismo, dicha investigación, utilizo un instrumento validado por juicio de expertos, el cual permitió determinar el Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno en la empresa Inversiones Turísticas G&J S.A. Lo que, si es importante diferenciar respecto a dicha investigación, es que realizó la investigación con el objeto de tener un carácter descriptivo, para que la Entidad utilice dicha evaluación de acuerdo a como vea conveniente.

De dicha investigación, se puede interpretar que, tanto para empresas públicas, como privadas, la utilización del Marco COSO 2013, o su respectiva adaptación efectuada por FONAFE, es potencialmente útil, indiferentemente de la naturaleza de la Empresa.

Respecto a la investigación efectuada por (Aviles Espinales, 2019), denominada “Evaluación del Sistema, de Control Interno aplicado a las cuentas por cobrar de Grupo B.M.S.A, en el año 2018”, si bien ambas investigaciones fueron efectuadas con el Marco COSO 2013, dicha investigación enfocó el modelo a un área en específico, la cual administra la totalidad de cuentas por cobrar en el periodo de estudio, a diferencia de EGASA; la cual se enfocó de manera holística a toda la Entidad.

De acuerdo a lo antes expuesto, se puede interpretar, que el Marco COSO 2013 de control interno, no solo sirve para evaluar a la empresa de manera holística, sino también para ser más específicos en la evaluación y enfocar los Principios y componentes a un área en específico, con una población y muestra más acotada. Dicho aspecto, permite tener una herramienta importante para fortalecer los procesos a cargo de los responsables de una empresa y proceso.

Para finalizar, es importante mencionar a la investigación efectuada por (Sandoval Cuji et al., 2018) denominada “Uso de una herramienta de multicriterio del control interno en una entidad hospitalaria cubana”, la cual en el proceso de su investigación determinó un control interno de nivel “Alto” permitiendo detectar debilidades en su organización para ser potenciadas con planes de acción y medidas de remediación.

Como se puede interpretar de lo antes mencionado, la Entidad Hospitalaria Cubana, en razón de ser un centro que trata con la vida de las personas, luego de la evaluación correspondiente se ha determinado el nivel de control interno “Alto”. De lo contrario, si se tuviera un Nivel, de Madurez “Bajo” o “Medio”, podría considerarse un riesgo para la preservación de la vida en dicha entidad hospitalaria.

Asimismo, menciona un aspecto importante de detección de debilidades de organización potenciadas con planes de acción y medidas de remediación. Dicha práctica, se enmarca de la misma manera con la metodología actualizada de FONAFE, la cual estipula que anualmente se realice la evaluación del Nivel, de Madurez respectivo, y se identifiquen planes de acción y medidas para reducir las brechas identificadas en dicha medición.

Ello, asegura que el Sistema, no solo sea un sistema documentario, sino un sistema de mejora continua y evaluación permanente, ya que se realiza un seguimiento al cumplimiento de manera periódica y se establecen acciones para cada vez tener un control interno más fuerte en la Entidad, el cual permita asegurar los objetivos de las Entidades y asegurar el valor en ellas.

CONCLUSIONES

1. **PRIMERA:** Se implementó el sistema de control interno bajo la metodología actualizada de FONAFE y se obtuvo un nivel de madurez del sistema de 83,24%, el cual lo sitúa en un nivel “Avanzado” al cierre del ejercicio 2021.
2. **SEGUNDA:** La metodología que venía utilizando EGASA para la operación y evaluación del sistema de control interno, respecto a la metodología actualizada de FONAFE, es obsoleta.
3. **TERCERA:** Se requirió implementar un plan de acción, para operativizar la gestión administrativa de evaluación del Sistema con la metodología actualizada de FONAFE.
4. **CUARTA:** Se determinó el nivel de madurez de los cinco (5) componentes de control interno de acuerdo a la metodología actualizada establecida por FONAFE, los cuales se encuentran en un nivel entre “Establecido” y “Avanzado”.
5. **QUINTA:** La metodología desactualizada y la metodología actualizada presentan diferencias significativas y una correlación positiva débil entre ellas.
6. **SEXTA:** Se ha propuesto un plan de trabajo para el ejercicio 2022, en base las brechas identificadas en el proceso de evaluación del nivel de madurez del sistema bajo la metodología actualizada de FONAFE.

RECOMENDACIONES

1. **PRIMERA:** Realizar seguimiento, supervisión y solicitud de documentación periódica, para monitorear y documentar los parámetros del nivel de madurez del sistema, con el objetivo de mantener el nivel de “Avanzado” y en su caso optimizar dicho nivel para fortalecer el control interno en EGASA.
2. **SEGUNDA:** Realizar la actualización de los instrumentos normativos internos de la entidad, para que se encuentren alineados a la metodología actualizada establecida por FONAFE.
3. **TERCERA:** Realizar un análisis de las acciones desarrolladas en el proceso de evaluación del sistema de control al cierre del ejercicio 2021, con el objetivo de optimizarlo para la evaluación del ejercicio 2022.
4. **CUARTA:** Utilizar como base el puntaje y evidencias establecidas de calificación de los Componentes de Control Interno al cierre del ejercicio 2021, para facilitar la recopilación de información y la interpretación de información para el ejercicio 2022.
5. **QUINTA:** Realizar adicionalmente un análisis comparativo con el Marco de Control Interno de la Contraloría General de la República, para identificar si se cuentan con diferencias significativas y su nivel de correlación con el marco actualizado de FONAFE.
6. **SEXTA:** Ejecutar las acciones establecidas en el Plan de Trabajo Anual propuesto para el ejercicio 2022.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AICPA. (2019). *hmong*. Obtenido de https://hmong.es/wiki/American_Institute_of_Certified_Public_Accountants
- Alvarado Veletanga, M. A., & Tuquiñahui Paute, S. P. (2011). *Propuesta de Implementación de un Sistema de Control Interno basado en el Modelo COSO, aplicado a la Empresa Electro Instalaciones en la ciudad de Cuenca [Tesis de Grado, Universidad Politécnica Salesiana]*. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1312/13/UPS-CT002180.pdf>
- Apaza Llaqui, G., & Tecse Ccasa, M. (2020). *Evaluación del control interno en la municipalidad distrital de Paucartambo – Cusco, 2020 [Tesis de Grado, Universidad Peruana Unión]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4128>
- Astete Enciso, R. J. (2019). *Nivel de control interno en una empresa prestadora de servicios de limpieza SILSA Lima, 2017 [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/3310>
- Aviles Espinales, M. d. (2019). *Evaluación del sistema de control interno aplicado a las cuentas por cobrar de Grupo BM, S.A, en el año 2018 [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/11023>
- CNN. (2004). *A burglary turns into a constitutional crisis*. Obtenido de https://edition.cnn.com/2004/US/06/11/watergate/index.html?_s=PM:US
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2013). *Resumen Ejecutivo del Marco Integrado de Control Interno*. Obtenido de https://auditoresinternos.es/uploads/media_items/coso-resumen-ejecutivo.original.pdf

Contraloría. (2006). *Ley N° 28716: Ley de Control Interno en las Entidades del Estado*.

Obtenido de
https://apps.contraloria.gob.pe/wcm/control_interno/documentos/normativa/Ley_28716.pdf

Contraloría General de la República. (2019). *Directiva N° 011-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en el BCRP, Petroperu S.A., SBS, FONAFE y entidades que se encuentran bajo la supervisión de ambas"*. Obtenido de https://apps.contraloria.gob.pe/wcm/control_interno/documentos/Directiva_011-2019-CG_INTEG.pdf

COSO. (2018). *Audítores Internos de España*. Obtenido de https://auditoresinternos.es/uploads/media_items/coso-2018-esp.original.pdf

EGASA. (2022). *Página Web Institucional EGASA*. Obtenido de <https://www.egasa.com.pe/>

Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. (2021). *Misión*. Obtenido de EGASA: <http://www.egasa.com.pe/index.php/features/2014-06-25-09-39-35/mision>

Epstein, E. (2018). *La Ley de Prácticas Corruptas en el Extranjero ("FCPA"), América Latina y Acuerdos Globales (2018)*. Obtenido de <https://evan-epstein.medium.com/la-ley-de-pr%C3%A1cticas-corruptas-en-el-extranjero-fcpa-am%C3%A9rica-latina-y-acuerdos-globales-2018-7d89b1ae116c>

ESAN. (2019). *Conexión ESAN*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/coso-ii-los-sistemas-para-el-control-interno>

FERF. (2015). *FEI*. Obtenido de <https://www.financialexecutives.org/About-FEI.aspx>

Fernandez, A. (2007). *Piloter org*. Obtenido de <https://web.archive.org/web/20070905175330/https://www.piloter.org/gouvernance-entreprise/sarbanes-oxley.htm>

FONAFE. (2015). *Manual Corporativo: Guía para la Evaluación del Sistema de Control Interno*.

FONAFE. (2019). *Lineamiento Corporativo: "Sistema de Control Interno para las empresas bajo el ámbito de FONAFE"*. Obtenido de

https://www.fonafe.gob.pe/pw_content/documentosgestion/Aprobacion/54/Doc/43%20LC%20SCI.pdf

Fondo Nacional de Financiamiento del Estado. (2021). *Manual Corporativo: "Manual de metodología integrada para la evaluación del cumplimiento de los sistemas de RSC, SCI, SIG, GCS y BGC"*. Obtenido de <https://www.fonafe.gob.pe/marconormativo/buenaspracticass>

Gonzabay de Loor, D. A., & Torres Flores, M. C. (2017). *Propuesta de mejora del Control Interno basado en el Modelo COSO en Ventascorp S.A. [Tesis de Grado, Universidad de Guayaquil]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/16840>

Grajeda Barbieri, E. (2021). *Factores del control interno en una entidad pública, 2021 [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/67082>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. Panamericana Formas e Impresos S.A. Obtenido de https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf

Martínez Gonzales, R. (2020). *El Secreto detrás de una tesis*. Crea Imagen S.A.C.

P., S. Q., P., Q. J., & C.A., V. V. (2020). Propuesta de un sistema de control interno según el modelo COSO III [Artículo Científico,. *Sciendo*, 24, 7-15. doi:<https://doi.org/10.17268/sciendo.2021.001>

QuestionPro. (2021). *Question Pro Website*. Obtenido de <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>

Rodríguez Mendoza, E. (2015). *Nivel de eficiencia de control interno en la Municipalidad distrital de San Luis, Lima - 2015 [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/6421>

Sandoval Cuji, M. M. (2018). Uso de una herramienta de multicriterio del control interno en una entidad hospitalaria cubana. *Espacios*, 40(1), 6. Obtenido de <http://www.revistaespacios.com/a19v40n01/19400106.html>

Tapia, F., Ernesto, C., Cevallos, F., & Lissee, K. (2021). PRUEBAS PARA COMPROBAR LA NORMALIDAD DE DATOS EN PROCESOS PRODUCTIVOS: ANDERSONDARLING, RYAN-JOINER, SHAPIRO-WILK Y KOLMOGÓROV-SMIRNOV. 87. Obtenido de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/341/3412237018/3412237018.pdf>



ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Título: Implementación de la Metodología vigente de Evaluación del Sistema, de Control Interno de La Empresa de Generación Eléctrica de Arequipa S.A. para el ejercicio 2021

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable Independiente
¿Cuál es el puntaje del Nivel, de Madurez general del Sistema, de Control Interno para el cierre del ejercicio 2021 de la Empresa de Generación de Energía Eléctrica de Arequipa S.A. (EGASA), de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE, el cual permite dar por implementado al Sistema?	Implementar el Sistema, de Control Interno y su respectiva Medición del Nivel, de Madurez al cierre del ejercicio 2021 en la empresa EGASA, según la metodología actualizada de FONAFE.	Al implementar el Sistema, de Control Interno, de acuerdo a la metodología actualizada de FONAFE, el Nivel, de Madurez del Sistema se encuentre en un nivel "avanzado".	Proceso de Implementación
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Variable Dependiente
¿La metodología con la que viene operando EGASA para la evaluación del Sistema, de Control Interno, se encuentra vigente?	Desarrollar un diagnóstico de la metodología que viene utilizando EGASA para la operación y evaluación del Sistema, de Control Interno para evaluar su vigencia.	Es probable que; la metodología que viene utilizando EGASA para la evaluación del Sistema, no se encuentre vigente para su operación.	Control Interno
¿Qué medidas se deben adoptar para implementar la metodología actualizada del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021?	Implementar un plan de acción, para operativizar la gestión administrativa de evaluación del Sistema, de Control Interno al cierre del ejercicio 2021 con la metodología actualizada de FONAFE.	Es probable que; se implementen acciones para poder operativizar la actualización del Proceso del Sistema de Control Interno hacia la metodología actualizada.	
¿Cuál es Nivel, de Madurez de los cinco (5) componentes del Sistema, de Control Interno?	Determinar el Nivel, de Madurez de los cinco (5) Componentes de Control Interno con la metodología actualizada de FONAFE.	Es probable que, los cinco (5) componentes de control interno, de acuerdo a la metodología actualizada, se encuentren en un Nivel, de Madurez entre "Establecido" y "Avanzado".	
¿Cuáles son las diferencias entre la metodología actualizada y la metodología desactualizada que viene utilizando la Entidad?	Determinar diferencias entre la normativa actualizada y desactualizada del Sistema, de Control Interno.	Es probable que; se encuentren diferencias significativas en la metodología de medición del Nivel, de Madurez del Sistema, de Control Interno actualizada y desactualizada.	
¿Qué acciones de mejora se pueden identificar para el ejercicio 2022?	Proponer plan de trabajo para el Sistema, de Control Interno a ser ejecutado en el ejercicio 2022.	Es probable que; en base a la determinación del Nivel, de Madurez, se identifiquen acciones para ser implementadas en un plan de trabajo en el ejercicio 2022.	

Anexo 2

Validación de Instrumento por Juicio de Expertos

CÉSAR RICARDO CUADROS BERNAL

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS										
Experto Evaluador:		César Ricardo Cuadros Bernal								
Especialidad		Auditoría y Control Interno								
Cargo / Institución		Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento / EGASA								
Grado Académico:		Magister / Doctorando								
Fecha:		9/01/2022	Instrumento:		Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno					
INDICADORES:										
COHERENCIA		El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.								
CLARIDAD		El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).								
ESCALA		El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.								
RELEVANCIA		EL ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.								
ESCALA DE VALORES										
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente										
CONTENIDO				EVALUACIÓN						
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	TOTAL
1	Código de Ética	PC01	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
2	Violaciones al Código de Ética	PC02	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
3	Conformación de Comités Especiales (1)	PC03	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
4	Conformación de Comités Especiales (2)	PC04	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
5	Alineamiento de Objetivos	PC05	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
6	Mapeo de procesos	PC06	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
7	Procesos críticos / priorizados	PC07	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
8	Indicadores de procesos	PC08	COHERENCIA				x		4	18
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
9	Indicadores de los Sistemas	PC09	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
10	Riesgos de procesos	PC10	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS			
Experto Evaluador:	César Ricardo Cuadros Bernal		
Especialidad	Auditoría y Control Interno		
Cargo / Institución	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento / EGASA		
Grado Académico:	Magister / Doctorando		
Fecha:	9/01/2022	Instrumento:	Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno
INDICADORES:			
COHERENCIA	El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.		
CLARIDAD	El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).		
ESCALA	El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.		
RELEVANCIA	EL ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.		
ESCALA DE VALORES			
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente			

CONTENIDO				EVALUACIÓN						TOTAL
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	
11	Dueños de procesos y de los riesgos que estos implican	PC11	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
12	Comité de Riesgos	PC12	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
13	Identificación y análisis del Riesgo (1)	PC13	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
14	Identificación y análisis del Riesgo (2)	PC14	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
15	Evaluación de riesgos	PC15	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
16	Análisis de Riesgos	PC16	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
17	Apetito de Riesgo	PC17	COHERENCIA				x		4	14
			CLARIDAD			x			3	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA			x			3	
18	Evaluación de riesgo de fraude	PC19	COHERENCIA				x		4	15
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
19	Personas expuestas a riesgo de fraude	PC20	COHERENCIA					x	5	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
20	Incentivos y recompensas	PC21	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
21	Plan de Sucesión	PC22	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS			
Experto Evaluador:	César Ricardo Cuadros Bernal		
Especialidad	Auditoría y Control Interno		
Cargo / Institución	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento / EGASA		
Grado Académico:	Magister / Doctorando		
Fecha:	9/01/2022	Instrumento:	Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno
INDICADORES:			
COHERENCIA	El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.		
CLARIDAD	El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).		
ESCALA	El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.		
RELEVANCIA	EL ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.		
ESCALA DE VALORES			
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente			

CONTENIDO				EVALUACIÓN						TOTAL
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	
22	Auditoría Interna	PC23	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
23	Continuidad Operativa	PC24	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
24	Sistema de Integridad	SCI01	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
25	Estructura, autoridad y responsabilidades	SCI02	COHERENCIA				x		5	19
			CLARIDAD				x		5	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA				x		5	
26	De la gestión del personal	SCI03	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
27	Asignación de responsabilidades	SCI04	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
28	Conocimiento de las responsabilidades	SCI05	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
29	Especifica Objetivos adecuados	SCI06	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
30	Presupuesto	SCI07	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
31	Identificación de cambios significativos	SCI08	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
32	Comunicación de Factores Internos	SCI09	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
33	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	SCI10	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA			x			3	

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS			
Experto Evaluador:	César Ricardo Cuadros Bernal		
Especialidad	Auditoría y Control Interno		
Cargo / Institución	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento / EGASA		
Grado Académico:	Magister / Doctorando		
Fecha:	9/01/2022	Instrumento:	Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno
INDICADORES:			
COHERENCIA	El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.		
CLARIDAD	El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).		
ESCALA	El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.		
RELEVANCIA	El ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.		
ESCALA DE VALORES			
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente			

CONTENIDO				EVALUACIÓN						TOTAL
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	
34	Integridad de la Información	SCI11	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
35	Evaluación y actualización de políticas	SCI12	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
36	Selección y desarrollo de controles generales	SCI13	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
37	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	SCI14	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
38	Gestión de TIC (1)	SCI15	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
39	Gestión de TIC (2)	SCI16	COHERENCIA				x		4	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
40	Seguridad de la Información	SCI17	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
41	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	SCI18	COHERENCIA				x		4	15
			CLARIDAD			x			3	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
42	Información relevante	SCI19	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
43	Comunicación Interna (1)	SCI20	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
44	Comunicación Externa (1)	SCI21	COHERENCIA					x	5	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
45	Comunicación Interna (2)	SCI22	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS										
Experto Evaluador:	César Ricardo Cuadros Bernal									
Especialidad	Auditoría y Control Interno									
Cargo / Institución	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento / EGASA									
Grado Académico:	Magister / Doctorando									
Fecha:	9/01/2022	Instrumento:	Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno							
INDICADORES:										
COHERENCIA	El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.									
CLARIDAD	El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).									
ESCALA	El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.									
RELEVANCIA	El ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.									
ESCALA DE VALORES										
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3 = Regular 4 = Bueno 5 = Excelente										
CONTENIDO				EVALUACIÓN						
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	TOTAL
46	Comunicación Externa (2)	SCI23	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
47	Evaluaciones externas	SCI24	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
48	Evaluaciones continuas e independientes	SCI25	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA			x			3	
49	Evalúa y comunica deficiencias	SCI26	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
50	Auditoría Interna (1)	SCI27	COHERENCIA				x		4	18
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
51	Auditoría Interna (2)	SCI28	COHERENCIA					x	5	16
			CLARIDAD			x			3	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
COMENTARIOS Y OBSERVACIONES										
El instrumento es adecuado, se encuentra bastante alineado al modelo COSO 2013.										
 César Ricardo Cuadros Bernal										

HERNY ANTONIO RODRÍGUEZ AYLLÓN

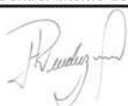
FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS										
Experto Evaluador:		Henry Antonio Rodríguez Ayllón								
Especialidad:		Contabilidad, Auditoría y Control Interno								
Cargo / Institución:		Administrador / Rodríguez & Zevallos S. Civil de R. L. - Docente / Universidad Tecnológica del Perú (UTP)								
Grado Académico:		Doctor								
Fecha:		2/01/2022		Instrumento: Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno						
INDICADORES:										
COHERENCIA		El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.								
CLARIDAD		El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).								
ESCALA		El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.								
RELEVANCIA		El ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.								
ESCALA DE VALORES										
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente										
CONTENIDO				EVALUACIÓN						
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	TOTAL
1	Código de Ética	PC01	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA				x	5		
			RELEVANCIA				x	5		
2	Violaciones al Código de Ética	PC02	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD				x	5		
			ESCALA				x	5		
			RELEVANCIA				x	5		
3	Conformación de Comités Especiales (1)	PC03	COHERENCIA				x		4	14
			CLARIDAD			x		3		
			ESCALA			x		4		
			RELEVANCIA			x		3		
4	Conformación de Comités Especiales (2)	PC04	COHERENCIA				x		5	19
			CLARIDAD				x	5		
			ESCALA			x		4		
			RELEVANCIA				x	5		
5	Alineamiento de Objetivos	PC05	COHERENCIA					x	5	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA			x		3		
			RELEVANCIA				x	4		
6	Mapeo de procesos	PC06	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x	4		
			RELEVANCIA					x	5	
7	Procesos críticos / priorizados	PC07	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA				x	4		
			RELEVANCIA					x	5	
8	Indicadores de procesos	PC08	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD			x		3		
			ESCALA				x	4		
			RELEVANCIA					x	5	
9	Indicadores de los Sistemas	PC09	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
10	Riesgos de procesos	PC10	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
11	Dueños de procesos y de los riesgos que estos implican	PC11	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA				x	4		
			RELEVANCIA				x	4		
12	Comité de Riesgos	PC12	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x	4		
13	Identificación y análisis del Riesgo (1)	PC13	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x	4		
14	Identificación y análisis del Riesgo (2)	PC14	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x	4		
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
15	Evaluación de riesgos	PC15	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	

16	Análisis de Riesgos	PC16	COHERENCIA					X	5	19
			CLARIDAD					X	4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
17	Apetito de Riesgo	PC17	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
18	Evaluación de riesgo de fraude	PC19	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
19	Personas expuestas a riesgo de fraude	PC20	COHERENCIA					X	4	16
			CLARIDAD					X	4	
			ESCALA			X			3	
			RELEVANCIA					X	5	
20	Incentivos y recompensas	PC21	COHERENCIA					X	4	17
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	4	
			RELEVANCIA					X	4	
21	Plan de Sucesión	PC22	COHERENCIA					X	5	19
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA			X			4	
			RELEVANCIA					X	5	
22	Auditoría Interna	PC23	COHERENCIA					X	5	19
			CLARIDAD					X	4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
23	Continuidad Operativa	PC24	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
24	Sistema de Integridad	SCI01	COHERENCIA					X	5	19
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
25	Estructura, autoridad y responsabilidades	SCI02	COHERENCIA					X	4	17
			CLARIDAD					X	4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
26	De la gestión del personal	SCI03	COHERENCIA					X	5	19
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA			X			4	
27	Asignación de responsabilidades	SCI04	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
28	Conocimiento de las responsabilidades	SCI05	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
29	Especifica Objetivos adecuados	SCI06	COHERENCIA				X		4	17
			CLARIDAD				X		4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
30	Presupuesto	SCI07	COHERENCIA					X	5	20
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	
31	Identificación de cambios significativos	SCI08	COHERENCIA					X	5	18
			CLARIDAD				X		4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
32	Comunicación de Factores Internos	SCI09	COHERENCIA				X		4	17
			CLARIDAD				X		4	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
33	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	SCI10	COHERENCIA				X		4	18
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA				X		4	
34	Integridad de la Información	SCI11	COHERENCIA				X		4	19
			CLARIDAD					X	5	
			ESCALA					X	5	
			RELEVANCIA					X	5	

35	Evaluación y actualización de políticas	SCI12	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
36	Selección y desarrollo de controles generales	SCI13	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
37	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	SCI14	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
38	Gestión de TIC (1)	SCI15	COHERENCIA				x		4	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
39	Gestión de TIC (2)	SCI16	COHERENCIA				x		4	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
40	Seguridad de la Información	SCI17	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
41	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	SCI18	COHERENCIA				x		4	15
			CLARIDAD		x				3	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
42	Información relevante	SCI19	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
43	Comunicación Interna (1)	SCI20	COHERENCIA				x		4	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
44	Comunicación Externa (1)	SCI21	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
45	Comunicación Interna (2)	SCI22	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
46	Comunicación Externa (2)	SCI23	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
47	Evaluaciones externas	SCI24	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
48	Evaluaciones continuas e independientes	SCI25	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA		x				3	
49	Evalúa y comunica deficiencias	SCI26	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
50	Auditoría Interna (1)	SCI27	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
51	Auditoría Interna (2)	SCI28	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

El instrumento es muy amplio y representa un buen marco para medir el Control Interno de las Entidades.



Henry Antonio Rodríguez Ayllón

MARTHA ISABEL VENTURA QUISPE

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS											
Experto Evaluador:		Martha Isabel Ventura Quispe									
Especialidad		Contabilidad, Tributación, Auditoría y Control Interno									
Cargo / Institución		Consultora Líder Ventura Asociados S. Civil de R. L.									
Grado Académico:		Segunda Especialidad									
Fecha:		8/01/2022	Instrumento:		Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema de Control Interno						
INDICADORES:											
COHERENCIA		El ítem mide alguna variable / categoría presente en el cuadro de congruencia metodológica.									
CLARIDAD		El ítem es claro (no genera confusión o contradicciones).									
ESCALA		El ítem puede ser respondido de acuerdo a la escala que presenta el instrumento.									
RELEVANCIA		El ítem es relevante para cumplir con las preguntas y objetivos de investigación.									
ESCALA DE VALORES											
1 = Inaceptable 2 = Deficiente 3= Regular 4 = Bueno 5 = Excelente											
CONTENIDO				EVALUACIÓN							
ÍTEM	CRITERIO CUESTIONARIO	PREGUNTA	INDICADORES GENERALES	1	2	3	4	5	PUNTAJE	TOTAL	
1	Código de Ética	PC01	COHERENCIA				x		4	17	
			CLARIDAD				x		4		
			ESCALA					x	5		
			RELEVANCIA				x		4		
2	Violaciones al Código de Ética	PC02	COHERENCIA				x		4	16	
			CLARIDAD				x		4		
			ESCALA					x	5		
			RELEVANCIA			x			3		
3	Conformación de Comités Especiales (1)	PC03	COHERENCIA				x		4	19	
			CLARIDAD					x	5		
			ESCALA					x	5		
			RELEVANCIA					x	5		
4	Conformación de Comités Especiales (2)	PC04	COHERENCIA					x	5	19	
			CLARIDAD					x	5		
			ESCALA					x	5		
			RELEVANCIA				x		4		
5	Alineamiento de Objetivos	PC05	COHERENCIA				x		4	19	
			CLARIDAD						x		5
			ESCALA						x		5
			RELEVANCIA						x		5
6	Mapeo de procesos	PC06	COHERENCIA					x	5	20	
			CLARIDAD						x		5
			ESCALA						x		5
			RELEVANCIA						x		5
7	Procesos críticos / priorizados	PC07	COHERENCIA				x		4	19	
			CLARIDAD						x		5
			ESCALA						x		5
			RELEVANCIA						x		5
8	Indicadores de procesos	PC08	COHERENCIA				x		4	18	
			CLARIDAD				x				4
			ESCALA						x		5
			RELEVANCIA						x		5
9	Indicadores de los Sistemas	PC09	COHERENCIA				x		4	17	
			CLARIDAD				x				4
			ESCALA				x				4
			RELEVANCIA						x		5
10	Riesgos de procesos	PC10	COHERENCIA				x		4	15	
			CLARIDAD			x					3
			ESCALA				x				4
			RELEVANCIA					x			4
11	Dueños de procesos y de los riesgos que estos implican	PC11	COHERENCIA				x		4	17	
			CLARIDAD				x				4
			ESCALA					x			4
			RELEVANCIA						x		5
12	Comité de Riesgos	PC12	COHERENCIA				x		4	15	
			CLARIDAD					x			4
			ESCALA			x					3
			RELEVANCIA				x				4
13	Identificación y análisis del Riesgo (1)	PC13	COHERENCIA					x	5	16	
			CLARIDAD					x			4
			ESCALA			x					3
			RELEVANCIA				x				4
14	Identificación y análisis del Riesgo (2)	PC14	COHERENCIA				x		4	17	
			CLARIDAD					x			4
			ESCALA					x			4
			RELEVANCIA						x		5
15	Evaluación de riesgos	PC15	COHERENCIA				x		4	15	
			CLARIDAD				x				3
			ESCALA					x			4
			RELEVANCIA						x		4

16	Análisis de Riesgos	PC16	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
17	Apetito de Riesgo	PC17	COHERENCIA				x		4	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA			x			3	
18	Evaluación de riesgo de fraude	PC19	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
19	Personas expuestas a riesgo de fraude	PC20	COHERENCIA					x	5	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
20	Incentivos y recompensas	PC21	COHERENCIA					x	4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
21	Plan de Sucesión	PC22	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
22	Auditoría Interna	PC23	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
23	Continuidad Operativa	PC24	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
24	Sistema de Integridad	SCI01	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
25	Estructura, autoridad y responsabilidades	SCI02	COHERENCIA				x		5	19
			CLARIDAD				x		5	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA				x		5	
26	De la gestión del personal	SCI03	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
27	Asignación de responsabilidades	SCI04	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
28	Conocimiento de las responsabilidades	SCI05	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
29	Especifica Objetivos adecuados	SCI06	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
30	Presupuesto	SCI07	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
31	Identificación de cambios significativos	SCI08	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
32	Comunicación de Factores Internos	SCI09	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
33	Programa de Fortalecimiento del Control Interno	SCI10	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		3	
34	Integridad de la Información	SCI11	COHERENCIA				x		4	16
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA				x		3	
			RELEVANCIA					x	5	

35	Evaluación y actualización de políticas	SCI12	COHERENCIA					x	5	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
36	Selección y desarrollo de controles generales	SCI13	COHERENCIA					x	4	16
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA					x	4	
37	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	SCI14	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA					x	5	
38	Gestión de TIC (1)	SCI15	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD				x		4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
39	Gestión de TIC (2)	SCI16	COHERENCIA					x	5	20
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	5	
40	Seguridad de la Información	SCI17	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
41	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	SCI18	COHERENCIA					x	5	19
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA				x		5	
42	Información relevante	SCI19	COHERENCIA					x	4	17
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA					x	5	
43	Comunicación Interna (1)	SCI20	COHERENCIA					x	5	16
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
44	Comunicación Externa (1)	SCI21	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
45	Comunicación Interna (2)	SCI22	COHERENCIA					x	4	15
			CLARIDAD			x			3	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
46	Comunicación Externa (2)	SCI23	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA				x		4	
			RELEVANCIA				x		4	
47	Evaluaciones externas	SCI24	COHERENCIA					x	5	18
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA				x		4	
48	Evaluaciones continuas e independientes	SCI25	COHERENCIA					x	4	17
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA					x	4	
			RELEVANCIA					x	5	
49	Evalúa y comunica deficiencias	SCI26	COHERENCIA					x	4	15
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA			x			3	
			RELEVANCIA				x		4	
50	Auditoría Interna (1)	SCI27	COHERENCIA					x	4	17
			CLARIDAD					x	4	
			ESCALA					x	5	
			RELEVANCIA					x	4	
51	Auditoría Interna (2)	SCI28	COHERENCIA					x	5	17
			CLARIDAD					x	5	
			ESCALA					x	3	
			RELEVANCIA					x	4	

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES


CPCC Martha I. Ventura Quispe
CONTADOR PÚBLICO COLEGIADO CERTIFICADO
MAT. 1326
AREQUIPA

Anexo 3

Herramienta Automatizada de Evaluación del Sistema, de Control Interno (Metodología Desactualizada)

0	42	DATOS BASICOS					CRITERIOS DE EVALUACIÓN							
42	COMPONENTE	Principio 1	Principio 2	Principio 3	Principio 4	Principio 5	Presente				Funcionando			
[EC] ENTORNO DE CONTROL	1 Es el conjunto de normas, procesos y estructuras que proporcionan la base para llevar a cabo el Control Interno en toda la empresa. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos.	Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES				Se cumple	Diseñada	Aprobado	Difundido	Implementado	Responsable	Funcionamiento	Mejora Continua
Principio 1: Demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos		Gerencia	Cargo Responsable				a	b	c	d	e	f	g	h
1.1.1	¿La empresa tiene normas generales, políticas, acuerdos u otro ordenamiento en materia de Control Interno, de observancia obligatoria?	Principio 17	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento				1	1	1	1	1	1	1
1.1.2	¿La empresa tiene formalizado un Código de Ética o de Conducta?	Principio 28	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.3	¿Se cumple este Código de Ética o el de Conducta, en todos los niveles de la empresa?	Principio 28	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.4	¿El Código de Ética o el de Conducta se da a conocer a otras personas con las que se relaciona la empresa?	Principio 28	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.5	¿La empresa solicita por escrito, periódicamente, la aceptación formal del compromiso de cumplir con el Código de Ética o el de Conducta por parte de todo el personal sin distinción de	Principio 28	AF/RH	Jefa Departamento Recursos Humanos				1	1	1	1	1	1	1
1.1.6	¿El Código de Ética y el de Conducta están incluidos en el plan anual de capacitación de la empresa?	Principio 28	AF/RH	Jefa Departamento Recursos Humanos				1	1	1	1	1	1	1
1.1.7	¿Se comunica y se hace énfasis en las responsabilidades de cada empleado frente al control interno de la empresa?	Principio 17	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.8	¿Todo el personal, incluyendo los órganos gerenciales, son sujetos periódicamente a una confirmación de conocimiento y adhesión al Código de Ética o el de Conducta de la empresa?	Principio 28	AF/RH	Jefa Departamento Recursos Humanos				1	1	1	1	1	1	1
1.1.9	¿Se tiene establecido un procedimiento para vigilar, detectar, investigar y documentar las posibles violaciones a los valores éticos y a las normas de conducta de la empresa?	Principio 28	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.10	¿En la empresa existen medios para recibir denuncias de posibles violaciones a los valores éticos y a las normas de conducta?	Principio 28	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.1.11	¿Se tiene establecido instancias superiores donde se informa el estado que guarda la atención de las investigaciones de las denuncias por actos contrarios a la ética y conducta que involucren al personal de la empresa?	Principio 28	GG GG/CA	Gerente General Departamento Coordinación Administrativa				1	1	1	1	1	1	1
Principio 2: Ejerce la responsabilidad de supervisión		Gerencia	Cargo Responsable				a	b	c	d	e	f	g	h
1.2.12	¿Se tienen establecidos Comités Especiales para el tratamiento de asuntos relacionados con las funciones del Directorio?	Principios 17 y 19	GG/CR AF/RH	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento Jefe Departamento Recursos Humanos				1	1	1	1	1	1	1
1.2.13	¿Se tiene establecido un programa de actualización profesional para los miembros de los Comités Especiales conformados?	Principios 15 y 19	GG/CR AF/RH	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento Jefe Departamento Recursos Humanos				1	1	1	1	1	1	0
1.2.14	¿La estructura del Directorio y sus comités están de acuerdo con el tamaño y complejidad de la empresa?	Principios 17 y 19	GG	Gerente General Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento				1	1	1	1	1	1	0
1.2.15	¿El Directorio y sus Comités conocen con suficiente detalle sus responsabilidades y funciones de monitoreo sobre gestión, reporte financiero y control interno?	Principios 16, 17 y 19	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento				1	1	1	1	1	1	0
1.2.16	¿Las actas de las reuniones llevadas a cabo por el Directorio y/o Comité de Auditoría (o quien haga sus veces), demuestran el monitoreo efectivo del Directorio y/o sus Comités.	Principios 16, 17 y 19	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento				1	1	1	1	1	1	0
1.2.17	¿El Directorio y/o Comité de Auditoría (o quien haga sus veces) dan valor a las denuncias recibidas de terceros y monitorean su investigación y seguimiento?	Principios 17 y 19	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento				1	1	1	1	1	1	0
Principio 3: Establece estructuras, autoridad y responsabilidades		Gerencia	Cargo Responsable				a	b	c	d	e	f	g	h
1.3.18	¿La estructura organizacional se ha desarrollado sobre la base de la misión, objetivos y actividades de la empresa y se ajusta a la realidad?	Principios 21 y 22	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1
1.3.19	¿El Manual de Organización y Funciones (MOF) refleja todas las actividades que se realizan en la empresa y están debidamente delimitadas?	Principios 21 y 22	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información				1	1	1	1	1	1	1

0	42	DATOS BÁSICOS					CRITERIOS DE EVALUACIÓN									
42	COMPONENTE	Principio 1	Principio 2	Principio 3	Principio 4	Principio 5										
[EC] EN TORNO DE CONTROL																
1	Es el conjunto de normas, procesos y estructuras que proporcionan la base para llevar a cabo el Control Interno en toda la empresa. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos.	Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES				Se cumple	Diseñada	Aprobada	Difundida	Implementada	Responsable	Funcionamiento	Mejora Continua		
1.3.20	¿La empresa cuenta con un Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente actualizado?	Principios 21 y 22	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.3.21	¿Todas las personas que laboran en la empresa ocupan plazas previstas en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) y un cargo incluido en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP)?	Principios 21 y 22	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.3.22	¿La Gerencia General u órgano equivalente y los órganos gerenciales se aseguran de que los trabajadores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás manuales) que regulan las actividades de la empresa?	Principios 21	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.3.23	¿Los roles y responsabilidades por cargo se encuentran alineados con los objetivos de la empresa?	Principios 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.3.24	¿Se han elaborado manuales de procedimientos (MAPRO) o Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos (MGPP) con sus respectivos flujos de información debidamente actualizado?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Principio 4: Demuestra compromiso con la competencia de sus profesionales			Gerencia	Cargo Responsable			a	b	c	d	e	f	g	h		
1.4.25	¿La empresa tiene formalmente establecido un proceso para la administración de los recursos humanos, que considere las actividades de reclutamiento, selección, ingreso, contratación, capacitación, evaluación del desempeño, promoción, ascensos y separación del personal?	Principios 20 y 23	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.4.26	¿Se han identificado las competencias necesarias para cada cargo previsto en el CAP y se han plasmado en un documento normativo (perfil del cargo)?		AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.4.27	¿La empresa cuenta con estudios de carga laboral por área, perfiles por cargo, identificación de exceso o carencia de personal en ciertas áreas o procesos en función al valor agregado?		AF/RH GG/OM	Jefa Departamento de Recursos Humanos Jefa Departamento Organización y Métodos			1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4.28	¿Se realizan evaluaciones permanentes de desempeño del personal y se aplican medidas de mejoramiento requeridas?	Principio 23	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.4.29	¿La empresa tiene formalizado su Reglamento Interno de Trabajo (RIT) debidamente actualizado?		AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.4.30	¿La empresa tiene formalizado un programa de capacitación para el personal?		AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.4.31	¿Existe un procedimiento formalizado para evaluar la competencia profesional y/o el desempeño del personal que labora en la empresa?	Principio 23	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.4.32	¿Se cuenta con un programa de inducción y reintegración al personal que ingresa relacionados con el puesto al que ingresa y de los principios éticos?	Principio 28	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.4.33	¿La empresa cuenta con indicadores de rotación?		AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4.34	¿La empresa cuenta con un plan de sucesión temporal o permanente especialmente para cargos críticos?	Principio 24	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Principio 5: Aplica la responsabilidad por la rendición de cuentas			Gerencia	Cargo Responsable			a	b	c	d	e	f	g	h		
1.5.35	¿El Directorio, la Gerencia y demás personal son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno?	Principio 17	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.5.36	¿Todo el personal conoce sus responsabilidades y actúa de acuerdo con los niveles de autoridad que le corresponden?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.5.37	¿La empresa cuenta con un área específica o equipo de trabajo (o quien haga sus veces) que sea la responsable de coordinar las actividades del sistema de control interno?		GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.5.38	¿Se comunica el cumplimiento de metas y objetivos de manera permanente en cada área y se establecen compromisos de mejoramiento claros?	Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.5.39	¿Se han definido indicadores de medición de desempeño, cumplimiento y comportamiento y se han asociado a incentivos y recompensas?	Principio 1	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos Jefa Departamento Organización y Métodos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.5.40	¿Aprueba el comité de remuneraciones (o quien haga sus veces) todos los planes de incentivos de la gerencia vinculados con el desempeño?	Principios 19 y 23	AF/RH	Jefa Departamento de Recursos Humanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1.5.41	¿Se tienen establecidas políticas de monitoreo a indicadores de cumplimiento, así como a sus incentivos y recompensas?	Principio 1	AF/RH GG/OM	Jefa Departamento de Recursos Humanos Jefa Departamento Organización y Métodos			1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
1.5.42	¿Las políticas de incentivos y recompensas por el logro de objetivos incluyen y hacen énfasis en el cumplimiento de los valores éticos esperados?	Principios 1 y 28	AF/RH GG/OM	Jefa Departamento de Recursos Humanos Jefa Departamento Organización y Métodos			1	1	1	1	1	0	0	0	0	0

0	26	DATOS BASICOS	Principio 6	Principio 7	Principio 8	Principio 9	CRITERIOS DE EVALUACIÓN							
26	COMPONENTE						Presente							
[ER] EVALUACIÓN DE RIESGOS			Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES			Se cumple	Diseñada	Aprobado	Difundido	Implementado	Responsable	Funcionamiento	Mejora Continua
2	Es el proceso para identificar y analizar los riesgos que pudieran impedir el cumplimiento de los objetivos de la empresa. Esta evaluación provee las bases para desarrollar respuestas apropiadas al riesgo, que mitiguen su impacto en caso de materialización.						a	b	c	d	e	f	g	h
Principio 6: Especifica objetivos adecuados			Gerencia	Cargo Responsable			a	b	c	d	e	f	g	h
2.6.1	¿La empresa cuenta con un Plan Estratégico, en el que se establezcan sus objetivos y metas estratégicos?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
2.6.2	¿La empresa cuenta con un Plan Operativo y Presupuesto, en el que se establezcan sus objetivos y metas anuales?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
2.6.3	¿La empresa cuenta con políticas o metodologías para la realización de las actividades de planeación (elaboración del Plan Estratégico y Plan Operativo), en el ámbito de su sector?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
2.6.4	¿La empresa tiene establecidos indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos de su Plan Estratégico y Plan Operativo?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
2.6.5	Respecto a los indicadores, ¿se han determinado parámetros de cumplimiento (nivel de variación aceptable) respecto de las metas establecidas?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	0
2.6.6	¿La presupuestación, distribución y asignación de los recursos se realiza con base en los objetivos estratégicos establecidos por la empresa?		Principio 1	GG/AF GG/OM	Gerente Administración y Finanzas Jefa Departamento Organización y Métodos			1	1	1	1	1	1	0
2.6.7	A partir de los objetivos estratégicos, ¿se han establecido objetivos y metas específicos para las diferentes unidades o áreas de la estructura organizacional de la empresa?		Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
2.6.8	¿Los objetivos de la empresa están alineados y vinculados al cumplimiento de la normativa específica que regula sus funciones y los servicios públicos que presta?		Principio 1 y 4	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información			1	1	1	1	1	1	1
Principio 7: Identifica y analiza el riesgo			Gerencia	Cargo Responsable			a	b	c	d	e	f	g	h
2.7.9	¿En la empresa existe un Comité de Administración de Riesgos (o quien haga sus veces) formalmente establecido?		Principios 21 y 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.10	Respecto al Comité de Administración de Riesgos (o quien haga sus veces), ¿su funcionamiento está regulado formalmente (mediante reglamento o política de operación)?		Principios 21 y 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.11	¿Existe en la empresa una unidad específica o equipo de trabajo (o quien haga sus veces) responsable de coordinar el proceso de Administración de Riesgos?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	0
2.7.12	¿La empresa tiene identificado los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de sus objetivos y metas?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.13	Respecto a la identificación de riesgos, ¿señale los niveles de la estructura organizacional en los que se realiza la identificación de riesgos: Áreas; Procesos; Otros, especificar?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.14	¿La empresa cuenta con una política y metodología para identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	0
2.7.15	Mencione, de los procesos críticos seleccionados en el alcance si, ¿se les han realizado el análisis y la evaluación de los riesgos que de materializarse pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos de la empresa?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.16	¿La evaluación de riesgos contempla aquellos originados en proveedores de servicios bajo esquema de outsourcing y proveedores críticos que de manera directa o indirecta impacten el logro de los objetivos de la empresa?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	0	0	0
2.7.17	¿Los riesgos poseen un dueño o líder que se encargue de administrarlos, definir las acciones para mitigarlos y monitorearlos?		Principio 27	GG	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	1
2.7.18	¿La empresa ha aplicado su análisis de riesgos tanto al riesgo inherente como al residual?		Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			1	1	1	1	1	1	0

2.7.19	¿En el proceso de evaluación de riesgos se analizan fallas en los controles que puedan haber provocado en el pasado la pérdida de recursos, errores en la información o incumplimientos legales o normativos?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
2.7.20	¿Para los riesgos identificados y evaluados según su importancia, la empresa ha determinado y formalizado la respuesta a cada uno de los mismos?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	
2.7.21	¿El proceso de administración de riesgos es iterativo, de manera que cuándo un riesgo residual excede los niveles de tolerancia al riesgo para cualquiera de las categorías de objetivos, la respuesta al riesgo es redefinida?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
Principio 8: Evalúa el riesgo de fraude			Gerencia	Cargo Responsable	a	b	c	d	e	f	g	h	
2.8.22	¿Se cuenta con alguna política, procedimiento, manual o guía en el que se establezca la metodología para administrar los riesgos de fraude y la obligatoriedad de realizar la revisión periódica de las áreas susceptibles a posibles actos de fraude, para garantizar que están operando adecuadamente?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
2.8.23	En la empresa, con el apoyo, en su caso, de las instancias especializadas (Comité de Ética, Comité de Riesgos, etc.), ¿se identifica, analiza y da respuesta al riesgo de fraude y contrarios a la integridad en todos los procesos que lleva a cabo?	Principios 27 y 28	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
Principio 9: Identifica y analiza los cambios significativos			Gerencia	Cargo Responsable	a	b	c	d	e	f	g	h	
2.9.24	¿Cuenta la empresa con un proceso para identificar, comunicar y evaluar cambios en los factores internos y externos que pueden impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos?	Principio 22	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
2.9.25	En relación a la pregunta anterior, ¿estos asuntos son escalados para consideración del Directorio y la Gerencia General u órgano equivalente?	Principio 22	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
2.9.26	¿Se evalúa el impacto que puede tener sobre el control interno de la empresa, realizar cambios en la operación tales como reestructuración, nuevas tecnologías, alianzas estratégicas, entre otros?		GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
0	32	DATOS BASICOS		Principio 10	Principio 11	Principio 12	CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
32	COMPONENTE						Presente		Funcionando				
[AC] ACTIVIDADES DE CONTROL													
3	Son las acciones establecidas por la empresa, mediante políticas y procedimientos, para responder a los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento y logro de los objetivos. Las actividades de control se llevan a cabo en todos los niveles de la empresa, en las distintas etapas de los procesos y en los sistemas de información.	Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES			Se cumple	Diseñada	Aprobado	Difundido	Implementado	Responsable	Funcionamiento	Mejora Continua
Principio 10: Selecciona y desarrolla actividades de control			Gerencia	Cargo Responsable	a	b	c	d	e	f	g	h	
3.10.1	En relación con la pregunta núm. 2.7.15 del componente Evaluación de Riesgos, ¿señale si se tiene formalmente implementado un programa para el fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en el alcance?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
3.10.2	Indique si en el ROF o MOF u otro documento de la empresa, ¿se establecen las atribuciones y funciones del personal de las áreas y/o unidades que son responsables de los procesos por los	Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1	
3.10.3	¿La empresa tiene formalizado un Mapa de Procesos, donde se evidencie la interrelación de estos, articulados entre estratégicos, misionales y de soporte?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0	
3.10.4	¿La empresa cuenta con la caracterización de los procesos críticos seleccionados en el alcance?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0	
3.10.5	¿La empresa cuenta con indicadores de desempeño para los procesos críticos seleccionados en el alcance?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0	
3.10.6	¿Se establecen actividades de control, para garantizar las integridad de la información enviada y recibida de los proveedores de servicios compartidos, centros de datos, o procesos tercerizados que procesen información para la empresa?	Principio 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	
3.10.7	¿Indique si en la caracterización de los procesos críticos esta establecida		GG/SI	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0	

3.10.8	¿Los procedimientos de autorización y aprobación para los procesos, actividades y tareas han sido adecuadamente comunicados a los responsables?		GG/OM	Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0
3.10.9	¿La empresa cuenta con una política, manual o documento análogo, en el que se establezca la obligación de evaluar y actualizar periódicamente las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas?		GG/OM	Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1
3.10.10	¿Se evalúa el adecuado diseño de los controles como respuesta a la mitigación de los riesgos, y si estos han sido desarrollados e implementados como fueron diseñados?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	1
3.10.11	¿Los accesos en los sistemas son revisados con el fin de mantener la segregación de funciones?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	0	0	0
3.10.12	¿Las actividades expuestas a riesgo de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo?	Principio 27	GG/OM	Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1
3.10.13	¿Se efectúa rotación periódica del personal asignado u otro método en puestos susceptibles a riesgo de fraude?		AF/RH	Jefe Departamento de Recursos Humanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Principio 11: Selecciona y desarrolla controles generales sobre la tecnología			Gerencia	Cargo Responsable	a	0	c	d	e	f	g	h
3.11.14	¿Indique si la empresa tiene sistemas informáticos que apoyen el desarrollo de sus actividades misionales, financieras o administrativas? En su caso, anote el nombre de los sistemas y los procesos que apoyan.		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.15	¿La empresa cuenta con un Comité de Tecnología de Información y Comunicaciones (u otro equivalente) donde participen los principales órganos gerenciales, personal del área de tecnología y representantes de las áreas usuarias?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.16	¿Se cuenta con un Plan Operativo Informático?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
3.11.17	¿Se cuenta con un programa de adquisiciones o renovación de equipos y/o software?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
3.11.18	¿Se cuenta con un inventario de aplicaciones en operación?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.19	¿Se cuenta con licencias y contratos para el funcionamiento y mantenimiento de los equipos de TIC?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
3.11.20	¿La empresa cuenta con políticas y lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicación (claves de acceso a los sistemas, programas y datos; detectores y defensas	Principios 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.21	¿Se realizan actividades de control para validar que las solicitudes de accesos a las aplicaciones corresponden con las listas aprobadas?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.22	¿Se realizan actividades de control para actualizar los accesos cuando el personal cambia de funciones de trabajo o se retiran de la empresa?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.23	¿Se realizan actividades de control relacionadas con revisiones periódicas sobre los accesos otorgados en los sistemas?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.24	¿Existe una metodología para el desarrollo de los sistemas informáticos?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.25	¿La metodología desarrollada incluye controles sobre los cambios a la tecnología?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
3.11.26	¿Se seleccionan y ejecutan actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez de la información entregada y recibida de los proveedores de servicios?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
Principio 12: Despliega políticas y procedimientos			Gerencia	Cargo Responsable	a	b	c	d	e	f	g	h
3.12.27	¿Se tiene formalmente implementado un documento por el cual se establezca(n) el(los) plan(es) de recuperación de desastres y de continuidad de la operación para los sistemas informáticos (que incluya datos, hardware y software críticos, personal y espeacios físicos) asociados directamente a los procesos o actividades por lo que se da cumplimiento a los objetivos y metas de la empresa?	Principio 24	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	0	0	0

3.12.28	En caso de que los planes de continuidad y recuperación en caso de desastres se encuentren contratados con un tercero, ¿se tiene la documentación que ampare la selección del proveedor que mejor cumpla con las necesidades de la empresa; así como las especificaciones de los servicios cubiertos?	Principio 24	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	0	0	0	0	0	0	
3.12.29	¿Los procedimientos especifican claramente las responsabilidades del personal que realiza la actividad de control y establecen la rendición de cuentas que reside en la última instancia en la gestión o en la empresa o en el proceso donde reside el riesgo?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1	
3.12.30	¿Los procedimientos incluyen las fechas y/o frecuencia de cuando se llevan a cabo las actividades de control y las acciones correctivas de seguimiento y estos consideran el nivel de exposición del riesgo?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	0	0	0	0	0	0	0	0	
3.12.31	¿La asignación de los controles se realiza considerando el nivel de competencia del personal y su autoridad para llevar a cabo el control, la complejidad de la actividad de control y el volumen de las operaciones?		GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	
3.12.32	¿La Gerencia General u órgano equivalente revisa periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control para determinar que siguen siendo relevantes y las actualiza cuando es necesario (Ejemplo los cambios en las personas, los procesos, y la tecnología, pueden reducir la eficacia de las actividades de control o realizar algunas actividades de control redundantes)?		GG GG/OM	Gerente General Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0	
0	20	DATOS BASICOS			Principio 13	Principio 14	Principio 15	CRITERIOS DE EVALUACIÓN					
20	COMPONENTE							Presente		Funcionando			
[IC] INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN													
4	La información es necesaria para que la empresa lleve a cabo sus responsabilidades de Control Interno para el logro de sus objetivos. La empresa requiere tener acceso a comunicaciones relevantes y confiables en relación con los eventos internos y externos.	Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES		Se cumple	Diseñada	Aprobada	Difundida	Implementada	Responsable	Funcionando	Mejora Continua	
Principio 13: Utiliza información relevante		Gerencia	Cargo Responsable		a	b	c	d	e	f	g	h	
4.13.1	¿Se tiene implantado formalmente un Plan de Sistemas de Información, debidamente alineado y que apoye los procesos por lo que se da cumplimiento a los objetivos de la empresa establecidos en su Plan Estratégico o Plan Operativo?	Principios 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	
4.13.2	¿Se ha definido la información requerida en cada nivel de la empresa para soportar el funcionamiento del Sistema de Control Interno?	Principios 29 y 30	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0	
4.13.3	¿La empresa cuenta con políticas y/o procedimientos autorizados que establezcan las características y fuentes de obtención de datos, así como los elementos para su procesamiento y para la generación de información sobre los procesos o actividades que lleva a cabo de conformidad con la normativa aplicable?	Principios 29 y 30	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1	
4.13.4	¿Se han diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos?	Principios 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0	
4.13.5	¿Se realiza un balance entre los beneficios y los costos de obtener y administrar la información de acuerdo a las necesidades de la empresa?	Principios 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	0	0	0	0	0	0	
Principio 14: Se comunica internamente		Gerencia	Cargo Responsable		a	b	c	d	e	f	g	h	
4.14.6	En relación con los objetivos y metas establecidos por la empresa en su Plan Estratégico o Plan Operativo, ¿existen responsables designados para generar la información sobre el cumplimiento de los objetivos y metas (indicadores)?	Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1	
4.14.7	¿La empresa asignó responsables respecto de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Presupuesto?	Principio 1	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1	

4.14.8	¿La empresa asignó responsables respecto de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública?	Principio 29 y 30	GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	1	1	1	1	1	0
4.14.9	¿La empresa cuenta con una política, disposición u otro documento por el cual se establezcan las obligaciones y responsabilidades del personal en materia de Control Interno, en sus respectivos ámbitos de autoridad?		GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	0
4.14.10	¿Se tiene formalmente insituido la elaboración de un documento por el cual se informe periódicamente al Directorio o Gerencia General u órgano equivalente, la situación que guarda el funcionamiento general del Sistema de Control Interno?	Principio 22	GG/OM	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0
4.14.11	¿La empresa cumple con la obligatoriedad de registrar contablemente sus operaciones y qué éstas se reflejen en la información financiera (Sistema de Registro Contable)?	Principio 31	AF/CO	Jefa División de Contabilidad	1	1	1	1	1	1	1	1
4.14.12	¿Señale si la empresa ha cumplido con la generación de la información del procesos presupuestal del año en curso (Anexos para la Programación, Formulación y Aprobación - Año en curso)?	Principios 1, 29 y 30	AF/FI	Jefe Departamento de Finanzas	1	1	1	1	1	1	1	0
4.14.13	Para los sistemas informáticos que apoyan el desarrollo de las actividades misionales, financieras o administrativas de la empresa, indicados en la pregunta núm. 3.11.14 del componente Actividades de Control, ¿señale si se les ha aplicado una evaluación de Control Interno y/o de riesgos en el último ejercicio?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	1
4.14.14	En relación a la pregunta anterior, ¿señale si la empresa estableció actividades de control para mitigar los riesgos identificados que de materializarse, pudieran afectar su operación?	Principio 27	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1	0
4.14.15	¿La empresa cuenta con una metodología para la evaluación de Control Interno y riesgos en el ambiente Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC)?		GG/TI	Jefe División Tecnologías de Información y Comunicaciones	1	1	0	0	0	0	0	0
Principio 15: Se comunica con el exterior			Gerencia	Cargo Responsable	a	b	c	d	e	f	g	h
4.15.16	¿La empresa desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos para obtener o recibir información de las partes externas y para compartirla?	Principios 29 y 30	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1
4.15.17	¿A los proveedores se les comparte el código de ética de la empresa para que también ayuden a garantizar el cumplimiento del Código de Ética al interior de la empresa?	Principio 28	GG/OM	Jefe Departamento de Logística	1	1	1	1	1	1	1	1
4.15.18	¿La empresa cuenta con canales de comunicación entrantes para recibir información de clientes, proveedores y Auditores Externos y revisa si dicha información es importante en el funcionamiento del Sistema de Control Interno de la Empresa?	Principios 30 y 32	GG/SI	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1
4.15.19	¿La información resultante de las evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno son evaluados por la Gerencia y, cuando sea apropiado, comunicados al Directorio y/o Comité de Auditoría (o quien haga sus veces)?	Principios 22, 30 y 32	GG	Gerente General	1	1	1	1	1	1	1	1
4.15.20	¿La empresa selecciona los métodos para dar respuesta a la información entrante, para asegurar que los mensajes claves recibidos fueron atendidos y direccionados?	Principio 29 y 30	GG/OM	Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1	1

0	15	DATOS BASICOS	Principio 16	Principio 17	CRITERIOS DE EVALUACIÓN							
15	COMPONENTE				Presente		Funcionando					
	[AS] ACTIVIDADES DE SUPERVISION											
5	La supervisión del Sistema de Control Interno es esencial para contribuir a asegurar que el Control Interno se mantiene alineado con los objetivos institucionales, el entorno operativo, el marco legal aplicable, los recursos asignados y los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos.		Principio del CBGC FONAFE	RESPONSABLES	Se cumple	Diseñada	Aprobado	Difundido	Implementado	Responsable	Funcionamiento	Mejora Continua
Principio 16: Realiza evaluaciones continuas y/o independientes				Gerencia	Cargo Responsable							
5.16.1	¿La Gerencia selecciona y desarrolla una mezcla de evaluaciones continuas e independientes para asegurar que los cinco componentes de control interno estén presentes y funcionando?		Principio 32	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.16.2	¿La Gerencia considera los cambios que se van a presentar en la empresa y se anticipa a seleccionar y desarrollar actividades de monitoreo para reaccionar a dichos cambios?			GG	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.16.3	¿Las evaluaciones continuas e independientes se realizan frente a la línea base de entendimiento del diseño del sistema de control interno?		Principio 32	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.16.4	¿Las evaluaciones continuas están incluidas como parte de las actividades de los procesos y se ajustan a las condiciones cambiantes del negocio?			GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	0	0	0
5.16.5	¿Las unidades orgánicas realizan acciones para conocer oportunamente si los procesos en los que interviene se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos?			GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.16.6	¿Se realiza un entendimiento de cómo los proveedores de servicios tercerizados impactan los procesos que afectan el sistema de control interno y cuáles son las actividades y controles asociados al servicio?			AF/LO	Jefe Departamento de Logística	1	1	0	0	0	0	0
5.16.7	¿Los contratos con proveedores de servicios en outsourcing cuenta con cláusulas de auditoría?			AF/LO	Jefe Departamento de Logística	1	1	1	1	1	0	0
5.16.8	El área de Auditoría Interna (o quien haga sus veces), por lo menos anualmente desarrolla un Plan de Auditoría y selecciona procesos o áreas a ser auditados basados en un enfoque de riesgos, alineados con los objetivos de la empresa?		Principio 32	CI	Jefe Órgano de Control Institucional	1	1	1	1	1	1	0
Principio 17: Evalúa y comunica deficiencias				Gerencia	Cargo Responsable							
5.17.9	En relación a la evaluación de los objetivos y metas (indicadores) establecidos, a fin de conocer la eficacia y eficiencia de su cumplimiento, ¿se elabora un programa de acciones para resolver las problemáticas detectadas en dicha evaluación?		Principio 1	GG/OM	Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1	1	1	1	1	1	1
5.17.10	¿Se realiza el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas y a las deficiencias detectadas por Auditorías y el Órgano de Control Institucional?		Principio 32	GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1
5.17.11	¿Se implementan las recomendaciones producto de las autoevaluaciones realizadas?			GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	0	0
5.17.12	De los procesos críticos seleccionados en el alcance, ¿señale si se llevaron a cabo autoevaluaciones de Control Interno por parte de los responsables de su funcionamiento en el último ejercicio y, en su caso, si se establecieron programas de trabajo para atender las deficiencias identificadas?			GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.17.13	¿La empresa cuenta con un procedimiento formal por el cual se establezcan las políticas y mecanismos necesarios para que los responsables de los procesos, en sus respectivos ámbitos de actuación, comuniquen los resultados de sus evaluaciones de Control Interno y de las deficiencias identificadas al responsable de coordinar las actividades de Control Interno para su seguimiento?			GG/CR	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	0
5.17.14	Respecto a los procesos críticos seleccionados en el alcance, ¿indique si se llevaron a cabo auditorías internas o externas en el último ejercicio?			CI	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1
5.17.15	La Gerencia hace seguimiento a si las acciones correctivas de las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno se han cumplido en el tiempo establecido			GG	Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1	1	1	1	1	1	1

Anexo 4

Estructura de la Herramienta Integrada de Evaluación del Sistema, de Control Interno (Metodología Actualizada)

Preg.	Detalle Pregunta	Parámet.	Descripción Parámetro	Evidencia Parámetro	Responsable	Evidencias resaltadas y con comentarios (N° Pág. y numeral)	Puntaje
PC01	Código de Ética	0	La empresa no cuenta con Código de Ética.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa cuenta con Código de Ética aprobado y difundido a su personal y Directorio.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Código de Ética y/o Conducta aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. b) Difusión del Código de Ética y/o Conducta a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de su personal y Directorio. Nota: Tratándose del Directorio, bastará con presentar el documento que contenga el cargo de recepción del mismo para parte de los miembros del Directorio debidamente firmado. *Tratándose de FONAFE bastará con la captura de pantalla del correo electrónico a través del cual se remite el Código a los miembros del Directorio.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	1a. Código de Ética y acuerdo de aprobación al final del documento 1b.1. Captura de pantalla en web (Excelencia en Gestión /BGC) e Intranet 1b.2. Constancias entregadas a Directores	
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha difundido el Código de Ética a sus accionistas, proveedores y clientes.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Difusión del Código de Ética y/o Conducta a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de sus accionistas, proveedores y clientes.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	2a.1. Constancia de entrega a Accionistas 2a.2. Constancia de entrega a Proveedores 2a.3. Constancia de entrega a Clientes 2a.4. Captura de pantalla en web (Excelencia en Gestión/BGC) e Intranet	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, todo el personal de la empresa incluyendo la plana gerencial es sujeto a confirmación del conocimiento del Código y su compromiso de cumplimiento.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Declaración jurada y/o acta de compromiso firmado por el personal de la empresa. Para la acreditación bastará con presentar una declaración jurada o acta de compromiso por grupo ocupacional. Nota: Se entenderá como grupos ocupacionales, a los grupos de cargos considerados en la empresa tales como: Gerentes, Ejecutivos, Especialistas, Profesionales, Técnicos, Asistentes, Auxiliares, entre otros.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	3a.1. Constancia entregada a Gerentes, Jefes de División, Jefes de Dpto., Profesionales, Administrativos y Operativos 3a.2. Constancias de entrega 2021-2020-2019 a trabajadores nuevos y trabajadores suplentes (entregadas con posterioridad a la difusión a todo el personal).	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Código de Ética y los procedimientos relacionados a su cumplimiento han sido implementados y existe evidencia de la aplicación de los mismos por parte del personal, directivos y accionistas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión de Comité de Ética o el que haga sus veces, que den cuenta de las actividades implementadas. El documento deberá contar con los vistos y firmas correspondientes.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	4a.1 Acta del Comité de Ética-Sesión N°001/2021 4a.2 Acta del Comité de Ética-Sesión N°002/2021 4a.3 Acta del Comité de Ética-Sesión N°003/2021	
PC02	Violaciones al Código de Ética	0	La empresa no cuenta con procedimientos o mecanismos aprobados para vigilar, detectar, investigar y documentar las posibles violaciones al Código de Ética y Conducta.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa cuenta con un procedimiento para detectar, investigar y documentar las posibles violaciones al Código de Ética, el cual se encuentra aprobado.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Procedimiento u otro documento aprobado, que contenga las disposiciones relacionadas a la vigilancia, detección, investigación y documentación de las posibles violaciones al Código de Ética.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	1a.1. Código de Ética (Pág.37, literal c. y Pág. 39 ítem D.) 1a.2. Procedimiento de Atención de Sugerencias y Denuncias (Pág. 3, ítem B.; Pág.8, ítem B. y Pág.13, Num.7.2)	
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha cumplido con implementar un canal u otro medio para recibir denuncias de posibles violaciones al Código de Ética y de Conducta.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Captura de pantalla de portal web, intranet u otro aplicativo que configure un canal de denuncia. b) Formatos u otros documentos impresos a través de los cuales se presenten denuncias. c) Constancia emitida por el área correspondiente que señale que la empresa cuenta con una línea para denuncias.	Jefe Dpto. Org y Métodos e Información	2a. Captura de pantalla en web (Canal de Denuncias) 2b. Procedimiento de Atención de Sugerencias y Denuncias (Pág. 20, Anexo 3)	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa efectúa el seguimiento periódico a las denuncias de posibles violaciones al Código de Ética y de Conducta e informa semestralmente de ello a la Gerencia General.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral (2 al año) a la Gerencia General o al Comité de Ética o el que haga sus veces, sobre el seguimiento y estado de las denuncias de posibles violaciones al Código de Ética. b) Actas de sesión, memorándums u otro documento emitido por el Comité o la Gerencia, que acrediten medidas tomadas en respuesta a los incumplimientos reportados (sanciones, actualizaciones de procedimientos, etc.) c) Actas de sesión, memorándums u otro documento emitido por el Comité, que acredite el seguimiento a la ejecución de las medidas tomadas en respuesta a los incumplimientos reportados (sanciones, actualizaciones de procedimientos, etc.)	a) Jefe Div. Asesoría Legal b) Jefe Dpto. Coordinación Administrativa b) Jefe Div. Asesoría Legal	3a.1 Inf. Semestral Comité de Ética (I Semestre)	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio y/o Comité Especial de Auditoría, al menos semestralmente, toma conocimiento sobre el cumplimiento del Código de Ética y monitorea y hace seguimiento a la investigación y resultados de casos de violación al Código, lo cual consta en actas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión semestral del Directorio o Comité Especial de Auditoría, que evidencie el informe del cumplimiento del Código de Ética, así como el monitoreo o seguimiento de los resultados de la investigación de casos de violación al Código.	Jefe Dpto. Coordinación Administrativa	4a.1. Acta 019/2021 (Pág.15 Num.2.8)	

PC03	Conformación de Comités Especiales (1)	0	La Empresa no ha conformado algún comité especial de Directorio o solo ha conformado 1 comité pero aún no se encuentra formalizado.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha conformado al menos 1 comité especial de Directorio para el tratamiento relacionado con las funciones del directorio el cual cuenta con reglamento de funcionamiento aprobado y difundido	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Acta de sesión de Directorio que evidencie la creación del Comité Especial de Auditoría o del Comité Especial de Riesgos. b) Reglamento de funcionamiento del Comité Especial aprobado. Se entiende como debidamente aprobado, al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	a) y b) Jefa Dpto. Coordinación Administrativa	1a. SD 007-2021 Reestructuración Comités Especiales de Directorio (Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos, Comité de Inversiones y Comité de Compensaciones). 1b.1 Regl. Comité Auditoría y Gest. Riesgos 1b.2 Regl. Comité de Inversiones 1b.3 Regl. Comité de Compensaciones	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el comité especial se reúne al menos semestralmente.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión semestrales del Comité Especial (2 al año).	a) Jefe Div. Control de Riesgos y Cumplimiento (Comité Auditoría y Gestión de Riesgos)	2a.1 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 2a.2 Acta N° 2 del CAR - Sesión Ordinaria N° 01-2021 2a.3 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 2a.4 Acta N° 4 del CAR - Sesión Ordinaria N° 03-2021 2a.5 Acta N° 5 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 02-2021 2a.6 Acta N° 6 del CAR - Sesión Ordinaria N° 04-2021 2a.7 Acta N° 7 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 2a.8 Acta N° 8 del CAR - Sesión Ordinaria N° 06-2021	
		3	La empresa cuenta con al menos un comité especial, adicional al de Auditoría y Riesgos, los cuales se reúnen al menos semestralmente e informan al Directorio sobre sus acuerdos	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión semestrales de Comités Especiales, adicional al de Auditoría y Riesgos (2 al año).	a) Gerente Administración y Finanzas (Comité Inversiones) Jefe Dpto. Recursos Humanos (Comité Compensaciones)	3a.1 Acta Comité de Inversiones - 01-2021 3a.2 Acta Comité de Inversiones-02-2021 3a.3 Acta Comité de Inversiones - 03-2021 3a.4 Acta Comité de Inversiones - 04-2021 3a.5 Acta Comité de Compensaciones 01-2021 3a.6 Acta Comité de Compensaciones 02-2021 3a.7 Acta Comité de Compensaciones 03-2021 3a.8 Acta Comité de Compensaciones 04-2021	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, cada Comité tiene establecido un programa de actualización profesional anual para sus miembros y cuenta con al menos un director independiente.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Programa de actualización profesional para sus miembros. b) Actas de sesión de Directorio que evidencien la creación del Comité Especial en las cuales consta la designación de un director independiente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento (CAR) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información (CINV) Jefa Departamento Recursos Humanos (CCOM) b) Jefe Dpto. Coordinación Administrativa	4a.1 Program Actualizac. Prof.-Comité de Inversiones (Pag. 4 Numeral 6.) 4a.2 Program Actualizac. Prof.-Comité Aud. Gest. Riesgos (Pag. 2 Numeral 6) 4a.3 Program Actualizac. Prof.-Comité de Compensaciones (Pag. 2) 4b.1 SD N° 007-2021 Reestruc. Comités Esp-Director Indep (pag. 8 numeral 1.3.) 4b.2 SD N° 007-2021 Reestruc. Comités Esp-Director Indep (pag. 8 numeral 1.3.)	
PC04	Conformación de Comités Especiales (2)	0	La empresa no ha conformado un Comité Especial de Auditoría.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha conformado un Comité Especial de Auditoría pero no cuenta con un reglamento de funcionamiento.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Directorio que evidencie la creación del Comité Especial de Auditoría.	a) Jefe Dpto. Coordinación Administrativa	1a.1 SD 007-2021 Reestructuración Comités Especiales de Directorio	4
		2	La empresa ha conformado un Comité Especial de Auditoría el cual cuenta con reglamento de funcionamiento el cual se encuentra debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Reglamento del Comité Especial de Auditoría, aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. b) Difusión del reglamento a través de captura de la pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa b) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información.	2a.1 Regl. Comité Auditoría y Gest. Riesgos 2b.1 Circular de difusión Regl. del Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos 2b.2 Difusión Regl. Comité Auditoría y Gestión de Riesgos Intranet EGASA	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Comité Especial de Auditoría (o quien haga sus veces), demuestra el monitoreo efectivo del Directorio y/o sus Comités en relación con los siguientes temas: Control interno establecido por la gerencia y resultados de auditoría interna, externa y OCI, Evaluación de riesgo de fraude, y, Revisión de controles sobre cuentas importantes de los estados financieros (ej.: estimaciones) lo cual consta en actas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Comité Especial de Auditoría que evidencie el monitoreo del Directorio y/o Comités respecto de control interno, evaluación de riesgo de fraude, y, revisión de controles sobre cuentas importantes de los estados financieros.	a) Jefe Div. Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 (SCI, GIR) 3a.2 Acta N° 2 del CAR - Sesión Ordinaria N° 01-2021 (Sistema Nacional de Control, Obligaciones y Compromisos) 3a.3 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 (Sistema Nacional de Control, SCI, GIR, Sistema Anticorrupción). 3a.4 Acta N° 4 del CAR - Sesión Ordinaria N° 03-2021 (Sistema Nacional de Control, Obligaciones y Compromisos) 3a.5 Acta N° 5 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 02-2021 (SCI, GIR) 3a.6 Acta N° 6 del CAR - Sesión Ordinaria N° 04-2021 (Sistema Nacional de Control, Obligaciones y Compromisos, Supervisión Estados Financieros) 3a.7 Acta N° 7 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 (Sistema Nacional de Control, SCI, GIR). 3a.8 Acta N° 8 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 (Sistema Nacional de Control, Obligaciones y Compromisos, Supervisión Estados Financieros, Sistema Anticorrupción).	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Comité Especial de Auditoría informa al Directorio semestralmente los resultados de su gestión.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión semestrales (2 veces al año) del Directorio que evidencien informes del Comité Especial de Auditoría.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 SD-003-2021 Inf-CAR I Trim. Comité Auditoría (Revisar: Pag. 27 Numeral 3.19.) 4a.2 SD 010-2021 Inf. CR-I Trim. Comité de Auditoría (Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos (Pag. 26 Num. 2.18) 4a.3 SD-020-2021 Inf. CR-II Trim. Comité Auditoría (Revisar: Pág. 15 Num. 2.14 - Informe Trimestral Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos) 4a.4 SD-027-2021 Inf. CR - III Trim. Comité de Auditoría (Revisar Pag 15 - Informe Trimestral Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos) 4a.5 Inf0003 2021 CR - Inf. Gestión CAR IV Trim 2020 4a.6 Inf0015 2021 CR - Inf. Gestión CAR I Trim 2021 4a.7 Inf0027 2021 CR - Inf. Gestión CAR II Trim 2021 4a.8 Inf0034 2021 CR - Inf. Gestión CAR III Trim 2021	

PC05	Alineamiento de Objetivos	0	La determinación de los objetivos estratégicos de la empresa no se ha determinado en el marco de sus funciones sustantivas y servicios que presta.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha alineado sus objetivos estratégicos con las funciones sustantivas a su cargo y los servicios y/o bienes que presta y establecido. Asimismo, ha establecido metas específicas para los diferentes órganos y unidades orgánicas de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Plan Estratégico Institucional debidamente aprobado vigente. b) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) debidamente aprobado y vigente. c) Informe emitido a la Gerencia General o al Directorio señalando los servicios y/o bienes identificados. d) Plan Operativo Institucional debidamente aprobado y vigente. En las evidencias a), b) y d) se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información	1a PEI - Versión 04 aprobado (Metas por áreas Pág.109, 110 y 111) 1b. ROF (Pág. 6 Capítulo II (serv. y bs. identificados), Pág.7 Art.6°; Pág.13 Num. 14.20; Pág.14 Num. 16.11; Pág.37 Num. 28.5, 28.6 y 28.7) y acuerdo de aprobación al final del documento 1d.1 POI 2021 (inicial) y acuerdo de aprobación al final del documento.	4
		2	La empresa cuenta con indicadores aprobados y difundidos para medir el cumplimiento de los objetivos de su Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan Operativo Institucional aprobado y vigente conteniendo indicadores. b) Plan Estratégico Institucional aprobado y vigente conteniendo indicadores. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información	2a.1 POI 2021 (inicial) y acuerdo de aprobación al final del documento. 2b PEI - Versión 04 (Pág.98 Matriz Estratégica y Págs. 100 a la 108)	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha determinado parámetros de cumplimiento (nivel de variación aceptable) respecto de las metas establecidas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Documento debidamente aprobado conteniendo los parámetro de cumplimiento (nivel de variación aceptable) respecto de las metas establecidas. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información	3a. Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos (Pág.29 Cód. E1.01.PR8 y E1.01.PR9); así como Ficha de Proceso E1.01 (Cód Actividad E1.01.109 - Pág.90 y E1.01.134 - Pág.92)	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio toman conocimiento del avance de cumplimiento de objetivos y metas, y estas son comunicadas a cada órgano y unidad orgánica de la empresa estableciendo compromisos de mejora claros.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informes o reportes trimestrales a la Gerencia General, sobre el avance del cumplimiento del Plan Operativo Institucional. b) Actas de sesión semestrales (2 veces al año) del Directorio en las cuales se evidencie el avance del cumplimiento de objetivos y metas del ejercicio así como los compromisos de mejora.	a) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información b) Jefe Dpto. Coordinación Administrativa	4a.1. Evaluación POI IV Trim. 2020 (Enero) 4a.2. Evaluación POI I Trim. 2021 (Abril) 4a.3. Evaluación POI II Trim. 2021 (Julio) 4a.4. Evaluación POI III Trim. 2021 (Nov.) 4b.1. Acta 003/2021 (Págs.25 y 26 Num.3.13 y 3.15) 4b.2 Acta 020/2021 (Pág. 14 Num. 2.10 y 2.12)	
PC06	Mapeo de procesos	0	La empresa no cuenta con un mapa de procesos	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un mapa de procesos aprobado y vigente hasta el nivel que haya definido (nivel n) actualizado.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Mapa de procesos aprobado, vigente y difundido hasta el nivel que la empresa haya definido (nivel n). Para evidenciar su difusión deberá adjuntar la captura de pantalla de la intranet o correos electrónicos que pongan a disposición de los colaboradores involucrados. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Div., Sistema de Gestión Integrado	1a.1 FSI- GEO-E1.02-01-01 Mapa de Procesos Nivel 0 y 1 1a.2 Acta de Directorio 030-2018 Aprobación Mapa de Procesos (Pág. 17) 1b.1 FSI- GEO-E1.02-01-04 Inventario de procesos aprobado 1b.2 Acta de Comité General del SIG 002/2020 (Aprobación del Inventario de Procesos, Pág.08, Numeral 5.c)	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. La empresa cuenta con sus procesos priorizados debidamente documentados y aprobados (ficha de cada macro proceso, proceso y sub proceso).	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de los procesos priorizados aprobadas y vigente según mapa de procesos aprobado y vigente, en las cuales se identifique a los responsables de realizar las actividades del proceso, así como de procesar, revisar y autorizar las operaciones. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	a y b) Jefe Div., Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Matriz de Priorización Nivel 0 2a.2 Matriz de Priorización Nivel 1 2a.3 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2a.4 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos) 2b.1 Fichas de Procesos Nivel 0 y 1	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con los procesos del alcance de sus sistemas de gestión que conforman su sistema integrado de gestión documentados y aprobados (ficha de cada macro proceso, proceso y sub proceso).	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de los procesos aprobadas y vigentes según mapa de procesos aprobado y vigente del alcance de sus sistemas de gestión que conforman su sistema integrado de gestión, en las cuales se identifique a los responsables de realizar las actividades del proceso, así como de procesar, revisar y autorizar las operaciones. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Div., Sistema de Gestión Integrado	3a.1 Fichas de Procesos Nivel 0 y 1	
		4	La empresa cuenta con todos sus procesos operativos, de soporte, estratégicos y otros documentados y aprobados (ficha de cada macro proceso, proceso y sub proceso).	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de todos los procesos debidamente aprobadas y vigentes según mapa de procesos aprobado y vigente, en las cuales se identifique los responsables de realizar las actividades del proceso y de procesar, revisar y autorizar las operaciones. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Div., Sistema de Gestión Integrado	4a.1 Fichas de Procesos Nivel 0 y 1	

PC07	Procesos críticos / priorizados	0	La empresa no cuenta con una matriz de priorización de procesos.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con una metodología para la priorización de procesos críticos de la empresa, aprobada y difundida, aplicable a la gestión de procesos y gestión de riesgos.	Para acreditar el presente parámetro la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Metodología de priorización de procesos aprobada, vigente y difundida que muestre alcance a gestión por procesos y gestión de riesgos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. Para evidenciar su difusión deberá adjuntar la captura de pantalla de la intranet o correos electrónicos que pongan a disposición de los colaboradores involucrados	a y b) Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	1a.1 MGPP-GEO-E1.02-01 Manual de Procesos y Procedimientos v.02. (Numeral 11, Pág. 35-38) 1a.2 E3.1.1 MC1_v1 Manual Corporativo SIG basado proc.FONAFE (Pág. 23, Numeral 6.4.3.1 d) 1a.3 Acta de Revisión por la Dirección 002/2020 (Aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos. Numeral 5 e). Pág. 09) 1a.4 Metodología Resumen para valorar la matriz de priorización 1b.1 Comunicación a todos los correos de EGASA el Acceso a Base Documental del SGI y Procesos 1b.2 Captura de Pantalla Difusión MPP en Base Documental 1b.3 Resumen de Metodología para valorar la Matriz de Priorización 1b.4 Documento Interno Convocatoria para valoración de matriz de priorización Nivel 0, fichas de procesos, indicadores, riesgos 1b.5 Circular Convocatoria Dueños y Coordinadores de Procesos para la explicación de la migración, roles y responsabilidades y criterios de priorización.	4
		2	Se cumple con el criterio anterior. La empresa cuenta con una metodología para la priorización de procesos críticos de la empresa aprobada y difundida, aplicable a todos los sistemas de gestión requeridos en la empresa (procesos, riesgos, calidad, seguridad de la información, continuidad del negocio, entre otros).	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencias: a) Metodología para la priorización de procesos completa, aprobada, vigente y difundida que muestre alcance a todos los sistemas de gestión requeridos en la empresa (procesos, riesgos, calidad, seguridad de la información, continuidad del negocio, entre otros). Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. Para evidenciar su difusión deberá adjuntar la captura de pantalla de la intranet o correos electrónicos que pongan a disposición de los colaboradores involucrados	a y b) Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Matriz de Priorización Nivel 0 2a.2 Matriz de Priorización Nivel 1 2a.3 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2a.4 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos) 2b.1 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2b.2 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos)	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con la matriz de procesos priorizados aplicada a la gestión de procesos y riesgos aprobada y difundida, la cual es revisada y actualizada (de ser necesario) con una periodicidad no mayor a dos (2) años.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar las siguientes evidencias: a) Matriz de priorización de procesos completa, aprobada, vigente y difundida según mapa de procesos aprobado y vigente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. Para evidenciar su difusión deberá adjuntar la captura de pantalla de la intranet o correos electrónicos que pongan a disposición de los colaboradores involucrados b) Memorándum, acta de reunión u otro documento en el cual se visualice la revisión de la matriz de priorización de procesos priorizados aprobada y vigente en un periodo no mayor a dos (2) años.	a y b) Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Matriz de Priorización Nivel 0 2a.2 Matriz de Priorización Nivel 1 2a.3 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2a.4 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos) 2b.1 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2b.2 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos)	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con la matriz de procesos priorizados aprobada y difundida, aplicable a todos los sistemas de gestión requeridos por la empresa la cual es revisada y actualizada (de ser necesario) con una periodicidad no mayor a dos (2) años.	Para acreditar el presente parámetro la empresa podrá presentar las siguientes evidencias: a) Matriz de priorización de procesos completa, aprobada, vigente y difundida de todos los sistemas de gestión requeridos. b) Memorándum, acta de reunión u otro documento en el cual se visualice la revisión de la matriz de priorización de procesos aplicable a todos los sistemas de gestión aprobada y vigente en un periodo no mayor a dos (2) años.	a y b) Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Matriz de Priorización Nivel 0 2a.2 Matriz de Priorización Nivel 1 2a.3 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2a.4 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos) 2b.1 Acta de Reunión Procesos Nivel 0 y Comité SIG 2b.2 Actas de Reunión Procesos Nivel 1 (Participantes: Dueños, coordinadores y responsable de la gestión por procesos)	
PC08	Indicadores de procesos	0	La Empresa no cuenta con fichas de indicadores para los procesos de la empresa.	Ninguna evidencia.			3
		1	La empresa cuenta con fichas de indicadores aprobadas para los procesos priorizados de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de indicadores para procesos priorizados aprobadas según matriz de priorización de procesos y mapa de procesos aprobado y vigente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente.	Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	1a.1 Fichas de indicadores de los procesos	
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con un tablero de control para el seguimiento de los indicadores de procesos priorizados y emite reportes trimestrales a la Gerencia General sobre su estado.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Tablero de control para el seguimiento de los indicadores de procesos priorizados según matriz de priorización de procesos y mapa aprobado y vigente, visado por los responsables de su gestión. b) Informe o reporte trimestral al Gerente General o Dirección Ejecutiva (para el caso de FONAFE) sobre el seguimiento de los indicadores de procesos priorizados.	Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Tablero de Seguimiento de Procesos 2b.1 Informe trimestral de seguimiento a la Gestión por Procesos	
		3	La empresa cuenta con fichas de indicadores aprobadas para todos procesos de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de indicadores de todos los procesos aprobadas según mapa de procesos aprobado y vigente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: Si algún proceso no ha requerido la definición e implementación de un indicador, especificarlo en el detalle de la evaluación.	Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Tablero de Seguimiento de todos los Procesos	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con un tablero de control para el seguimiento de los indicadores de todos los procesos y emite reportes trimestrales a la Gerencia General sobre su estado.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Tablero de control con el seguimiento de los indicadores de todos los procesos, visado por los responsables de su gestión, según mapa de procesos aprobado y vigente. b) Informe o reporte trimestral (4 al año) al Gerente General o Dirección Ejecutiva (para el caso de FONAFE) sobre el seguimiento de los indicadores de todos los procesos.	Jefe Div... Sistema de Gestión Integrado		

PC9	Indicadores de los Sistemas	0	La empresa no cuenta con indicadores en su Plan Operativo Institucional	Ninguna evidencia.				1
		1	La empresa cuenta con indicadores para por lo menos 1 sistema (BGC, SCI, GIR) en su Plan Operativo Institucional	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan Operativo Institucional donde se evidencie los indicadores de por lo menos 1 sistema (BGC, SCI, GIR)	Dpto. Organización y Métodos e Información	1a. POI 2021 (inicial) y acuerdo de aprobación al final del documento.		
		2	La empresa cuenta con indicadores para por lo menos 2 sistemas (BGC, SCI, GIR) en su Plan Operativo Institucional	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan Operativo Institucional donde se evidencie los indicadores de por lo menos 2 sistemas (BGC, SCI, GIR)	Dpto. Organización y Métodos e Información			
		3	La empresa cuenta con indicadores para por lo menos 3 sistemas (BGC, SCI, GIR) en su Plan Operativo Institucional	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan Operativo Institucional donde se evidencie los indicadores de por lo menos 3 sistemas (BGC, SCI, GIR)	Dpto. Organización y Métodos e Información			
		4	La empresa realiza seguimiento periódico al cumplimiento de estos indicadores	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta, Informe u otro documento que evidencie el seguimiento realizado con una frecuencia menor a un año.	Dpto. Organización y Métodos e Información			
PC10	Riesgos de procesos	0	La Empresa no cuenta con una matriz de riesgos a nivel entidad.	Ninguna evidencia.				2
		1	La empresa cuenta con una matriz de riesgos a nivel entidad, debidamente aprobada.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles llena a nivel de entidad aprobada. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: Para las empresas pertenecientes al rubro Finanzas, bastará con adjuntar la matriz de riesgos operacionales (Matriz RO) aprobada.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 1a.2 ACTA CTR-004-2021 - EGASA del Comité Técnico de Riesgos		
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con una matriz de riesgos a nivel de los procesos priorizados de la empresa, la cual se encuentra debidamente aprobada.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles llena a nivel de procesos priorizados de la empresa, aprobados, según matriz de priorización aprobada y vigente Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: Para las empresas pertenecientes al rubro Finanzas, bastará con adjuntar la matriz de riesgos operacionales (Matriz RO) aprobada.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 2a.2 ACTA CTR-004-2021 - EGASA del Comité Técnico de Riesgos		
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con una matriz de riesgos a nivel todos los procesos de la empresa, la cual se encuentra debidamente aprobada.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles llena a nivel de todos los procesos de la empresa, aprobados, según mapa de procesos aprobado y vigente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: Para las empresas pertenecientes al rubro Finanzas, bastará con adjuntar la matriz de riesgos operacionales (Matriz RO) aprobada.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento			
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio de la empresa toman conocimiento semestralmente del seguimiento a los riesgos de los procesos de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte semestral a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva (para el caso de FONAFE) o actas semestrales de sesión del Comité de GIR (2 al año) en el cual se visualice el seguimiento a los riesgos de los procesos de la empresa. b) Actas semestrales de sesión de Directorio (2 al año) donde se visualice el informe de seguimiento a los riesgos de los procesos de la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Departamento Coordinación Administrativa			
PC11	Dueños de procesos y de los riesgos que estos implican	0	No existen dueños de procesos y de los riesgos que estos implican formalmente designados en la empresa.	Ninguna evidencia.				4
		1	Los dueños de los procesos y de los riesgos que estos implican se encuentran formalmente designados en la empresa	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Fichas de todos los procesos según mapa de procesos aprobado y vigente o algún documento aprobado y vigente donde se detallen los dueños de los procesos y de los riesgos que estos implican por procesos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: La empresa debe designar como dueños o responsables de los procesos y riesgos a cargos, más no a Gerencias o áreas.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado	1a.1 Ficha de Procesos Nivel 0 y Nivel 1 vigentes		
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el dueño del proceso y de los riesgos que estos implican involucra a las otras áreas participantes del proceso a mapear, actualizar o mejorar sus procesos o riesgos.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Memorandum, actas de reunión, correos electrónicos u otro documento donde se evidencie que los dueños de procesos involucran a las otras áreas participantes del proceso a mapear, actualizar o mejorar sus procesos y riesgos en el año en evaluación. Nota: En el presente caso bastará con adjuntar como mínimo 2 documentos.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado	2a.1 Actas de Reunión de procesos		
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el dueño del proceso lidera la revisión periódica de sus procesos y riesgos.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar la siguiente evidencia: a) Memorandum, actas de reunión, correos electrónicos u otro documento donde se evidencie que los dueños o responsables lideran la revisión periódica de sus procesos y riesgos en el año en evaluación. Nota: En el presente caso bastará con adjuntar como mínimo 2 documentos.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado	3a.1 Actas de Reunión de procesos 3a.2 Acta de Revisión por la Dirección- Ítem actualización de Matriz de Riesgos y Oportunidades		
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el dueño del proceso propone al órgano competente, la actualización y/o mejoras a sus procesos y riesgos, incluyendo para ello la documentación de sustento.	Para acreditar el presente parámetro, la empresa podrá presentar las siguientes evidencias: a) Memorandum, actas de reunión, correos electrónicos u otro documento donde se evidencie que los dueños o responsables proponen al órgano competente la actualización y/o mejoras a sus procesos y riesgos incluyendo la documentación de sustento durante el año en evaluación. Nota: En el presente caso bastará con adjuntar como mínimo 2 documentos.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado	4a.1 Matriz de Riesgos y Oportunidades 4a.2 Acta de aprobación de Matriz de Riesgos y Oportunidades 4a.3 Acta de Revisión por la Dirección- Ítem actualización de Matriz de Riesgos y Oportunidades		

PC12	Comité de Riesgos	0	La empresa no cuenta con un Comité Especial de Riesgos u otro que cumpla sus veces.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un Comité Especial de Riesgos u otro que cumpla sus veces debidamente creado y designado con acta de constitución.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Directorio u otro documento que evidencie la creación del Comité Especial de Riesgos u otro que cumpla sus veces. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera al Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 SD 007-2021 Reestructuración Comités Especiales de Directorio (Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos, Comité de Inversiones y Comité de Compensaciones). 1a.2 Designación Comité Técnico de Riesgos	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente el Comité Especial de Riesgos u otro que cumpla sus veces, cuenta con reglamento o política aprobada que regula su funcionamiento.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Reglamento o política aprobado del Comité Especial de Riesgos u otro que cumpla sus veces. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación correspondiente. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera al Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Regl. Comité Auditoría y Gest. Riesgos	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, los miembros del Comité Especial de Riesgos u otro que cumple sus veces conocen sus funciones y responsabilidades y sesiona por lo menos semestralmente.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Constancia escrita o correo electrónico que evidencie la puesta a disposición del lineamiento y/o reglamento del Comité Especial de Riesgos, conteniendo las funciones y/o responsabilidades de los miembros. b) Actas semestrales de sesión de Comité Especial de Riesgos (2 al año). Nota: Tratándose de FONAFE, se considera al Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Circular de difusión Reglamento Comité Auditoría y Gestión de Riesgos 3b.1 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 3b.2 Acta N° 2 del CAR - Sesión Ordinaria N° 01-2021 3b.3 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 3b.4 Acta N° 4 del CAR - Sesión Ordinaria N° 03-2021 3b.5 Acta N° 5 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 02-2021 3b.6 Acta N° 6 del CAR - Sesión Ordinaria N° 04-2021 3b.7 Acta N° 7 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 3b.8 Acta N° 8 del CAR - Sesión Ordinaria N° 06-2021 3b.9 ACTA CTR-001-2021-EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3b.10 ACTA CTR-002-2021-EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3b. ACTA CTR-003-2021-EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3b.10 ACTA CTR-004-2021-EGASA (Comité Técnico de Riesgos)	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Comité Especial de Riesgos, u otro que cumple sus veces, por lo menos semestralmente, emite reportes o informa al Directorio.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Directorio que evidencien los informes o reporte anual (1 vez al año) del Comité Especial de Riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera al Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	4a.1 SD-003-2021 Inf-CAR I Trim. Comité Auditoría (Revisar: Pág. 27 Numeral 3.19.) 4a.2 SD 010-2021 Inf. CR-I Trim. Comité de Auditoría (Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos) (Pág. 29 Num. 2.18) 4a.3 SD-020-2021 Inf. CR-II Trim. Comité Auditoría (Revisar: Pág. 15 Num. 2.14 - Informe Trimestral Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos) 4a.4 SD-027-2021 Inf. CR - III Trim. Comité de Auditoría (Revisar Pág. 15 - Informe Trimestral Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos) 4a.5 Inf0003 2021 CR - Inf. Gestión CAR IV Trim 2020 4a.6 Inf0015 2021 CR - Inf. Gestión CAR I Trim 2021 4a.7 Inf0027 2021 CR - Inf. Gestión CAR II Trim 2021 4a.8 Inf0034 2021 CR - Inf. Gestión CAR III Trim 2021	
PC13	Identificación y análisis del Riesgo (I)	0	La empresa NO cuenta con un órgano o unidad orgánica, o equipo de trabajo, o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un órgano o unidad orgánica, o equipo de trabajo, o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) ROF debidamente aprobado vigente, resolución u otro documento que evidencie la existencia del órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador, responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 ROF del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. (Páginas 21-24) 1a.2 Designación del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. 1a.3 Estructura Orgánica del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. 1a.4 MOF del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. (Pag 27)	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos conoce sus funciones y responsabilidades.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta u otro documento vigente que acredite que el órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos conoce sus funciones y responsabilidades. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Circular difusión ROF 2a.2 Difusión circular por sistema 2a.3 Difusión web -ROF 2a.4 Difusión ROF, MOF, N.P. Riesgos	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos elabora reportes semestrales a la Gerencia General.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informes o reportes semestrales (2 al año) emitidos por el órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Informe N° GG/CR-0002-2021-EGASA - Evaluación GIR IV Trim 2020 3a.2 Informe N° GG/CR-0014-2021-EGASA - Resultados autoevaluación Riesgos 2020 3a.3 Informe N° GG/CR-0018-2021-EGASA - Evaluación GIR I Trim 2021 3a.4 Informe N° GG/CR-0029-2021-EGASA - Evaluación GIR I Sem 2021 3a.5 Informe N° GG/CR-0037-2021-EGASA - Evaluación GIR III Trim 2021.	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador a cargo de coordinar el proceso de administración de riesgos, emite reportes semestrales al Directorio, sobre el estado de la implementación seguimiento y evaluación de los riesgos en la empresa" (") Tratándose de FONAFE el reporte se efectuará a la Dirección Ejecutiva.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas semestrales de sesión de Directorio (2 al año) que evidencien los Informes o reportes semestrales del órgano o unidad orgánica o grupo de trabajo o colaborador, responsable de coordinar el proceso de administración de riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acuerdo de Directorio N° 003-2021-EGASA - Gestión Integral de Riesgos 2020 (enero 2021) 4a.2 SD 001-2021-Gestión de Riesgos II Sem 2020 4a.3 Acuerdo de Directorio N° 042-2021-EGASA - Gestión de Riesgos 1er. Semestre (Julio 2021) 4a.4 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021	

PC14	Identificación y análisis del Riesgo (2)	0	La empresa no ha identificado los riesgos que enfrenta la empresa.	Ninguna evidencia.		
		1	Existen prácticas para identificar los distintos riesgos que enfrenta la empresa pero aún no se encuentran formalizadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles de la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 1a.2 ACTA CTR-004-2021 - EGASA del Comité Técnico de Riesgos
		2	La empresa cuenta con una política y/o metodología aprobada y difundida, para identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Política o metodología para identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo de la empresa, debidamente aprobada. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión de la política o metodología a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que la ponga a disposición de los interesados.	a y b) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Lineamiento Corporativo - Lineamiento de Gestión Integral de Riesgos FONAFE (Lineamiento aprobado por FONAFE) - (Pag. 12, Numeral 7.2) 2a.2 Manual Corporativo - Guía para la Gestión Integral de Riesgos (Manual aprobado por FONAFE) - Identificación de Riesgos (Pag. 15 y 17) - Evaluación de Riesgos (Pag. 20) - Control de Riesgos (Pag. 25) 2a.3 PSI 4-03 Procedimiento de Gestión de Riesgos y Oportunidades (Aprobación en Documento) - Procedimiento de Identificación y control de Riesgos (Pag. 4) - Procedimiento Seguimiento Controles y Planes de Acción (Pag. 5) 2a.4 Procedimiento EGASA 024- Política, Normas y Procedimientos sobre Riesgo y Fraude - Procedimiento Evaluación y prevención riesgo de fraude (Pag. 17) - Procedimiento detección riesgo de fraude (Pag. 19) 2a.5 Reglamento Comité Audi. y Gest. de Riesgos 2b.1 Difusión Web Manual y Procd Gest Riesgos
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la política y/o metodología incluye los riesgos de fraude.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política o metodología para identificar, evaluar, administrar y controlar los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo de la empresa, debidamente aprobada, en la cual se visualice la inclusión de riesgos de fraude. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe Div. Control de Riesgos y Cumplimiento Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información	3a.1 Lineamiento Corporativo - Lineamiento de Gestión Integral de Riesgos FONAFE (Lineamiento aprobado por FONAFE) - (Pag. 12, Numeral 7.2) 3a.2 Manual Corporativo - Guía para la Gestión Integral de Riesgos (Manual aprobado por FONAFE) - Identificación de Riesgos (Pag. 15 y 17) - Evaluación de Riesgos (Pag. 20) - Control de Riesgos (Pag. 25) 3a.3 PSI 4-03 Procedimiento de Gestión de Riesgos y Oportunidades (Aprobación en Documento) - Procedimiento de Identificación y control de Riesgos (Pag. 4) - Procedimiento Seguimiento Controles y Planes de Acción (Pag. 5)
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio, al menos semestralmente, toma conocimiento y evalúa del seguimiento, control y manejo de riesgos lo cual consta en Actas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión de Directorio semestrales (2 al año) en las cuales se visualice el informe de riesgos que incluye el estado de avance del seguimiento, control y manejo de riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acuerdo de Directorio N° 003-2021-EGASA - Gestión Integral de Riesgos 2020 (enero 2021) 4a.2 SD 001-2021-Gestión de Riesgos II Sem 2020 4a.3 Acuerdo de Directorio N° 042-2021-EGASA - Gestión de Riesgos 1er. Semestre (Julio 2021) 4a.4 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021
PC15	Evaluación de riesgos	0	La Empresa no ha realizado actividades orientadas a la evaluación de los riesgos en la empresa.	Ninguna evidencia.		
		1	La empresa realiza actividades orientadas a evaluar los riesgos que pudieran afectar el cumplimiento de metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo de la Empresa en el marco de la metodología y/o política aprobada.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles, debidamente aprobada.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 1a.2 ACTA CTR-004-2021 - EGASA del Comité Técnico de Riesgos 1a.2 Evaluación de Riesgos para Servicios de Outsourcing
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la evaluación de riesgos contempla aquellos originados en proveedores de servicios bajo esquema de Outsourcing y proveedores críticos que de manera directa o indirecta impacten en el logro de los objetivos de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles en la cual se visualice aquellos originados en proveedores de servicios bajo esquema de Outsourcing y proveedores críticos que de manera directa o indirecta impacten en el logro de los objetivos de la empresa. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 (En relación a los servicios tercerizados por Outsourcing se han identificado los riesgos Gm.R15 y Lo.R15)
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, en el proceso de evaluación de riesgos se analizan fallas en los controles que puedan haber provocado en el pasado, la pérdida de recursos, errores en la información o incumplimientos legales o normativos.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles en la cual se visualice el análisis a fallas en los controles que puedan haber provocado en el pasado, la pérdida de recursos, errores en la información o incumplimientos legales o normativos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 03 Matriz de Riesgos y Oportunidades V.7 (En relación a los servicios tercerizados por Outsourcing se han identificado los riesgos Gm.R15 y Lo.R15) 3a.2 Proyecto de Inclusión Normativa para el análisis de fallas en los controles de riesgos. 3a.3 Info029 2021 CR - GIR I Sem 2021. (Pag. 5 - Revisión y Análisis de fallas en los controles de riesgos)
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio, semestralmente es informado sobre los resultados del proceso de evaluación de riesgos incluyendo aquellos originados en proveedores de servicios bajo esquema de Outsourcing y proveedores críticos y las fallas en los controles que puedan haber provocado en el pasado, la pérdida de recursos, errores en la información o incumplimientos legales o normativos. Asimismo el Directorio es informado respecto de las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas semestrales de sesión de Directorio (2 al año) en las cuales se visualice el informe de riesgos que incluye los resultados del proceso de evaluación de riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera la información remitida a la Dirección Ejecutiva.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento Jefa Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acuerdo de Directorio N° 003-2021-EGASA - Gestión Integral de Riesgos 2020 (enero 2021) 4a.2 SD 001-2021-Gestión de Riesgos II Sem 2020 4a.3 Acuerdo de Directorio N° 042-2021-EGASA - Gestión de Riesgos 1er. Semestre (Julio 2021) 4a.4 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021

PC16	Análisis de Riesgos	0	La empresa no ha considerado en su proceso de análisis de riesgos tanto al riesgo inherente como al riesgo residual	Ninguna evidencia			
		1	La empresa ha considerado en su proceso de análisis de riesgos tanto al riesgo inherente como al riesgo residual	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles, en la cual se visualice el riesgo residual y el riesgo inherente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 (74 controles de riesgos) 1a.2 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021 (77 controles de riesgos)	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente el proceso de administración de riesgos en la empresa es iterativo, de manera que cuando un riesgo residual excede los niveles de tolerancia del riesgo para cualquiera de las categorías de riesgo, la respuesta al riesgo es redefinida.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles, en la cual se visualice el riesgo residual y el riesgo inherente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 (74 controles de riesgos) 1a.2 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021 (77 controles de riesgos) 1a.3 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 1a.4 ACTA CTR-004-2021 - EGASA del Comité Técnico de Riesgos	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente se efectúan reportes trimestrales a la Gerencia, sobre el proceso de análisis y administración de riesgos que incluye al riesgo inherente y al riesgo residual.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral a la Gerencia (02 al año) en el cual se visualice el seguimiento a los procesos de análisis y administración de riesgos de la empresa, incluyendo el riesgo inherente y el riesgo residual.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Informe N° GG/CR-0002/2021-EGASA - Evaluación GIR IV Trim 2020 3a.2 Informe N° GG/CR-0019/2021-EGASA - Evaluación GIR I Trim 2021 3a.3 Informe N° GG/CR-0029-2021-EGASA - Evaluación GIR I Sem 2021. 3a.4 Informe N° GG/CR-0037-2021-EGASA - Evaluación GIR III Trim 2021.	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente el Directorio semestralmente toma conocimiento del proceso de análisis y administración de riesgos que incluye al riesgo inherente y al riesgo residual.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Actas semestrales (2 al año) de sesión de Directorio donde se visualice el seguimiento al proceso de análisis y administración de riesgos de la empresa, incluyendo el riesgo inherente y el riesgo residual. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera la información remitida a la Dirección Ejecutiva.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento Jefa Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acuerdo de Directorio N° 003-2021-EGASA - Gestión Integral de Riesgos 2020 (enero 2021) 4a.2 SD 001-2021-Gestión de Riesgos II Sem 2020 4a.3 Acuerdo de Directorio N° 042-2021-EGASA - Gestión de Riesgos 1er. Semestre (Julio 2021) 4a.4 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021 4a.5 Acta SD 018-2021	
PC17	Apetito de Riesgo	0	La empresa no cuenta con la definición de apetito de riesgo ni tolerancia	Ninguna evidencia.			1
		1	La empresa cuenta con un documento que incluya la definición de apetito de riesgo y ha desarrollado una adecuada relación secuencial entre el apetito, tolerancia y capacidad de riesgo, debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Manual, Directiva, Lineamiento o procedimiento debidamente aprobado en el que se aprecie la definición de apetito de riesgo y ha desarrollado una adecuada relación secuencial entre el apetito, tolerancia y capacidad de riesgo. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión del Manual, Directiva, Lineamiento o procedimiento a través de la captura de pantalla del portal web, o intranet, o correos electrónicos u otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a y b) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 PSI 4-03 Procedimiento de Gestión de Riesgos y Oportunidades (Aprobación en Documento) - Apetito de Riesgos (última página)	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha definido una frecuencia de actualización del perfil de riesgos y se asegura de actualizar periódicamente el apetito de riesgos de la organización en función de parámetros estratégicos, financieros y operativos definidos previamente por el Directorio.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Lineamiento o procedimiento aprobado donde se establezca la frecuencia para ejecutar la actualización del perfil de riesgos y la actualización del apetito de riesgos de la empresa. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se informa a la Gerencia General el seguimiento a los planes de acción de los riesgos residuales altos y extremos de manera trimestral.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte trimestral a la Gerencia General (4 al año) relacionado con el seguimiento a los planes de acción de los riesgos residuales altos y extremos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente el Directorio toma conocimiento de la actualización de la definición del apetito de riesgos por lo menos cada 2 años; y del seguimiento a los planes de acción de los riesgos residuales altos y extremos de manera anual.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio anual (1 al año) en donde se incluya, dentro de los asuntos a tratar, el seguimiento a los planes de acción para los riesgos altos y extremos que se encuentran por encima de su apetito de riesgos. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Acta de Sesión de Directorio (de corresponder), en donde se incluya dentro de los asuntos a tratar, la actualización de la definición del apetito de riesgos. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera el acta del Comité de Gerentes de FONAFE.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa		

PC19	Evaluación de riesgo de fraude	0	La Empresa no ha identificado, analizado y dado respuesta al riesgo de fraude y contrarios a la integridad en todos los procesos que lleva a cabo.	Ninguna evidencia.				
		1	La Empresa identifica, analiza y da respuesta al riesgo de fraude en algunos de los procesos que lleva a cabo.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles en los cuales se visualicen los riesgos de fraude. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 - Riesgos de Fraude: R17 - Estratégico; Lo R18 - Macroproceso 1a.2 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021		
		2	La Empresa identifica, analiza y da respuesta al riesgo de fraude en todos los procesos críticos identificados que lleva a cabo.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles en los cuales se visualicen los riesgos de fraude críticos identificados. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 - Riesgos de Fraude: R17 - Estratégico; Lo R18 - Macroproceso 1a.2 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021		
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la identificación el análisis y respuesta al riesgo de fraude se realiza con el apoyo de instancias especializadas como Comité Especial de Riesgos o el que haga sus veces.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Comité Especial de Riesgos en la cual se visualice el tratamiento de riesgo de fraude. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera las actas del Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 3a.2 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 3a.3 Acta N° 5 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 02-2021 3a.4 Acta N° 7 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 3a.5 ACTA CTR-001-2021 - EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3a.6 ACTA CTR-002-2021 - EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3a.7 ACTA CTR-003-2021 - EGASA (Comité Técnico de Riesgos) 3a.8 ACTA CTR-004-2021 - EGASA (Comité Técnico de Riesgos)		4
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio toman conocimiento, semestralmente sobre los resultados del identificación, análisis y respuesta al riesgo de fraude, así como de las mejoras identificadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reporte semestral a la Gerencia General (2 al año) sobre los resultados del tratamiento del riesgo de fraude en la empresa. b) Actas semestrales de Sesión de Directorio (2 al año) en la cual se visualice los resultados del tratamiento del riesgo de fraude en la empresa. Nota: Tratándose de FONAFE, se considera las actas del Comité de Gerentes de FONAFE o Comité Técnico de Riesgos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Inf0002 2021 CR - GIR IV Trim 2020 (07-01) - Pag. 42 y Pag. 64 4a.2 Inf0019 2021 CR - GIR I Trim 2021 (29-04) - Pag 25 y Pag. 45 4a.3 Inf0029 2021 CR - GIR I Sem 2021 (08-07) - Pag 25 y 46 4a.4 Inf0037 2021 CR - GIR III Trim 2021 (28-10) - Pag. 5; Pag. 23 y Pag. 39 4b.1 Acuerdo de Directorio N° 003-2021-EGASA - Gestión Integral de Riesgos 2020 (enero 2021) 4b.2 SD 001-2021-Gestión de Riesgos II Sem 2020 4b.3 Acuerdo de Directorio N° 042-2021-EGASA - Gestión de Riesgos 1er. Semestre (Julio 2021) 4b.4 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021 4b.5 Acta SD 018-2021		
PC20	Personas expuestas a riesgo de fraude	0	Las actividades expuestas a riesgo de error o fraude se encuentran concentradas en las mismas personas o equipos de trabajo.	Ninguna evidencia.				
		1	Las actividades expuestas a riesgo de error o fraude han sido asignadas a diferentes personas o equipos de trabajo.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles, debidamente aprobadas.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 03 Matriz de Riesgos Y Oportunidades V.7 - Riesgos de Fraude: R17 - Estratégico; Lo R18 - Macroproceso 1a.2 SD 018-2021-Gestión de Riesgos I Sem 2021		
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con una Política o procedimiento aprobado para la rotación periódica de las personas o equipos de trabajo asignados a actividades expuestas o susceptibles a riesgo de fraude.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Política o procedimiento aprobado, que defina la rotación de personal para cargos susceptibles al riesgo de fraude. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Informe o reporte que evidencie la rotación de personal en cargos susceptibles de riesgo de fraude de acuerdo a lo dispuesto en su política o procedimiento.	a y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información b) Jefe Departamento Recursos Humanos			
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa efectúa la rotación periódica de las personas o equipos de trabajo asignados a actividades expuestas o susceptibles a riesgo de fraude.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte a la Gerencia General y/o Dirección Ejecutiva que evidencie la rotación de personal en cargos susceptibles de riesgo de fraude de acuerdo a lo dispuesto en su política o procedimiento.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información Jefe Departamento Recursos Humanos			1
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el área orgánica a cargo de la rotación, emite un informe o reporte a la Gerencia General respecto de las rotaciones de personal realizadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte a la Gerencia General y/o Dirección Ejecutiva que evidencie la rotación de personal en cargos susceptibles de riesgo de fraude de acuerdo a lo dispuesto en su política o procedimiento.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información Jefe Departamento Recursos Humanos			

PC21	Incentivos y recompensas	0	La Empresa no ha definido indicadores de medición de desempeño, cumplimiento y comportamiento asociados a incentivos y recompensas.	Ninguna evidencia.			
		1	La Empresa ha definido indicadores de medición de desempeño, cumplimiento y comportamiento y los ha asociados a incentivos y recompensas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Indicadores de medición de desempeño aprobados, asociados a incentivos y recompensa. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1a.1 Convenio de Gestión 2021 suscrito	4
		2	Se cumple lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con políticas de monitoreo a indicadores de cumplimiento para el logro de objetivos, así como a sus incentivos y recompensas, debidamente aprobadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política de monitoreo a indicadores de cumplimiento aprobado, en la cual se visualice la determinación de incentivos y recompensas. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	2a.1 MGPP DE-E2-01 dic - MANUAL DE GESTIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, las políticas de incentivos y recompensas por el logro de objetivos incluyen y hacen énfasis en el cumplimiento de los valores éticos esperados.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política de monitoreo a indicadores de cumplimiento aprobado, en la cual se considere los valores éticos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos y firmas correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	3a.1 Norma EGASA N° 017 - Normas de Gestión Estratégica y Operativa	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General toma conocimiento anualmente del resultado del monitoreo a indicadores de cumplimiento así como de los incentivos y recompensas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte anual a la Gerencia General sobre los resultados del monitoreo a indicadores de cumplimiento así como respecto de incentivos y recompensas.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	4a.1 Evaluación Convenio de Gestión IV trim 2020 (Enero 2021) 4a.2 Evaluación_Convenio_de_Gestión_III_Trim_2021 (Julio 2021)	
PC22	Plan de Sucesión	0	No se ha definido un plan de sucesión.	Ninguna evidencia.			1
		1	La empresa ha definido un plan de sucesión temporal o permanente para los puestos críticos (claves) lo cual ha sido debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan de sucesión debidamente aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión del Plan de Sucesión a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	Jefe Dpto. Recursos Humanos	1a.1 Plan de sucesión de la Gerencia General.	
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, existe alguna evidencia de la práctica de los planes de sucesión para los puestos críticos (claves) de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte del órgano competente sobre la aplicación de los planes de sucesión en la empresa, durante el ejercicio materia de validación.	Jefe Dpto. Recursos Humanos		
		3	El Directorio ha aprobado un plan de sucesión del personal directivo con la finalidad de asegurar la continuidad del negocio, el cual ha sido debidamente difundido.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan de Sucesión del personal directivo debidamente aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. De corresponder se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Difusión del Plan de Sucesión a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	Jefe Dpto. Recursos Humanos		
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio, al menos anualmente, toma conocimiento del nivel de ejecución de los planes de sucesión.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Directorio que evidencie el reporte del nivel de ejecución de los planes de sucesión de la empresa.	Jefe Dpto. Recursos Humanos		
PC23	Auditoría Interna	0	No se ha establecido políticas de auditoría interna.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa ha establecido una política de auditoría interna la cual se encuentra en proceso de aprobación.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Proyecto de política u otro documento, que comprenda disposiciones relacionadas con la función de Auditoría Interna.	a) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Norma EGASA N-NAM-E3.03-01 - Política y Normas de Auditoría 1a.2 Oficio de envío Política a FONAFE para aprobación por JGA	
		2	La empresa cuenta con una política de auditoría interna aprobada y difundida.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Política u otro documento aprobado que comprenda disposiciones relacionadas con la función de Auditoría Interna. b) Evidencia de aprobación, por parte del Directorio, de la política u otro documento que regule la función de auditoría interna. Este puede ser el Acta, copia certificada de la transcripción de acuerdo o similar. c) Difusión de la política o documento, a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a); b) y c) Jefe Dpto. Organización y Métodos e Información	2a.1 y 2b.1: Norma EGASA N-NAM-E3.03-01 - Política y Normas de Auditoría (Resolución de Gerencia General que aprueba dicho documento se encuentra al finalizado dicho documento - Pag. 32) 2c.1 Difusión Política y Normas de Auditoría Intranet	
		3	El área de auditoría interna (o quien haga sus veces), por lo menos anualmente, desarrolla su plan de auditoría y selecciona procesos o áreas a ser auditados basados en un enfoque de riesgos, alineados con los objetivos de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan de auditoría basado en enfoque de riesgos, aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación o el acta de aprobación o la formalidad de aprobación que tiene cada empresa. b) En los casos de las empresas que no cuenten con un área de auditoría o similar, podrán adjuntar la Resolución de Contraloría que aprueba la Directiva que contiene el Plan Anual de Control de los OCL, para el ejercicio en evaluación.	a) Jefe Div. Control de Riesgos y Cumplimiento. b) Organismo de Control Institucional	3a.1 Plan de Auditoría de Gestión - Capacidad Gasto 2019 - 2020 (Vigente para desarrollar en el I Semestre de 2022, de acuerdo a la evidencia 3a.3) 3a.2 A.D. 035 - Plan Anual de Auditoría 3a.3 Cronograma Auditoría Interna reprogramado (Pag. 10) 3a.4 Acta N° 8 del CAR - Sesión Ordinaria N° 06-2021 Reprogramación Plan Auditoría (Pag. 2)	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Comité Especial de Auditoría (o el que haga sus veces) sesiona por lo menos 3 veces al año, para formular propuestas a la política de auditoría, revisar los informes de auditoría y/o realiza el seguimiento de su aplicación, lo cual consta en Actas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de sesión del Comité Especial de Auditoría (3 al año) del ejercicio a validar, que incluya la evaluación de los informes de auditoría y/o seguimiento de las observaciones realizadas por el área de auditoría, en la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	Todas las Sesiones se realiza seguimiento a recomendaciones emitidas por órganos de Auditoría. 4a.1 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 4a.2 Acta N° 2 del CAR - Sesión Ordinaria N° 01-2021 4a.3 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 4a.4 Acta N° 4 del CAR - Sesión Ordinaria N° 03-2021	

PC24	Continuidad Operativa	0	La empresa no cuenta con un plan(es) de recuperación de desastres y de continuidad de la operación para los sistemas informáticos.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un plan(es) de recuperación de desastres y de continuidad de la operación para los sistemas informáticos (que incluya datos, hardware y software críticos, personal y espacios físicos) asociados directamente a los procesos o actividades por los que se da cumplimiento a los objetivos y metas de la empresa, el cual se encuentra debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan de recuperación de desastres y continuidad de operación para los sistemas informáticos debidamente aprobado y difundido, en el cual se pueda considerar lo mencionado en la NTP asociado al ISO 27001. y/o b) Otros Planes de recuperación y continuidad de operación tales como los relacionados a las instalaciones e infraestructura eléctrica de la empresa u otros aspectos que afecten el cumplimiento de los objetivos y metas de la empresa debidamente aprobados y difundidos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se acredita la difusión a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones b) Jefe División Sistema de Gestión Integrado	1a.1 Plan Recuperación desastres continuidad servicios TIC 1a.2 y 1a.3 Aprobación Plan de Recuperación de Desastres y continuidad de servicios TIC	1
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha implementado las medidas necesarias para el adecuado funcionamiento del Plan de recuperación de desastres y de continuidad de la operación para los sistemas informáticos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Memorándums, circulares o correos electrónicos que acrediten la realización de actividades orientadas a facilitar el cumplimiento del Plan de recuperación de desastres y continuidad de operación.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa por lo menos una vez al año ejecuta pruebas o simulacros para el funcionamiento del Plan(es) de recuperación de desastres y de continuidad de la operación para los sistemas informáticos.	Para acreditar el presente parámetro presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte de resultados de las pruebas o simulacros efectuados por el área correspondiente durante el ejercicio en evaluación.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, efectúan reportes anuales a la Gerencia General y/o Directorio respecto de los resultados de las pruebas o simulacros ejecutados, así como las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva respecto de los resultados de las pruebas o simulacros ejecutados, así como las medidas tomadas. b) Acta de Sesión de Directorio que considere el reporte o informe sobre los resultados de las pruebas o simulacros efectuados por el área correspondiente durante el ejercicio. El documento deberá precisar en resaltado la parte pertinente.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa		
SCI01	Sistema de Integridad	0	La empresa no cuenta con medidas de integridad aprobadas.	Ninguna evidencia.			
		1	La Empresa cuenta con medidas de integridad incorporadas en una Política Institucional aprobada y difundida	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política Institucional debidamente aprobada en la que se visualice las medidas de integridad. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Difusión de la Política Institucional que incluya las medidas de integridad a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1a.1. Código de Ética y acuerdo de aprobación (Pág.9 Num.6.1.3; Pág.12 Num. 6.5.2; Pág.14 Num. 6.6.1; Pág.19 Num. 8.1.2; Pág.34 Num. 8.2.7 b.; Pág.37 b. y c.) 1a.2. Política, Normas y Procedimientos sobre Riesgo de Fraude y acuerdo de aprobación (en su totalidad)	1
		2	La integridad es parte de la misión o visión o valores de la Empresa debidamente aprobados y difundidos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan Estratégico Institucional aprobado, que muestre la visión, misión o valores de la empresa aprobados en los cuales se incluya la integridad. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. b) Difusión del Plan Estratégico aprobado que muestre la visión, misión o valores de La Empresa en los cuales se incluya la integridad a través de la Captura de pantalla del portal web, o intranet, o correos electrónicos que lo pongan a disposición de los interesados. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información		
		3	La Empresa realiza por lo menos una capacitación (presencial o virtual) anual de sensibilización en materia de integridad y/o ética y/o anticorrupción a sus colaboradores y la importancia de su implementación en el ejercicio de sus funciones.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Contenidos o presentaciones efectuadas en capacitación en materia de integridad y/o ética y/o anticorrupción durante el ejercicio, así como listado de asistencia a la misma. b) Correos electrónicos de convocatoria o comunicación de capacitación en materia de integridad y/o ética y/o anticorrupción durante el ejercicio, así como el listado de asistencia a la misma.	a) y b) Jefe Departamento Recursos Humanos		
		4	El órgano o colaborador encargado de las funciones de integridad emite reportes por lo menos semestrales a la Gerencia General sobre el seguimiento y monitoreo de las medidas de integridad aprobadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informes o reportes semestrales a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el seguimiento y monitoreo de las medidas de integridad aprobadas por el ejercicio materia de evaluación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información		

SCI02	Estructura, autoridad y responsabilidades	0	La Empresa no cuenta con instrumentos de gestión aprobados y vigentes que determinen las responsabilidades funcionales del Directorio, Gerencia y colaboradores en materia de control interno.	Ninguna evidencia.		
		1	La empresa cuenta con instrumentos de gestión aprobados, vigentes que determinan las responsabilidades funcionales del Directorio, Gerencia y colaboradores en materia de control interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Instrumentos de gestión debidamente aprobados y vigentes en donde se visualice las responsabilidades funcionales del Directorio, Gerencia y colaboradores en materia de control interno. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Para el caso de Directorio: podrá incluir el reglamento de Directorio. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Para el caso de Gerencia y colaboradores: podrá incluir el MOF. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1a.1. ROF y acuerdo de aprobación (Pág 12 Num. 14.5, 14.7, 14.9, de 14.17 a 14.20; Pág. 14 Num. 16.6, 16.7, 16.11, 16.14, 16.15 y 16.17) 1a.2. MOF y acuerdo de aprobación (Cada puesto tiene una función sobre el Sistema de Control Interno, lo cual se ha resaltado y de manera específica Pág. 27 Función de la 5 a la 8, y de la 13 a la 20) 1a.3. Política, Normas y Procedimientos sobre Riesgo de Fraude y acuerdo de aprobación (Pág 5 Num. 6.1 b; Pág 5 Num. 6.3; Pág 7 Num. 6.7 c) y 6.8)
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha difundido sus instrumentos de gestión (ROF, MOF, MPP o equivalentes).	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Captura de pantalla del portal web, o intranet, o correos electrónicos que pongan a disposición de los interesados, los instrumentos de gestión.	a) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	2a.1 Captura de pantalla de difusión del ROF, MOF Y Política, Normas y Procedimientos sobre Riesgo de Fraude (web Transparencia e intranet)
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio y los Comités de La Empresa conocen sus responsabilidades, niveles de autoridad y funciones de monitoreo sobre gestión, reporte financiero y control interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Reglamento de Directorio y reglamento de Comités de la empresa aprobados en donde se incluyan las responsabilidades, niveles de autoridad y funciones de monitoreo gestión, reporte financiero y control interno. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Constancia emitida por la Secretaría del Directorio o la que haga sus veces, que acredite la entrega de los respectivos reglamentos a los miembros del Directorio y de los Comités.	a) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información b) Jefa Departamento Coordinación Administrativa	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, cada colaborador de la empresa conoce y entiende sus responsabilidades y niveles de autoridad frente al control interno de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) MOF o MPP aprobado en donde se visualice dentro de las responsabilidades de los colaboradores su nivel de autoridad y responsabilidades respecto del control interno de la empresa. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Documento que muestre el cargo de recepción o constancia de entrega de MOF o MPP a cada colaborador. Nota: En el presente caso bastará con adjuntar una muestra de perfil por grupo ocupacional.	a) y b) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	
SCI03	De la gestión del personal	0	La empresa no tiene establecido un proceso para la administración de los recursos humanos, que considere las actividades de reclutamiento, selección, ingreso, contratación, capacitación, evaluación del desempeño, promoción, ascensos y separación del personal.	Ninguna evidencia.		
		1	La empresa ha establecido un proceso para la administración de los recursos humanos, que considere las actividades de reclutamiento, selección, ingreso, contratación, capacitación, evaluación del desempeño, promoción, ascensos y separación del personal el cual es revisado, al menos anualmente por la Gerencia.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Proceso para la administración de recursos humanos aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefa Departamento Recursos Humanos	1a.1 Ficha de Procesos - Gestión de Personal - Reclutamiento y 2. Selección: PR9 Atracción y Selección de Personal (Convocatoria Interna) (Pag. 10); PR10 Atracción y Selección de Personal (Convocatoria Externa) (Pag. 12); PR11 Atracción y Selección de Personal (Puestos Gerenciales) (Pag. 14) - Contratación: PR12 Contratación (Pag. 15) - Ingreso: PR13 Inducción (Pag. 16) - Capacitación: PR6 Elaboración y difusión del Plan Anual de Capacitación (Pag. 6) - Promoción y Ascensos: PR8 Elaboración y gestión de los Planes de Carrera y Sucesión (Pag.9) - Separación de personal: PR19 Desvinculación (Pag.23) 1a.2 Ficha de Procesos - Desarrollo de Personal - Evaluación de Desempeño: PR3 Evaluación de Desempeño del Personal; PR4 Evaluación de Desempeño del Gerente General
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, cuenta con un programa de inducción y re inducción al personal que ingresa con relación a temas relacionados con el puesto y los principios éticos.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Programa de inducción o re inducción aprobados, en los cuales se evidencie la capacitación en relación al puesto y a los principios éticos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefa Departamento Recursos Humanos	2a.1 Ficha Técnica de Procesos - Planificación RRHH - Ingreso: PR13 Inducción (Pag. 16)
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con un programa de capacitación del personal el cual es ejecutado anualmente.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Programa de Capacitación aprobado y vigente del periodo en evaluación. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Material de capacitación así como el listado de asistencia a la misma por parte de los colaboradores de la empresa. Nota: Para efectos de la presentación de la evidencia, bastará con presentar parte del listado de asistencia a capacitaciones, que muestre la asistencia de colaboradores pertenecientes a diversos grupos ocupacionales.	a) y b) Jefa Departamento Recursos Humanos	3a.1 Plan Anual de Competencias 2021, Plan Anual Técnico 2021 3a.2 Aprobación de Plan Anual de Competencias 2021 y Plan Anual Técnico 2021 3b.1 Material de Capacitación 3b.2 Lista de Capacitación Capacitación
		4	La empresa evalúa al menos anualmente la competencia profesional y/o el desempeño del personal que labora en la empresa e informa sobre los resultados y mejoras identificadas a la Gerencia General.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte anual a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre los resultados de la evaluación anual al personal de la empresa el cual deberá establecer resultados por gerencias y/o grupo ocupacional.	a) Jefa Departamento Recursos Humanos	4a.1 Indicadores de Capacitación Operativos 2021 4a.2 Indicadores de Capacitación Administrativos 2021

SCI04	Asignación de responsabilidades	0	La empresa no cuenta con un órgano o área específica o colaborador, que sea responsable de supervisar las actividades del sistema de control interno.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un órgano, o área específica o colaborador responsable de supervisar las actividades del sistema de control interno, lo cual consta en sus instrumentos de gestión y/o otros documentos internos que acreditan su formalización.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Reglamento de organización y funciones o MOF o MPP u otro instrumento de gestión en donde se visualice la existencia de un órgano, o área específica o colaborador responsable de supervisar las actividades del sistema de control interno. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 CAP del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. 1a.2 Designación del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. 1a.3 Estructura Orgánica del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. 1a.4 MOF del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. (Funciones Nos. 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19 y 28 relacionadas al SCI.) 1a.5 ROF del Jefe de la División Control de Riesgos y Cumplimiento. (Paginas 21-24)	4
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el órgano o área específica o colaborador a cargo de la supervisión de las actividades del sistema de control interno, ha designado al equipo de trabajo responsable de la evaluación del SCI y asignado sus funciones y responsabilidades, lo cual ha sido debidamente difundido al interior de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Resolución u otro documento de designación del equipo de trabajo responsable de la evaluación del SCI y en donde se visualice sus funciones y responsabilidades y, b) Difusión de la Resolución o documento de designación, a través de la captura de pantalla de la intranet o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Resolución Gerencia General de Designación Equipo Evaluador del Sistema de Control Interno y del Comité de Control Interno. 2a.2 Designación de Oficial de Cumplimiento del SCI. 2b.1 Acta de Compromiso que materializa el conocimiento del compromiso con el SCI del equipo evaluador del SCI.	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el órgano o área específica o colaborador designado a cargo de la supervisión de las actividades del sistema de control interno cuenta con un mecanismo de supervisión de la implementación del SCI, y se emite reportes a la Gerencia General.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Política, procedimiento u otro documento debidamente aprobado que comprenda mecanismos de supervisión de la implementación del SCI. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Captura de pantalla del portal web, intranet u otro aplicativo u herramienta tecnológica, que configure un mecanismo de supervisión del sistema de control interno. c) Reportes periódicos a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el Sistema de Control Interno respecto del ejercicio materia de evaluación.	a) y c) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	3a.1 Política y Normas del Sistema de Control Interno. 3b.1 Circular N° GG-0007/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al I trimestre de 2021. 3b.2 Circular N° GG-0014/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al II trimestre de 2021. 3b.3 Circular N° GG-0007/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al III trimestre de 2021. 3c.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 3c.2 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA (Evaluación de la Validación por GT) 3c.3 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Trim de 2021) 3c.1 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Sem de 2021)	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con órgano o área cuya función específica, se encuentre a cargo de la supervisión de las actividades del sistema de control interno, emite reportes semestrales a la Dirección o Comité de Directorio, sobre el estado de la implementación seguimiento y evaluación del SCI en la empresa. (*)Tratándose de FONAFE el reporte se efectuará a la Dirección Ejecutiva.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o Reporte semestral remitido a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva y/o Acta de sesión de Directorio semestral (2 al año) en donde se visualice dentro de los asuntos a tratar lo relacionado al estado de la implementación, seguimiento y evaluación del SCI en la empresa. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. (*)Tratándose de FONAFE, se deberá incluir el reporte emitido a la Dirección Ejecutiva.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	4a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 4a.2 Acuerdo de Directorio N° GG-002/2021-EGASA 4a.3 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Sem de 2021) 4a.2 Acuerdo de Directorio N° GG-041/2021-EGASA	
SCI05	Conocimiento de las responsabilidades	0	El Directorio, la Gerencia y demás colaboradores de la empresa no son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno.	Ninguna evidencia.			4
		1	El Directorio y la Gerencia de la empresa son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno, lo cual consta en actas y/o declaraciones juradas o de compromiso, debidamente firmadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Acta de Sesión de Directorio en donde se visualice que ambas instancias son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno. b) Declaraciones juradas o Acta de suscripción por lo miembros del Directorio y por la Gerencia en la cual reconozcan la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno. (*)Tratándose de FONAFE, se deberá adjuntar los compromisos firmados por la Dirección Ejecutiva y la plana Gerencial.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Acta de Compromiso Institucional (Alta Gerencia) - vigente 1b.1 - 1b.5 Actas de Compromiso Individuales (Alta Gerencia) - vigente	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, todos los colaboradores de la empresa son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno, lo cual consta en declaraciones juradas o de compromiso, o asistencia a capacitación, debidamente firmadas.	Para acreditar el presente parámetro presentará cualquiera de las siguientes evidencias: a) Declaraciones juradas o de compromiso, de los colaboradores de la empresa en donde se visualice que son conocedores de la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno. b) Material de capacitación que incorpore la importancia del desarrollo, implementación y mantenimiento del control interno así como el listado de asistencia a la misma por parte de los colaboradores de la empresa. Nota: Los documentos deberán estar debidamente firmados por las partes correspondientes. Para efectos de la presentación de la evidencia, bastará con adjuntar una declaración o compromiso por tipo de colaborador (jefes, asistentes, etc.) de igual forma para el caso del listado de asistencia a capacitaciones.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Jefe Departamento Recursos Humanos	2a.1 Acta de compromiso Comité de Control Interno (Comité de Gerencia) - vigente 2a.2 Acta de compromiso del Equipo Evaluador del Sistema de Control Interno - vigente 2b.1 Invitación a curso SCI 10-2021. 2b.2 Asistencia Curso SCI 2b.3 Material de Capacitación Curso SCI 2b.4 Capacitación Gestión Integral de Riesgos y Ética y Asistencia 11-07	

SCI06	Especifica Objetivos adecuados	0	La empresa no cuenta con un Plan Estratégico ni con un Plan Operativo que establezca sus objetivos y metas estratégicas	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un Plan Estratégico aprobado, vigente y difundido en el que se establecen sus objetivos y metas estratégicas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan Estratégico debidamente aprobado y vigente en el que se especifiquen los objetivos y metas anuales. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión del Plan Estratégico a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) y b) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	1a. PEI y acuerdo de aprobación (Pág. 100 Matriz Estratégica) 1b. 1. Circular de difusión 1b.2 Captura de pantalla web (Transparencia) e intranet	4
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con un Plan Operativo aprobado y difundido, en los que se establezcan sus objetivos y metas anuales.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Plan Operativo debidamente aprobado y vigente en el que se especifiquen los objetivos y metas anuales. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión del plan Operativo a través de la captura de pantalla del portal web, intranet y/o correo electrónico, o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) y b) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	2a. POI 2021 (Pág.3 Num. 4.2) 2b. Captura de pantalla web (Transparencia) e intranet	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con políticas y metodologías para la realización de actividades de planeación (elaboración de Plan Estratégico y Plan Operativo en el ámbito de su sector) debidamente aprobadas y difundidas.	Para acreditar el presente parámetro presentará las siguientes evidencias: a) Política aprobada y vigente que considere las actividades de planeación (elaboración de Plan Estratégico y Plan Operativo en el ámbito de su sector). Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Procedimiento u otro documento vigente que contenga la metodología para la elaboración del Plan Estratégico y el Plan Operativo debidamente aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. c) Difusión de los documentos contenidos en los incisos a y b a través de la captura de pantalla del portal web, intranet y/o correo electrónico u otro medio que los ponga a disposición de los interesados. Se deberá precisar mediante resaltado en los documentos, la parte pertinente.	a); b) y c) Jefa Departamento Organización y Métodos e Información	3a. Normas de Gestión Estratégica y Operativa y Resolución de aprobación (Pág. 5 del Num. 7.1 al 7.10) 3b. Manual de Gestión de Procesos y Procedimiento (Pág.5 Num. 6.1 a) E1 y 8.2 a) E1.1) y Ficha de Proceso E1.01 (Cód Actividad de la E1.01.01 a la E1.01.19 y de la E1.01.38 a la E1.01.55) 3a y 3b. Captura de pantalla de intranet	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente la Gerencia General y el Directorio toman conocimiento periódicamente del avance y cumplimiento del Plan Estratégico y Plan Operativo	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reporte trimestral (4 al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el avance y cumplimiento del Plan Estratégico y Plan Operativo b) Acta de Sesión de Directorio anual en donde se visualice, dentro de los asuntos a tratar el informe de seguimiento del avance y cumplimiento del PEI y POI.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	4a.1 Evaluación PEI I Sem 2021 4a.2 Evaluación POI I Trim. 2021 4a.3 Evaluación POI II Trim. 2021 4a.4 Evaluac. POI III Trim.2021 4b.1 Acta 003/2021 (PEI-POI IV Trim 2020) 4b.2 Acta 010/2021 (POI I Trim 2021) 4b.3 Acta 020/2021 (PEI-POI II Trim 2021) 4b.4 Acta 028-2021 - POI III Trim 2021	
SCI07	Presupuesto	0	La empresa no cuenta con un presupuesto relacionado con sus objetivos y metas anuales.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con un presupuesto aprobado y difundido que guarda relación con sus objetivos estratégicos y metas anuales establecidos por la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Presupuesto vigente del periodo en evaluación debidamente aprobado y desagregado en donde se evidencie que guarda relación con sus objetivos estratégicos y metas anuales establecidos por la empresa. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Circular y/o comunicado y/o captura de pantalla del portal web, intranet y/o correo electrónico que muestre que el presupuesto de La Empresa ha sido puesto a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe Departamento Finanzas	1a.1 Presupuesto desagregado aprobado por Acuerdo de Directorio - PIA 2021. 1a.2 Circular GG/AF-0001/2021-EGASA, el cual difunde el Presupuesto desagregado 2021	4
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha cumplido con la totalidad de la generación de la información del proceso presupuestal del año en curso.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Anexos para la Programación, Formulación y Aprobación del año materia de evaluación.	a) Jefe Departamento Finanzas	2a.1 Oficio SIED de inicio de proceso presupuestal 2021 2a.2 Circular GG/AF-0005/2021-EGASA, el cual da inicio al proceso de formulación del Presupuesto 2021 2a.3 Plantilla Presupuestal PIA 2021 2a.4 EEFF Proyectados 2021 2a.5 Aprobación PIA 2021 FONAFE 2a.6 Aprobación PIA 2021 Directorio	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia emite reportes trimestrales sobre la ejecución presupuestaria de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe emitido por la Gerencia trimestralmente (4 al año) en donde se evidencie el avance en la ejecución presupuestaria de la empresa.	a) Gerente Administración y Finanzas	3a.1 Informe de Evaluación de Información Presupuestal al I Trim de 2021. 3a.2 Informe de Evaluación de Información Presupuestal al II Trim de 2021. 3a.3 Informe de Evaluación de Información Presupuestal al III Trim de 2021.	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio, al menos, semestralmente, toma conocimiento del resultado de la gestión presupuestaria de la empresa, cual consta en Actas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio semestral (2 al año) en donde se visualice, dentro de los asuntos a tratar lo relacionado con la gestión presupuestaria de la empresa correspondiente. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefa Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acta 003-2021 - Ejecución Presupuestal (IV Trimestre 2020) (Pag 23) 4a.1 Acta 010-2021 - Ejecución Presupuestal I Trimestre 2021 (Pag 26) 4a.1 Acta 020-2021 - Ejecución Presupuestal II Trimestre 2021 (Pag 12) 4a.4 Acta 028-2021 - Ejecución Presupuestal III Trimestre 2021 (Pag. 3)	

SCI08	Identificación de cambios significativos	0	La empresa, no evalúa el impacto que pueden tener sobre el control interno, los cambios en la operación tales como, reestructuración, nuevas tecnologías, alianzas estratégicas entre otros.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa realiza prácticas de evaluación del impacto sobre el control interno, que puede tener los cambios en la operación, pero estas no se encuentran formalizadas o contenidas en alguna Política Institucional o Procedimiento debidamente aprobado.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentarse la siguiente evidencia: a) Informe, reporte u otro documento que muestre la evaluación de riesgos del impacto sobre el control interno, que puede tener los cambios en la operación, pero que no se encuentra formalizada o contenida en alguna Política Institucional o Procedimiento debidamente aprobado. Cabe precisar que se considera práctica a aquella acción que pese a no estar regulada formalmente, se realiza con cierta frecuencia y orden en la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Informe N° GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación al I Sem de 2021; Pág 4, Num. 5)	2
		2	La empresa evalúa el impacto sobre el control interno que pueden tener los cambios en la operación sobre la base de disposiciones formalizadas o contenidas en alguna Política Institucional o Procedimiento debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Norma, Política o procedimiento interno relacionado con la gestión de riesgos ante nuevos cambios significativos, en el ambiente del negocio, operativo, informático, etc., debidamente aprobado, que evidencie que el área de riesgos y/o control interno han evaluado el impacto. b) Difusión de la Política o procedimiento, mediante circular y/o comunicado y/o captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico u otro medio que los ponga a disposición de los interesados. c) Informe de evaluación de impacto sobre el control interno que considere los cambios en la operación sobre la base de la Política o Procedimiento aprobado. Nota: En caso de no haberse dado cambios significativos de acuerdo al procedimiento que han establecido, deberá emitirse una declaración en ese sentido, que el Comité de Riesgos del Directorio tenga conocimiento de ello.	a); b) y c) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 PSI 4-04 Gestión del Cambio 2a.2 FSI 4-04-01 Ficha de Gestión del cambio 2a.3 Diseño Conceptual Norma y Procedimientos de Gestión del Cambio a nivel Institucional 2a.4 Difusión PSI 4-04 Intranet EGASA	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se efectúan reportes semestrales a la Gerencia General sobre los resultados de la(s) evaluación(es) de impacto sobre el control interno, efectuada(s) respecto de cambios en la operación de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentarse la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral (2 veces al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre los resultados de la(s) evaluación(es) de impacto sobre el control interno, efectuada(s) respecto de cambios en la operación de la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento por lo menos una vez al año, sobre los resultados de la(s) evaluación (es) de impacto sobre el control interno, efectuada(s) respecto de cambios en la operación de la empresa así como las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentarse la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio anual, en donde se visualice dentro de los asuntos a tratar el informe de resultados de la(s) evaluación(es) de impacto sobre el control interno, efectuada(s) respecto de cambios en la operación de la empresa incluyendo las medidas tomadas en caso de haberse dado cambios.	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa		
SCI09	Comunicación de Factores Internos	0	La empresa no cuenta con un proceso para identificar, comunicar y evaluar cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos.	Ninguna evidencia.			4
		1	La Empresa cuenta con un proceso para identificar, comunicar y evaluar cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos, el cual se encuentra en proceso de aprobación.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Proceso, o procedimiento u otro documento elaborado para identificar, comunicar y evaluar, cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar objetivos, pero que no se encuentra aprobado.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1a. Manual de Gestión de Procesos y Procedimiento (Pág.5 Num. 6.1 a) E1 y 6.2 a) E1.1) y Ficha de Proceso E1.01 (Cód. Actividad de la E1.01.20 a la E1.01.37 y de la E1.01.56 a la E1.01.70)	
		2	La Empresa cuenta con un proceso aprobado y difundido para identificar, comunicar y evaluar cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Proceso, o procedimiento u otro documento aprobado, para identificar, comunicar y evaluar, cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar objetivos. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión de procesos o procedimientos a través de la captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Sistema de Gestión Integrado Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	2a.1 Manual de Gestión de Procesos y Procedimiento (Pág.5 Num. 6.1 a) E1 y 6.2 a) E1.1) y Ficha de Proceso E1.01 (Cód. Actividad de la E1.01.20 a la E1.01.37 y de la E1.01.56 a la E1.01.70) 2a.2 Norma "Normativa de la Empresa" y si respectiva Circular de Difusión. 2b.1 Captura de pantalla de la difusión MGPP. 2b.2 Circular Difusión "Normativa de la Empresa" 2b.3 Captura de pantalla difusión normativa	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General semestralmente es informada sobre los resultados de la identificación, comunicación y evaluación de los cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe semestral, presentados a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva de la empresa (2 al año), sobre los resultados de la identificación, comunicación y evaluación de los cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos.	a) Jefe División Sistema de Gestión Integrado Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	3a.1. Informe de Modificación del PEI 04-2021 3a.2. Informe de Modificación del POI 09-2021 3a.3. Evaluación del PEI - II Sem 2020 01-2021 3a.4. Evaluación del PEI - I Sem 2021 07-2021	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento anual sobre o resultados de la identificación, comunicación y evaluación de los cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos así como respecto de las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de sesión de Directorio que evidencie el reporte sobre los resultados de la identificación, comunicación y evaluación de los cambios en los factores internos y externos que puedan impactar de manera significativa su habilidad para alcanzar los objetivos, así como las medidas correctivas dictadas.	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acta 003/2021 (PEI-POI IV Trim 2020) 4a.2 Acta 010/2021 (POI I Trim 2021) 4a.3 Acta 020/2021 (PEI-POI II Trim 2021) 4a.4 Acta SD 028-2021 (POI)	

SCI10	Programa de Fortalecimiento o del Control Interno	0	La empresa no cuenta con un programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en la empresa.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa realiza algunas practicas y actividades orientadas al fortalecimiento del control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informes, reportes, y/o correos que contengan información sobre la realización de prácticas y actividades orientadas al fortalecimiento del control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa. Puede ser parte de otro reporte no es necesario generar un reporte individual. Se considera como práctica, a aquella acción que pese a no estar regulada formalmente, se realiza con cierta frecuencia y orden en la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 1a.2 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA (Evaluación de la Validación por GT) 1a.3 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Trim de 2021) 1a.4 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Sem de 2021) 1a.5 Informe GG/CR-0038/2021-EGASA (Evaluación del SCI al III Trim de 2021)	
		2	La empresa cuenta con un programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en la empresa, debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en la empresa, debidamente aprobado. b) Mapa de procesos críticos en la empresa. c) Difusión del Programa de Fortalecimiento del Control Interno a través de una Circular y/o comunicado y/o captura de pantalla del portal web, intranet y/o correo electrónico u otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) b) y c) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha implementado actividades del programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe de Implementación de actividades del programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados en la empresa. b) Declaración jurada del área correspondiente que deje constancia de la implementación de actividades contenidas en el programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se efectúan reportes a la Gerencia General y/o Directorio respecto de los resultados de la implementación de las actividades contenidas en el programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reportes semestrales a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva respecto de los resultados de la implementación de las actividades contenidas en el programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa. b) Acta de Sesión de Directorio anual en donde se incluya, dentro de los asuntos a tratar lo relacionado al seguimiento de los resultados de la implementación de las actividades contenidas en el programa de fortalecimiento del Control Interno respecto de los procesos críticos seleccionados por la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Jefa Departamento Coordinación Administrativa		
SCI11	Integridad de la Información	0	La empresa no ha establecido actividades de control para garantizar la integridad de la información enviada y recibida de los proveedores de servicios compartidos, centro de datos, o procesos tercerizados que procesan información para La Empresa	Ninguna evidencia.			
		1	La Empresa realiza algunas actividades de control para garantizar la integridad de la información enviada y recibida de los proveedores de servicios compartidos, centro de datos, o procesos tercerizados que procesan información para la empresa pero estas no se encuentran debidamente aprobadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Lineamiento, procedimiento u otro documento en el que visualice que la empresa desarrolla actividades de control que garanticen la integridad de la información enviada y recibida b) Memorándum y/o circular y/o cualquier otro documento que demuestre la existencia de alguna actividad orientada a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida. c) Declaración Jurada de la Gerencia que confirma la realización de alguna actividad de control orientadas a garantizar la integridad de la información enviada y o recibida durante el ejercicio evaluado.	a) b) y c) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	1a.1 Fichas de Proceso S8.01_v.00 - Gestión Documental (La cual contiene actividades de control para garantizar la integridad de información enviada y recibida) 1a.2 Política Sistema de Gestión de Seguridad de la Información 1a.3 Difusión Política Sistema de Gestión de Seguridad de la Información	
		2	La empresa ha establecido actividades de control para garantizar la integridad de la información enviada y recibida de los proveedores de servicios compartidos, centros de datos, o procesos tercerizados que procesan información para la empresa. Las cuales se encuentran aprobadas y difundidas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Programa de actividades de fortalecimiento del Control Interno, debidamente aprobado, que incluya actividades de control orientadas a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida. b) Declaración Jurada de la Gerencia, área o unidad orgánica correspondiente, que confirme que la empresa ha aprobado actividades de control orientadas a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida durante el ejercicio evaluado.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Plan de Trabajo Anual 2021 SCI - FONAFE (Actividad N° 17 y 18, Pag. 2)	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa realiza actividades de control para garantizar la integridad de la información enviada y recibida de los proveedores de servicios compartidos, centro de datos, o procesos tercerizados que procesan información para la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte de seguimiento de controles efectuados por el área correspondiente de la empresa con relación a la integridad de la información enviada o recibida (por ejemplo con relación al mapa de riesgos de información incompleta o insuficiente, no veraz, entre otros). b) Declaración Jurada de la Gerencia, área o unidad orgánica, correspondiente que confirma que la empresa ha efectuado el seguimiento de controles respecto de la integridad de la información enviada y/o recibida durante el ejercicio evaluado.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Declaración Jurada TIC - Sseguimiento integridad inf. enviada y/o recibida.	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se efectúan reportes a la Gerencia General y/o Directorio respecto de los resultados de las actividades de control efectuadas y las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte a la Gerencia General y/o Directorio sobre el de seguimiento de controles efectuados por el área correspondiente de la empresa con relación a la integridad de la información enviada o recibida (por ejemplo con relación al mapa de riesgos de información incompleta o insuficiente, no veraz, entre otros)	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		

SCI12	Evaluación y actualización de políticas	0	La empresa no cuenta con una política manual o documento análogo, en el que se establezca la obligación de evaluar y actualizar periódicamente las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha diseñado pero no aprobado una política, manual o documento análogo, en el que se establezca la obligación de evaluar y actualizar periódicamente las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política, Manual o documento análogo en proceso de aprobación conteniendo disposiciones para la actualización periódica de políticas y procedimientos en proceso de aprobación. El documento deberá mostrar en resaltado la parte pertinente.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1a.1 Norma "Normativa de la Empresa" y Resolución de aprobación. (Pág.7 Num. 6.12 de la Norma)	4
		2	La empresa cuenta con una política manual o documento análogo, en el que se establezca la obligación de evaluar y actualizar periódicamente las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas, el cual se encuentra debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Política, Manual o documento análogo aprobado conteniendo disposiciones para la actualización periódica de políticas y procedimientos en proceso de aprobación. El documento deberá mostrar en resaltado la parte pertinente y su difusión. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. Se acredita la difusión a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Circular y/o comunicado y/o captura de pantalla del portal web, intranet y/o correo electrónico que muestre que la Política, Manual o documento análogo ha sido puesto a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	2a.1 Norma "Normativa de la Empresa" y Resolución de aprobación. (Pág.7 Num. 6.12 de la Norma) 2b.1. Circular de difusión	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, La Empresa ha llevado a cabo en el último ejercicio, una evaluación y/o actualización de políticas y procedimientos relacionados a los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte sobre el resultado de la evaluación y/o actualización de políticas y procedimientos relacionados a los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas, realizado en el último ejercicio. b) Declaración Jurada del área correspondiente confirmando la realización de la evaluación y/o actualización de políticas y procedimientos relacionados a los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas, en el último ejercicio.	a) y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	3a.1 - 3a.7 Informes de actualización de normativa 2021. 3b.1 - 3b.6 Pedidos de Comité de Gerencia solicitando modificación normativa.	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se efectúan reportes a la Gerencia sobre la evaluación y actualización periódica de las políticas y procedimientos, particularmente de los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte emitido a la Gerencia sobre el resultado de la evaluación y/o actualización de políticas y procedimientos relacionados a los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas, realizado en el último ejercicio. b) Acta de Sesión de Comité de Gerencia que considere el reporte sobre el resultado de la evaluación y/o actualización de políticas y procedimientos relacionados a los procesos relevantes por los que se da cumplimiento a sus objetivos y metas, realizado en el último ejercicio.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 - 4a.2 Informes a la Gerencia General solicitando la aprobación de la actualización normativa 4b. Acta SD 008/2020 - Pagina 5 2) Acta SC 0015/2020 - Pagina 4 3) Acta SD 020/2020 - Paginas 5 y 12	
SCI13	Selección y desarrollo de controles generales	0	La empresa no ha seleccionado actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha seleccionado actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez de la información entregada y recibida de los proveedores de servicios, debidamente aprobadas y difundidas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Lineamiento, procedimiento u otro documento en el que visualice que la empresa desarrolla actividades de control sobre los servicios de Outsourcing para garantizar la integridad de la información enviada y recibida. Se acredita la difusión a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados. b) Memorandum y/o circular y/o cualquier otro documento que demuestre la existencia de alguna actividad orientadas a garantizar la integridad de la información entregada y/o recibida en los servicios de Outsourcing. c) Declaración Jurada del área correspondiente que confirma la realización de alguna actividad de control orientada a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida en los servicios de Outsourcing.	a); b) y c) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Matriz de Riesgos, la cual En relación a los servicios tercerizados por Outsourcing se han identificado los riesgos Gn.R15 y Lo.R15. 1a.2 Proyecto de Inclusión Normativa para el tratamiento de Riesgos de Outsourcing	1
		2	La empresa ha seleccionado actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez de la información entregada y recibida de los proveedores de servicios las cuales se encuentran debidamente aprobadas y difundidas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Mapa o matriz de riesgos relacionados a actividades de fortalecimiento del Control Interno, debidamente aprobado y difundido, que incluya actividades de control sobre los servicios de Outsourcing orientadas a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se acredita la difusión a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados. b) Declaración Jurada de la Gerencia correspondiente que confirma que la empresa ha aprobado actividades de control orientadas a garantizar la integridad de la información enviada y/o recibida durante el ejercicio evaluado.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ejecuta actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez de la información entregada y recibida de los proveedores de servicios.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe o reporte de seguimiento de controles efectuados por el área correspondiente de la empresa con relación a la integridad de la información enviada o recibida (por ejemplo con relación al mapa de riesgos de información incompleta o insuficiente, no veraz, entre otros) que incluya a los servicios de Outsourcing. b) Declaración Jurada del área correspondiente que confirma que la empresa ha efectuado el seguimiento de controles respecto de la integridad de la información entregada y/o recibida durante el ejercicio evaluado en los servicios de Outsourcing.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, se efectúan reportes anuales a la Gerencia General y/o Directorio respecto de los resultados de las actividades de control sobre los servicios en Outsourcing, para asegurar la integridad, exactitud y validez de la información entregada y recibida de los proveedores de servicios.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte a la Gerencia General y/o Directorio sobre el seguimiento de controles efectuados por el área correspondiente de la empresa con relación a la integridad de la información enviada o recibida (por ejemplo con relación al mapa de riesgos de información incompleta o insuficiente, no veraz, entre otros) que incluya a los servicios de Outsourcing.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		

SCI14	Licencias y mantenimiento de equipos TIC	0	La empresa no cuenta con licencias y contratos para el funcionamiento y mantenimiento de los equipos de TIC.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con licencias de funcionamiento para los equipos de TIC.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Reporte del área correspondiente señalando las licencias de funcionamiento que mantiene la empresa visado por el área competente. b) Declaración jurada del área correspondiente en la cual se deje constancia de la existencia de licencias de funcionamiento para los equipos de TIC. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	1a.1 Plan Anual de Gestión TIC 2021 1a.2 Acta de Directorio - Aprobación Plan Anual de Gestión TIC 2021	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con contratos para el mantenimiento de los equipos de TIC.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Copia de contratos vigentes para el mantenimiento de los equipos de TIC. b) Constancia del área correspondiente en la cual se señale que se cuenta con contratos de mantenimiento de equipos vigentes, debidamente visado, sellado y firmado	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	2a.1. Contrato GG.-1 A-0026-2019-EGASA 2a.2. Contrato GG-004-2018-EGASA (SONDA) 2a.3. Contrato GG-0026-2019-EGASA (RICOH) 2a.4. Contrato GG-037-2019-EGASA (CORTE INGLES) 2a.5. Contrato GG-0042-2016-EGASA (SONDA) 2a.6. Contrato GG-053-2017-EGASA (RICOH) 2a.7. Contrato GG-110-2015-EGASA (PERU OFFICE) 2a.8. Convenio arrendamiento de equipos de computo 2a.9. Convenio corporativo Software Microsoft 2a.10. Convenio para la adquisición de licencias - suscripciones microsoft 2a.11. Convenio de contratación corporativa del servicio de impresión 2a.12. Operación y Mantenimiento SAP	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el área encargada, revisa, al menos una vez al año, que las licencias y contratos se encuentren vigentes.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte del resultado de la revisión de la vigencia de licencias y contratos de mantenimiento de los equipos TIC.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	3a.1. Plan de Gestión TIC 2021- revisión Licencias 3a.2. Documento_Vigencia_Mantenimiento_OnBase_EGASA	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia toma conocimiento, al menos semestralmente sobre la vigencia y actualización de las licencias y contratos de los equipos de TIC.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral (2 veces al año) dirigido a la Gerencia correspondiente con relación a la vigencia y actualización de licencias y contratos de mantenimiento de los equipos TIC.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	4a.1 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2020 - IV Trim 4a.2 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - I Trim 4a.3 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - II Trim 4a.4 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - III Trim 4a.5 Acta 003/2021- Seguimiento Plan de Gestión TIC (IV Trimestre 2020) 4a.6 Acta008/2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (I Trimestre 2021) 4a.7 Acta 019-2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (II Trimestre 2021) 4a.8 Acta 026-2021 - Plan de Gestión TIC (III Trimestre 2021)	
SCI15	Gestión de TIC (1)	0	La empresa no cuenta con Comité de Tecnologías de Información y Comunicaciones (u otro equivalente) donde participen los principales órganos gerenciales, personal del área de tecnología y representantes de las áreas usuarias.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa cuenta con Comité de Tecnologías de Información y Comunicaciones (u otro equivalente) debidamente aprobado donde participan los principales órganos gerenciales, personal del área de tecnología y representantes de las áreas usuarias.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Instrumento de Gestión, Resolución u otro documento debidamente aprobado que crea y/o designa el Comité de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, en el cual se evidencia que lo integran los principales órganos gerenciales, personal del área de tecnología y representantes de las áreas usuarias. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	1a.1 Acta de Reunión Comité de Gobierno Digital 1a.2 Resolución de Designación de Comité de Gobierno Digital 1a.3 Resolución de Designación de Comité Técnico para la implementación de la norma "NTP-ISO/IEC 27001:2014 Técnicas de Seguridad". Acta de Reunión Comité Digital	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información debidamente aprobado y difundido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información vigente debidamente aprobado y difundido. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se acredita la difusión a través de la captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	2a.1 Plan Anual de Gestión TIC 2021 2a.2 Acta de Directorio - Aprobación Plan Anual de Gestión TIC 2021	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el Plan Estratégico de Tecnologías de la información, se encuentra alineado y apoya los procesos por lo que se da cumplimiento a los objetivos de la empresa establecidos en su Plan Estratégico Institucional.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe del área correspondiente señalando que el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información se encuentra alineado y apoya a los procesos por los que se da cumplimiento a los objetivos de las empresas establecidos en su Plan Estratégico Institucional. b) Plan Estratégico de Tecnologías de la Información que considere el alineamiento y apoyo a los procesos por los que se da cumplimiento a los objetivos contenidos en el Plan Estratégico Institucional. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	3a.1 Plan Anual de Gestión TIC 2021 3b.1 Acta de Directorio - Aprobación Plan Anual de Gestión TIC 2021	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio son informados al menos, semestralmente, sobre el cumplimiento del plan estratégico de tecnologías de la información, lo cual consta en actas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reporte semestral (2 al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el cumplimiento del Plan Estratégico de tecnologías de la Información. b) Acta de Sesión de Directorio que considere el reporte o informe sobre el cumplimiento del Plan Estratégico de tecnologías de la Información.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2020 - IV Trim 4a.2 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - I Trim 4a.3 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - II Trim 4a.4 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - III Trim 4b.1 Acta 003/2021- Seguimiento Plan de Gestión TIC (IV Trimestre 2020) 4b.2 Acta008/2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (I Trimestre 2021) 4b.3 Acta 019-2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (II Trimestre 2021) 4b.4 Acta 026-2021 - Plan de Gestión TIC (III Trimestre 2021)	

SCI16	Gestión de TIC (2)	0	La empresa no cuenta con sistemas informáticos que apoyen el desarrollo de sus actividades misionales, financieras o administrativas.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con sistemas informáticos que apoyen el desarrollo de sus actividades misionales, financieras o administrativas, aprobados y difundidos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Reporte o Informe del área correspondiente que da cuenta de los sistemas informáticos existentes en la empresa para el apoyo. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados y su difusión a través de correo electrónico, y/o intranet y/o documentos con visos de conocimiento del público objetivo u otro medio que los ponga a disposición de los interesados. b) Declaración Jurada del área correspondiente que acredite la existencia de sistemas informáticos en la empresa que brindan apoyo del desarrollo de sus actividades misionales, financieras o administrativas. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		1a.1 Plan Anual de Gestión TIC 1a.2 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2020 - IV Trim 1a.3 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - I Trim 1a.4 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - II Trim 1a.5 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - III Trim 1b.1 Difusión sistemas de información en intranet
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, La Empresa cuenta con una metodología para el desarrollo de los sistemas informáticos, que incluya controles sobre los cambios de la tecnología debidamente aprobada y difundida.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Plan, Procedimiento u otro documento aprobado que establezca la metodología para el desarrollo para el desarrollo de los sistemas informáticos, que incluya controles sobre los cambios de la tecnología y, b) Difusión a través de captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico que muestre que la Plan, Procedimiento u otro documento considerado como evidencia a) ha sido puesto a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		2a.1. FSI 6-01-1 Requerimiento de Servicio o Sistema TIC 2a.2. FSI 6-01-2 Registro de Recopilación de Información 2a.3. FSI-6-01-3 Resultados de pruebas del software 2a.4. FSI-6-01-4 Registro de capacitación 2a.5. FSI-6-01-5 Conformidad con Servicio o Sistema TIC 2a.6. ISI 6-01-1 Especificación detallada de requisitos 2a.7. ISI 6-01-2 Técnicas para el diseño de SI, productos o servicios software 2a.8. ISI-6-01-3 Estándares técnicos para el desarrollo con herramientas Oracle 2a.9. ISI-6-01-4 Pases a producción y control de versiones del software 2a.10. ISI-6-01-5 Control de cambios a las Bases de Datos 2a.11. PSI 6-01-1 Requerimiento de Sistemas de Información y Servicios TIC 2a.12. PSI 6-01-2 Adquisición de Sistemas de Información, productos o servicios software 2 2a.13. PSI 6-01-3 Desarrollo interno de Sistemas de Información, Productos o Servicios Software 2b. Captura_CicloVidaSoftware_intranetSP365
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General es informada al menos semestralmente sobre el funcionamiento y control de los sistemas informáticos existentes y/o desarrollados para el apoyo de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral (2 al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva, sobre el cumplimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		3a.2 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2020 - IV Trim 3a.3 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - I Trim 3a.4 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - II Trim 3a.5 Informe Avance de Implementación Plan Gestión TIC 2021 - III Trim
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento por lo menos una vez al año sobre el funcionamiento y control de los sistemas informáticos existentes y/o desarrollados para el apoyo de las actividades de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio anual que considere el reporte o informe sobre el cumplimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información que incluya información sobre el funcionamiento y control de los sistemas informáticos existentes y/o desarrollados para el apoyo de las actividades de la empresa	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa		4a.1 Acta 003/2021- Seguimiento Plan de Gestión TIC (IV Trimestre 2020) 4a.2 Acta008/2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (I Trimestre 2021) 4a.3 Acta 019-2021 - Seguimiento Plan de Gestión TIC (II Trimestre 2021) 4a.4 Acta 026-2021 - Plan de Gestión TIC (III Trimestre 2021)
SCI17	Seguridad de la Información	0	La Empresa no cuenta con políticas y lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicación.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con políticas y lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicación (claves de acceso a los sistemas, programas y datos, detectores y defensas contra accesos no autorizados, y antivirus; respaldo de la información; entre otros) debidamente aprobados y difundidos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Políticas y/o lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicación, u otro documento aprobado que los contenga, los que no podrán tener una antigüedad mayor a dos (2) años. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los visos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Difusión de políticas y lineamientos de seguridad para los sistemas informáticos y de comunicación a través de circular y/o comunicado y/o captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		1a.1 Política Sistema de Gestión de Seguridad de la Información 1a.2. Manual de Controles de SGSI 1b.1 Difusión Política SGSI
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior, adicionalmente la empresa realiza por lo menos trimestralmente actividades de control para validar que las solicitudes de accesos a las aplicaciones corresponden con las listas aprobadas y para actualizar los accesos cuando el personal cambia de funciones de trabajo o se retiran de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Manual, procedimiento, Directiva, Lineamiento, etc.), vigente que regule la existencia de controles respecto de los accesos a las aplicaciones existentes, debidamente aprobado b) Informe o reporte del área correspondiente sobre los resultados de las actividades de control realizadas para validar que las solicitudes de accesos a las aplicaciones corresponden con las listas aprobadas y para actualizar los accesos cuando el personal cambia de funciones de trabajo o se retiran de la empresa, del ejercicio en evaluación	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		2a.1 Manual de Controles de SGSI 2b.1 Informe Política de Información-EGASA
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, se realizan actividades de control relacionadas con las revisiones periódicas sobre los accesos otorgados en los sistemas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte del área correspondiente que comprenda o incluya los resultados de las actividades de control realizadas respecto de las revisiones periódicas sobre los accesos otorgados en los sistemas del ejercicio en evaluación. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones		3a.1 Listado de roles SAP asignados al usuario doervantes_selladovisado 3a.2 LISTADO TOTAL DE USUARIOS SAP_selladofirmado 3a.3 Difusión Instructivo Revisión Accesos SAP 3a.4 - 3a.13 - roles Funcionarios
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio toma conocimiento por lo menos una vez al año sobre los resultados de las actividades de control realizadas con relación a la seguridad de los sistemas informáticos y de comunicación.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reporte anual (1 al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre los resultados de las actividades de control realizadas con relación a la seguridad de los sistemas informáticos y de comunicación. b) Acta de Sesión de Directorio anual (1 al año) que considere o resultados de las actividades de control realizadas con relación a la seguridad de los sistemas informáticos y de comunicación.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa		

SC118	Evaluación de Control Interno en ambientes TIC	0	La Empresa no cuenta con una metodología aprobada para la evaluación de Control Interno y riesgos en el ambiente Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC).	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con una metodología aprobada y difundida para la evaluación de Control Interno y riesgos en el ambiente Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC).	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Metodología para la evaluación de control interno y riesgos en el ambiente Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) aprobada. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión de la metodología a través de la captura de pantalla de la intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que la ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Procedimiento 1a. PSI 6-01-1 Gestión de riesgos y oportunidades de seg. inf. 1b.1 Difusión Intranet PSI 6-01-1 Gestión de riesgos y oportunidades	3
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha aplicado una evaluación de Control Interno y/o de riesgos en el último ejercicio a los sistemas informáticos que apoyan el desarrollo de las actividades misionales, financieras o administrativas de la empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte de evaluación de control interno y/o riesgos del último ejercicio que incluya lo relacionado a los sistemas informáticos. Los documentos deberán estar visados, sellados y firmados.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA, el cual contiene las acciones Nos. 17, 18, 19 y 20 del Plan de Trabajo Anual del SCI (Pag. 51), relacionadas a la Gestión TIC. 2a.2 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA, A, el cual contiene el seguimiento a la ejecución de las acciones Nos. 17, 18, 19 y 20 del Plan de Trabajo Anual del SCI (Pag. 28), relacionadas a la Gestión TIC. 2a.3 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA, A, el cual contiene el seguimiento a la ejecución de las acciones Nos. 17, 18, 19 y 20 del Plan de Trabajo Anual del SCI (Pag. 31), relacionadas a la Gestión TIC. 2a.3 Informe GG/CR-0036/2021-EGASA, A, el cual contiene el seguimiento a la ejecución de las acciones Nos. 17, 18, 19 y 20 del Plan de Trabajo Anual del SCI (Pag. 30), relacionadas a la Gestión TIC.	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa estableció actividades de control para mitigar los riesgos identificados que de materializarse, pudieran afectar su operación.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Matriz de riesgos y controles debidamente aprobado en el ambiente de Tecnologías de Información y comunicaciones. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Matriz de riesgos de SGSI v1 3a.2 Acuerdo 003-2021 - Gestión Integral de Riesgos 2020 (Aprueba la matriz de riesgos para ejercicio 2021).	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y Directorio toma conocimiento semestralmente sobre o resultados de las actividades de control interno y riesgos en el ambiente de TIC.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informes semestrales, presentados a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva de la empresa (2 al año), sobre los resultados de las actividades de control interno y riesgos en el ambiente de TIC. b) Actas semestrales de sesión de Directorio (2 al año) que evidencia el reporte sobre los resultados de las actividades de control interno y riesgos en el ambiente de TIC.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa		
SC119	Información relevante	0	La empresa no ha definido la información requerida para soportar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha definido la información requerida por cada nivel para soportar el funcionamiento del sistema de control interno en la empresa.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Procedimiento u otro documento que haga sus veces en el que se visualice que la empresa ha definido la información requerida por cada nivel para soportar el funcionamiento del sistema de control interno en la empresa. b) Informe o reportes emitidos a la Gerencia General sobre información requerida y atendida con relación al sistema de control interno. c) Captura de pantalla del portal web, o intranet, o correos electrónicos u otro medio que ponga a disposición de los interesados la información relacionada con el sistema de control interno.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Política y Normas del Sistema de Control Interno 1a.2 Herramienta Integrada de Evaluación (Identifica los responsables por cada parámetro de los puntos de interés del Sistema de Control Interno). 1b.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 1b.2 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA (Evaluación de la Validación por GT) 1b.3 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Trim de 2021) 1b.4 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Sem de 2021) 1b.5 Informe GG/CR-0036/2021-EGASA (Evaluación del SCI al III Trim de 2021) 1c.1 Captura de Pantalla Intranet - Archivo del Sistema de Control Interno.	3
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con políticas y/o procedimientos aprobados que establezcan las características y fuentes de obtención de datos, así como los elementos para su procesamiento y para la generación de información sobre los procesos o actividades que lleva a cabo de conformidad con la normativa aplicable.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Políticas, procedimientos u otro documento debidamente aprobado que establezca las características y fuentes de obtención de datos, así como los elementos para su procesamiento y para la generación de información sobre los procesos o actividades que lleva a cabo la empresa. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Política y Normas del Sistema de Control Interno (Numeral 9.3; 9.4; 9.5 y 9.6.) - Aprobación al final del documento	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha cuenta con algún sistema de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Captura de pantalla del portal web, o intranet, o correos electrónicos u otro documento que muestre la recopilación y procesamiento de la información relacionada con el sistema de control interno.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Circular N° GG-0007/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al I trimestre de 2021. 3a.2 Circular N° GG-0014/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al II trimestre de 2021. 3a.3 Circular N° GG-0007/2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al III trimestre de 2021. 3a.4 Circular GG-0024-2021-EGASA, de la Gerencia General solicitando la autoevaluación del SCI al IV trimestre de 2021.	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General semestralmente (2 al año) toma conocimiento del manejo de la información relevante para el funcionamiento del sistema de control interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte semestral a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva (2 al año) sobre el funcionamiento del sistema de control interno en el cual se considere como uno de los puntos, la información relevante. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento		

SCI20	Comunicación Interna (1)	0	La empresa no ha asignado formalmente a los responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de presupuesto.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha designado formalmente a los responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de presupuesto.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Resolución de Designación de responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de presupuesto. b) Resolución de nombramiento y perfil de puesto que establezca como funciones la responsabilidad de elaborar información de la gestión de la empresa para cumplir con obligaciones en materia de presupuesto. c) MOF aprobado en donde se evidencie la asignación de funciones relacionadas con la gestión de la información sobre la gestión de la empresa para cumplir con obligaciones en materia de presupuesto. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) b) y c) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1b. Perfil de Puestos Jefatura de Finanzas y Asistente Presupuestos 1c. MOF Jefatura de Finanzas y Asistente Presupuestos	4
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la designación de los responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de presupuesto ha sido difundida y comunicada a las instancias pertinentes.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Comunicados, circulares o correos electrónicos que dan a conocer designación de responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con las obligaciones de la empresa en materia de presupuesto. b) Oficio u otro documento dirigido a las instancias pertinentes comunicando la designación de responsables de elaborar la información sobre su gestión para cumplir con las obligaciones de la empresa en materia de presupuesto.	a) y b) Jefe Departamento Finanzas	2a. Inicio del Proceso Presupuestal 2021 - CIRCULAR GGAF-0005 EGASA 2.b.1. Circular 007-2021 Inicio de Ppto 2022 2.b.2. Circular 010-2021 Cronograma PIA 2022	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, los responsables designados cumplen con elaborar la información de la gestión de La Empresa oportunamente cumpliendo con las obligaciones de La Empresa en materia de presupuesto.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Captura de pantalla de tablero de control de cumplimiento de obligaciones en materia presupuestaria. b) Declaración Jurada de los responsables de elaborar la información, dejando constancia del cumplimiento oportuno de las obligaciones en materia de presupuesto. c) Formatos de ejecución presupuestal del ejercicio, debidamente presentados o remitidos a la autoridad competente.	a) b) y c) Jefe Departamento Finanzas	3c.1 a 3c.11 - Informe de Evaluación al mes de enero 2021 a noviembre 2021	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General y el Directorio son informados periódicamente sobre el cumplimiento de las obligaciones en materia de presupuesto.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Informe o reporte a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el cumplimiento de las obligaciones en materia de presupuesto. b) Acta de Sesión de Directorio que considere el reporte o informe sobre el cumplimiento de las obligaciones en materia de presupuesto del ejercicio. El documento deberá precisar en resaltado la parte pertinente.	a) Gerente Administración y Finanzas b) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	3c.1 a 3c.11 - Informe de Evaluación al mes de enero 2021 a noviembre 2021 4b.1 Acta 003-2021 - Ejecución Presupuestal IV Trimestre 2020 4b.2 Acta 010-2021 - Ejecución Presupuestal I Trimestre 2021 4b.3 Acta 020-2021 - Eval. Ejecución Presupuestal 4b.4 Acta SD 028-2021 (Ejecución Presupuestal)	
SCI21	Comunicación Externa (1)	0	La empresa no cuenta con responsables en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública debidamente designados.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa ha designado formalmente a los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Resolución de designación del responsable de transparencia y del responsable de acceso a la información.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	1a.2. Resolución de designación del Responsable de Acceso a la Información Pública	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha difundido la designación de los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Captura de pantalla del portal web que muestra los responsables de transparencia y acceso a la información designados.	a) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones	2a. Captura de pantalla del Responsable de Acceso a la Información Pública (web Transparencia)	
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, los responsables de elaborar información sobre su gestión para cumplir con sus obligaciones en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública, conocen sus responsabilidades.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Programa de inducción que muestre la capacitación en materia de las funciones por cargo y listado de asistencia a la misma por parte de los responsables de Transparencia y Acceso a la información. b) Declaración Jurada de responsables de transparencia y acceso a la información dejando constancia del conocimiento de sus responsabilidades. c) Perfil de puesto que señale funciones y responsabilidades en materia de transparencia y acceso a la información. d) Formato de seguimiento a los pedidos de información pública.	a) y b) Jefe División Tecnologías de la Información y Comunicaciones c) y d) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	3a.1 Capacitación en Gestión Integral de Riesgos, Ética y Transparencia en el Sector Público, donde participa el designado responsable. (Jorge Quiróz). 3a.2 Material Capacitación Ética, Riesgos y Transparencia y lista de asistencia 3a.3 Certificado Capacitación Responsable Transparencia (Jorge Quiróz). 3b.1 DJ_Responsable_Transparencia_[R] 3c.1 MOF y acuerdo de aprobación (Pág. 33 Función 25 y Pág. 60 Función 12) 3d.1 Consolidado Pedidos Informac.2021 3d.2 Reporte pedido información 2020 (Enero 2021) 3d.3 Pedidos informac. mayo 2021	
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, los responsables de elaborar información en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública, reciben capacitaciones por lo menos una vez al año para el adecuado cumplimiento de sus funciones.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Contenidos o presentaciones efectuadas en capacitación en materia de transparencia y acceso a la información, así como listado de asistencia a la misma. b) Correo electrónico de convocatoria a participación en capacitación en materia de transparencia y acceso a la información y listado de asistencia a la misma.	a) y b) Jefe Departamento Recursos Humanos	4a.1 Capacitación en Gestión Integral de Riesgos, Ética y Transparencia en el Sector Público, donde participa el designado responsable. (Jorge Quiróz). 4a.2 Material Capacitación Ética, Riesgos y Transparencia y lista de asistencia 4a.3 Certificado Capacitación Responsable Transparencia (Jorge Quiróz). 4b.1 Correo de invitación a capacitación	

SCI22	Comunicación Interna (2)	0	La empresa no cuenta con una Política Institucional o procedimiento que establezca la obligatoriedad de elaboración de un documento por el cual se informe periódicamente al Directorio o Gerencia General u órgano equivalente, la situación que guarda el	Ninguna evidencia.			
		1	La Empresa cuenta con una Política Institucional o procedimiento aprobado que establezca la obligatoriedad de elaboración de un documento por el cual se informe periódicamente al Directorio o Gerencia General u órgano equivalente.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política Institucional, Lineamiento o procedimiento aprobado. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Política y Normas del Sistema de Control Interno 1a.2 1a.2 PSI 4-03 Procedimiento de Gestión de Riesgos y Oportunidades	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha difundido a los responsables e involucrados, la Política Institucional o procedimiento aprobado.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Difusión de la Política, Lineamiento o procedimiento a través de Circular y/o comunicado y/o captura de pantalla de portal web, intranet y/o correo electrónico u otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Designación Oficial del SCI 2a.2 Designación Equipo Evaluador del SCI 2a.3 Designación Comité de Control Interno 2a.4 Designación Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos 2a.5 Reglamento de Funcionamiento del Comité de Control Interno 2a.6 Reglamento de Funcionamiento del Comité de Auditoría y Gestión de Riesgos.	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General o el órgano equivalente recibe informes trimestral (de acuerdo a la Directiva de Gestión los informes a la GG son semestrales) relacionado al funcionamiento del SCI	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe a la Gerencia General u órgano equivalente relacionado al sistema de control interno, por cada trimestre del ejercicio. Se debe tener en cuenta que deberán incluirse todos los informes del año.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 3a.2 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA (Evaluación de la Validación por GT) 3a.3 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Trim de 2021) 3a.4 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (Evaluación del SCI al I Sem de 2021) 3a.5 Informe GG/CR-0036/2021-EGASA (Evaluación del SCI al III Trim de 2021)	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento (de acuerdo a la Directiva de Gestión de manera Trimestral el reporte de avance de la implementación de los planes de trabajo) semestralmente sobre el funcionamiento del SCI	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio que considere el reporte o informe sobre el avance de la implementación de los planes de trabajo el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	a) Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acuerdo de Directorio N° GG-002/2021-EGASA 4a.2 Acuerdo de Directorio N° GG-041/2021-EGASA 4a.3 Acta N 018-2021	
SCI23	Comunicación Externa (2)	0	La empresa no cuenta con canales de comunicación ni métodos de respuesta con relación a la información entrante.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa cuenta con canales de comunicación entrantes para obtener, recibir y compartir información de clientes, proveedores y Auditores Externos y revisa si dicha información es importante en el funcionamiento del Sistema de Control Interno de la Empresa.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política de Información aprobada u otro documento que visualice los canales de comunicación entrante para la recepción de información de clientes, proveedores etc. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	1a.1 Política, Normas y Procedimientos de Comunicación con Grupos de Interés y su Resolución de aprobación (Pág. de 16 a 20, de Num. 8.1. a 8.7 y Pág. 24 Anexo 1) 1a.2 Correos Electrónicos de Atención de comuniones externa	
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa selecciona los métodos para dar respuesta a la información entrante, con el objeto de asegurar que los mensajes claves recibidos fueron sean atendidos y direccionados.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Política de Información aprobada u otro documento que visualice la metodología para la atención y/o tratamiento de la información entrante. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información	2a.1 Política, Normas y Procedimientos de Comunicación con Grupos de Interés y su Resolución de aprobación (Pág. de 16 a 20, de Num. 8.1. a 8.7 y Pág. 24 Anexo 1) 2a.2 NORMA EGASA N° 003 – REVISIÓN N° 4 - MANUAL DE CORRESPONDENCIA (Pág. de 11, Num. 5.4)	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa cuenta con evidencia de la recepción atención tratamiento y respuesta de la información entrante.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar las siguientes evidencias: a) Captura de pantalla de correos electrónicos de recepción y/o atención y/o tratamiento y/o respuesta de la información entrante. b) Oficios comunicaciones o cualquier otro documento impreso que evidencie la atención y respuesta a la información entrante. Para la acreditación bastará con presentar un mínimo de 06 documento emitidos en el ejercicio.	a) y b) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información Jefe Departamento Coordinación Administrativa	3b.1 Pedidos y consultas de información y rsptas 3b.2 Atención de Comunicación Externas	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General, toma conocimiento semestralmente, sobre los resultados de la recepción, tratamiento, atención y respuesta de la información entrante.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe semestrales, presentados a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva de la empresa (2 al año), sobre los resultados de la recepción, tratamiento, atención y respuesta de la información entrante.	a) Jefe Departamento Organización y Métodos e Información Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Informe GG/CA-0022/2021-EGASA (Atención de Comunicaciones Externas 1er. Semestre 2021) 4a.2 Informe GG-CA-0039-2021 (Atención de Comunicaciones Externas al 30.12.2021)	

SCI24	Evaluaciones externas	0	La empresa no realiza evaluaciones externas sobre las actividades de La Empresa que se relacionan con asuntos de control interno.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa realiza evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe y/o dictamen de auditores externos en el cual se evidencia la evaluación de actividades relacionadas a asuntos de control interno. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Carta de Control Interno a la información presupuestaria y financiera por el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2020. (junio 2021) 1a.2 Informe Tributario por el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2020. Dichos Informes emitidos por la Empresa de Auditoría Externa presenta asuntos de control interno para subsanación durante cada ejercicio.	4
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, las evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno se efectúan por cada ejercicio.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe y/o dictamen de auditores externos en el cual se evidencia la evaluación de actividades relacionadas a asuntos de control interno correspondiente al ejercicio anterior al de la evaluación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Carta de Control Interno a la información presupuestaria y financiera por el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2020. (junio 2021) - (Pag. 23 - Seguimiento recomendaciones años anteriores).	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la información resultante de las evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno son informadas y evaluadas por la Gerencia General.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe o reporte a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva sobre el resultado de las evaluaciones externas.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Informe N° GG/CR-0025/2021-EGASA, el cual presenta los Planes de Acción para subsanar los Aspectos de Control Interno observados. 3a.2 Acuerdo de Directorio N° 039/2021 - Planes de Acción SOA 2020.	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento anualmente sobre los resultados de las evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno.	Para acreditar el presente parámetro, podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta anual de Sesión de Directorio (1 al año) en la cual se visualice el informe sobre los resultados de las evaluaciones externas sobre las actividades de la empresa que se relacionan con asuntos de control interno.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	4a. Acta SD 017/2021 - Pagina 15 - (Adopción medidas correctivas de recomendaciones de control interno).	
SCI25	Evaluaciones continuas e independientes	0	La empresa no cuenta con un procedimiento formal por el cual se establezcan las políticas y mecanismos necesarios para que los responsables de los procesos, en sus respectivos ámbitos de actuación, comuniquen los resultados de sus evaluaciones de Control Interno.	Ninguna evidencia.			4
		1	La empresa cuenta con un procedimiento formal aprobado y difundido por el cual se establezcan las políticas y mecanismos necesarios para que los responsables de los procesos, en sus respectivos ámbitos de actuación, comuniquen los resultados de sus evaluaciones de Control Interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar las siguientes evidencias: a) Procedimiento debidamente aprobado, que contenga las políticas y mecanismos necesarios para que los responsables (dueños) de los procesos en el ámbito de su competencia comuniquen los resultados de sus evaluaciones de Control Interno y las deficiencias identificadas. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. b) Difusión del Procedimiento a través de la circular y/o comunicado y/o captura de pantalla del portal web o intranet y/o correo electrónico o cualquier otro medio que lo ponga a disposición de los interesados.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Política y Normas del Sistema de Control Interno (Numeral 9.3: 9.3. DE LAS EVALUACIONES DE CONTROL INTERNO A NIVEL PROCESOS) (Pag. 23) 1b.1 Circular N° GG/OM-0013/2021-EGASA (Difusión Política y Normas del Sistema de Control Interno).	
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, los responsables de los procesos, en sus respectivos ámbitos de actuación, comunican al responsable (órgano o área específica o colaborador) de coordinar las actividades de Control Interno, los resultados de sus evaluaciones de Control Interno así como las deficiencias identificadas durante el ejercicio y los programas de trabajo para atenderlas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informes, memorándums y/o correos electrónicos mediante los cuales los responsables (dueños) de procesos en sus ámbitos de actuación comunican al responsable de coordinar las actividades de Control Interno (órgano, área específica o colaborador) los resultados de sus evaluaciones de control interno, las deficiencias identificadas y los programas de trabajo para su atención.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Circular GG-0007-2021-EGASA 2a.2 Circular GG-0014-2021-EGASA 2a.3 Circular GG-0021-2021-EGASA 2a.4 Circular GG 0024 - 2021-EGASA 2a.5 Anexo de Circulares - Instrucciones carga de información 2a.6 Herramienta Integrada Evaluación SCI con Responsables	
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General recibe reportes semestrales sobre los resultados de las evaluaciones de control interno, las deficiencias identificadas y el seguimiento al cumplimiento de los programas de trabajo.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informes o reportes semestrales (2 al año) a la Gerencia General o Dirección Ejecutiva comunicando los resultados de las evaluaciones de control interno, las deficiencias identificadas y el seguimiento al cumplimiento de los programas de trabajo establecidos para atenderlos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA 3a.2 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA 3a.3 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA 3a.4 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA 3a.5 Informe GG/CR-0036/2021-EGASA	
		4	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento semestralmente sobre los resultados de las evaluaciones de control interno, las deficiencias identificadas y el seguimiento a los programas de trabajo, comunicados al responsable de coordinar las actividades de Control Interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas de Sesión de Directorio semestral (2 al año) que consideren dentro de los asuntos a tratar los resultados de las evaluaciones de control interno, las deficiencias identificadas y el seguimiento al cumplimiento de los programas de trabajo establecidos para atenderlos.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	4a.1 Acuerdo de Directorio N° GG-002/2021-EGASA 4a.2 Acuerdo de Directorio N° GG-041/2021-EGASA 4a.3 Acta N 018-2021	

SCI26	Evalúa y comunica deficiencias	0	La Gerencia de la empresa no ha seleccionado ni desarrollado evaluaciones continuas	Ninguna evidencia.				
		1	La Gerencia General de la empresa ha seleccionado y desarrollado una mezcla de evaluaciones continuas e independientes para asegurar que los cinco componentes de control interno estén presentes y funcionando.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informes de evaluación continua trimestral. b) Informe de evaluación semestral emitido a FONAFE.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA 1a.2 Oficio SIED SCI II Semestre 2020 FONAFE 1a.3 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA 1a.4 Informe GG/CR-0018/2021-EGASA 1a.5 Informe GG/CR-0028/2021-EGASA (1a.6 Oficio SIED SCI I Semestre 2021 a FONAFE 1a.7 Informe GG/CR-0036/2021-EGASA		4
		2	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, las evaluaciones continuas e independientes se realizan frente a la línea base de entendimiento del diseño del sistema de control interno.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Informe anual de autoevaluación aprobado y remitido a FONAFE y documento de aprobación. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente. b) Informe de validación anual de la autoevaluación del sistema de control interno.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Informe GG/CR-0001/2021-EGASA (Evaluación del SCI al cierre del ejercicio 2020) 2a.2 Oficio SIED SCI II Semestre 2020 FONAFE 2a.3 Acuerdo de Directorio N° GG-002/2021-EGASA 2b.1 Informe GG/CR-0007/2021-EGASA (Validación Nivel de Madurez SCI FONAFE 2020)		
		3	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, las evaluaciones continuas están incluidas como parte de las actividades de los procesos.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar cualquiera de las siguientes evidencias: a) Plan Anual de Auditoría del Ejercicio o Plan de Evaluaciones del área competente. b) Copia de la caracterización de procesos aprobada que muestre las actividades relacionadas a evaluaciones continuas. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación. Se deberá precisar mediante resaltado en el documento, la parte pertinente.	a) y b) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	3a.1 Planes de Acción para la subsanación de recomendaciones de Control Interno. 3a.2 Acuerdo de Directorio N° GG-039/2021-EGASA (Adopción medidas correctivas 2020) 3a.3 Documento Interno GG-CR-0085-2021-EGASA - Remisión Planes de Acción a OCI de EGASA 3a.4 Oficio SIED 058-2021 - Remisión Planes de Acción a FONAFE		
		4	Se cumple con el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio toma conocimiento al menos semestralmente sobre el resultado de las evaluaciones continuas e independientes realizadas así como sobre las medidas tomadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Actas semestrales de Sesión de Directorio (2 al año) que consideren el reporte o informe sobre el resultado de las evaluaciones continuas e independientes realizadas así como las recomendaciones y medidas correctivas tomadas.	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acta SD 003/2021 - Seguimiento Recomendaciones SOA y OCI IV Trimestre 2021 (Pagina 27 Num 3.18) 4a.2 Acta SD 008/2021 - Seguimiento Recomendaciones SOA y OCI I Trimestre 2021 (Pagina 7 Num 1.16) 4a.3 Acta SD 020/2021 - Pagina 15 - Seguimiento al Plan de Subsanaciones y Seguimiento de Recomendaciones 4a.4 Acta SD 026-2021 Seguimiento SOA y Audit Externa		
SCI27	Auditoría Interna (1)	0	La empresa no ha elaborado cláusulas de auditoría para los contratos con sus proveedores.	Ninguna evidencia.				1
		1	La empresa ha elaborado cláusulas de auditoría para los contratos con sus proveedores incluidos los de servicios de Outsourcing las cuales se encuentran en proceso de aprobación.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Cláusula de auditoría o similares adicionales, a las contenidas en los contratos modelo del OSCE, para los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing en proceso de aprobación.	Jefe Departamento Logística	1a.1 Bases Integradas_CP-7-2019 VIGILANCIA (Pag. 24: "Cuando EGASA considere, podrá solicitar al Contratista la exposición de las medidas de control sobre seguridad establecidas para el desarrollo del trabajo." 1a.2 Contrato Vigilancia Item 1 CGG-47-2020 (Pag. 4: Otras Penalidades) 1a.3 Contrato Vigilancia Item 2 Pisco CGG-48-2020 (Pag. 4: Otras Penalidades)		
		2	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha aprobado las cláusulas de auditoría para los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Cláusula de auditoría o similares adicionales, a las contenidas en los contratos modelo del OSCE para los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing debidamente aprobados por el área correspondiente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	Jefe Departamento Logística			
		3	Se cumple con lo definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha implementado las cláusulas de auditoría para todos los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Contrato que incluya cláusula de Auditoría aprobada. Nota: Se deberá tomar en consideración lo señalado en la Ley 29245 que regula los contratos de tercerización. Por ejemplo: En los contratos con los servicios de seguridad y limpieza donde se aprecie que previo a la conformidad el proveedor cumple con las obligaciones laborales para con las personas destacadas en la empresa.	Jefe Departamento Logística			
		4	La gerencia o área encargada realiza el seguimiento y se asegura que todos los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing contengan cláusulas de auditoría.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe de gerencia o del área encargada en donde se visualice que realiza el seguimiento para asegurar que en todos los contratos con sus proveedores de servicios de Outsourcing contengan cláusulas de auditoría o similares, éstas se cumplan de acuerdo a lo estipulado en los contratos.	Jefe Departamento Logística			

SCI28	Auditoría Interna (2)	0	La empresa no ha realizado auditoría interna y/o acciones de control con respecto a los procesos críticos seleccionados durante el último ejercicio.	Ninguna evidencia.			
		1	La empresa ha realizado auditorías internas y/o acciones de control con respecto de los procesos críticos seleccionados durante el último ejercicio.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe de auditoría y/o acciones de control con respecto de los procesos críticos seleccionados durante el último ejercicio. En este caso, las auditorías internas se pueden referir a las efectuadas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control (CGR, OCI y SOA) y la auditoría y/o revisión determinadas en la Gestión de Riesgos que ayuden en la gestión de la empresa.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	1a.1 Carta de Control Interno a la información presupuestaria y financiera por el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2020. (junio 2021) 1a.2 Informe Tributario por el ejercicio terminado el 31 de diciembre de 2020. 1a.3 a 1a.17 Informes de Control Simultaneo- Contraloría	
		2	Se cumple con b) definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la empresa ha establecido programas de trabajo para atender las deficiencias identificadas e implementar las recomendaciones efectuadas producto de las auditorías internas y/o acciones de control realizadas.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Programa de trabajo o plan de acción aprobado para atender las deficiencias identificadas e implementar las recomendaciones efectuadas producto de las auditorías internas y/o acciones de control realizadas debidamente aprobado por órgano competente. Se entiende como debidamente aprobado al documento que muestre los vistos, firmas y sellos correspondientes o el instrumento o documento de aprobación.	a) Jefe División Control de Riesgos y Cumplimiento	2a.1 Informe N° GG/CR-0025/2021-EGASA, el cual presenta los Planes de Acción para subsanar los Aspectos de Control Interno observados. 2a.2 Acuerdo de Directorio N° 039/2021 - Planes de Acción SOA 2020. 2a.3 - 2a.10 Planes de Acción Informes OCI	
		3	Se cumple con b) definido en el criterio anterior. Adicionalmente, la Gerencia General hace seguimiento trimestralmente a si las acciones correctivas de las deficiencias y recomendaciones comunicadas se han cumplido en el tiempo establecido.	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Informe trimestral de la Gerencia General o Dirección Ejecutiva (4 al año) en donde se incluya el seguimiento a las acciones correctivas de las deficiencias y recomendaciones como resultado de las auditorías internas.	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	3a.1 Inf. GG-CA-0005/2021-EGASA - Seguimiento al Plan de Subsanaciones Auditoría Externa y Recomendaciones OCI al 25-01-2021 3a.2 Informe GGCA-0012/2021-EGASA - Seguimiento al Plan de Subsanaciones Auditoría Externa y Recomendaciones OCI al 12-04-2021 3a.3 Informe GGCA-0021/2021-EGASA - Seguimiento al Plan de Subsanaciones Auditoría Externa y Recomendaciones OCI al 21-07-2021 3a.4 Informe GGCA-0031/2021-EGASA - Seguimiento al plan de subsanaciones y Auditoría Externa y recomendaciones OCI al 12 de octubre de 2021.	
		4	Se cumple con b) definido en el criterio anterior. Adicionalmente, el Directorio o el Comité de Auditoría realiza semestralmente el seguimiento a la implementación de las recomendaciones y deficiencias detectadas por las Auditorías internas y/o el Órgano de Control Institucional. *Tratándose de FONAFE el seguimiento se efectuará a nivel de la Dirección Ejecutiva	Para acreditar el presente parámetro podrá presentar la siguiente evidencia: a) Acta de Sesión de Directorio o del Comité de Auditoría (en caso de contar con este) semestral (2 al año) en donde se visualice dentro de los asuntos a tratar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones y deficiencias detectadas por los órganos conformantes del Sistema Nacional de Control (CGR, OCI, SOA) y las auditorías internas. *Tratándose de FONAFE el seguimiento se efectuará a nivel de la Dirección Ejecutiva a través de un Informe emitido semestralmente a dicha instancia.	a) Jefe Departamento Coordinación Administrativa	4a.1 Acta SD 003/2021 - Seguimiento Recomendaciones SOA y OCI IV Trimestre 2021 (Página 27 Num 3.18) 4a.2 Acta SD 008/2021 - Seguimiento Recomendaciones SOA y OCI I Trimestre 2021 (Página 7 Num 1.16) 4a.3 Acta SD 020/2021 - Página 15 - Seguimiento al Plan de Subsanaciones y Seguimiento de Recomendaciones 4a.4 Acta SD 025/2021 Seguimiento SOA y Audit Externa (1) 4a.5 Acta N° 1 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 01-2021 4a.6 Acta N° 2 del CAR - Sesión Ordinaria N° 01-2021 4a.7 Acta N° 3 del CAR - Sesión Ordinaria N° 02-2021 4a.8 Acta N° 4 del CAR - Sesión Ordinaria N° 03-2021 4a.9 Acta N° 5 del CAR - Sesión Extraordinaria N° 02-2021 4a.10 Acta N° 6 del CAR - Sesión Ordinaria N° 04-2021 4a.11 Acta N° 7 del CAR - Sesión Ordinaria N° 05-2021 4a.12 Acta N° 8 del CAR - Sesión Ordinaria N° 06-2021	



Anexo 5

Coeficientes (ai) para el contraste de Shapiro-Wilks

n/i	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	0.7071										
3	0.7071	0.0000									
4	0.6872	0.1677									
5	0.6646	0.2413	0.0000								
6	0.6431	0.2806	0.0875								
7	0.6233	0.3031	0.1401	0.0000							
8	0.6052	0.3164	0.1743	0.0561							
9	0.5888	0.3244	0.1976	0.0947	0.0000						
10	0.5739	0.3291	0.2141	0.1224	0.0399						
11	0.5601	0.3315	0.2260	0.1429	0.0695	0.0000					
12	0.5475	0.3325	0.2347	0.1586	0.0922	0.0303					
13	0.5359	0.3325	0.2412	0.1707	0.1099	0.0539	0.0000				
14	0.5251	0.3318	0.2495	0.1802	0.1240	0.0727	0.0240				
15	0.5150	0.3306	0.2495	0.1878	0.1353	0.0880	0.0433	0.0000			
16	0.5056	0.3290	0.2521	0.1988	0.1447	0.1005	0.0593	0.0196			
17	0.4968	0.3273	0.2540	0.1988	0.1524	0.1109	0.0725	0.0359	0.0000		
18	0.4886	0.3253	0.2553	0.2027	0.1587	0.1197	0.0837	0.0496	0.0163		
19	0.4808	0.3232	0.2561	0.2059	0.1641	0.1271	0.0932	0.0612	0.0303	0.0000	
20	0.4734	0.3211	0.2565	0.2085	0.1686	0.1334	0.1013	0.0711	0.0422	0.0140	
21	0.4643	0.3185	0.2578	0.2119	0.1736	0.1339	0.1092	0.0804	0.0530	0.0263	0.0000
22	0.4590	0.3156	0.2571	0.2131	0.1764	0.1443	0.1150	0.0878	0.0618	0.0368	0.0122
23	0.4542	0.3126	0.2563	0.2139	0.1787	0.1480	0.1201	0.0941	0.0696	0.0459	0.0228
24	0.4493	0.3098	0.2554	0.2145	0.1807	0.1512	0.1245	0.0997	0.0764	0.0539	0.0321
25	0.4450	0.3069	0.2543	0.2148	0.1822	0.1539	0.1283	0.1046	0.0823	0.0610	0.0403
26	0.4407	0.3043	0.2533	0.2151	0.1836	0.1563	0.1316	0.1089	0.0876	0.0672	0.0476
27	0.4366	0.3018	0.2522	0.2152	0.1848	0.1584	0.1346	0.1128	0.0923	0.0728	0.0540
28	0.4328	0.2992	0.2510	0.2151	0.1857	0.1601	0.1372	0.1162	0.0965	0.0778	0.0598
29	0.4291	0.2968	0.2499	0.2150	0.1864	0.1616	0.1395	0.1192	0.1002	0.0822	0.0650
30	0.4254	0.2944	0.2487	0.2148	0.1870	0.1630	0.1415	0.1219	0.1036	0.0862	0.0697
31	0.4220	0.2921	0.2475	0.2145	0.1874	0.1641	0.1433	0.1243	0.1066	0.0899	0.0739
32	0.4188	0.2898	0.2463	0.2141	0.1878	0.1651	0.1449	0.1265	0.1093	0.0931	0.0777
33	0.4156	0.2876	0.2451	0.2137	0.1880	0.1660	0.1463	0.1284	0.1118	0.0961	0.0812
34	0.4127	0.2854	0.2439	0.2132	0.1882	0.1667	0.1475	0.1301	0.1140	0.0988	0.0844
35	0.4096	0.2834	0.2427	0.2127	0.1883	0.1673	0.1487	0.1317	0.1160	0.1013	0.0873
36	0.4068	0.2813	0.2415	0.2121	0.1883	0.1678	0.1496	0.1331	0.1179	0.1036	0.0900
37	0.4040	0.2794	0.2403	0.2116	0.1883	0.1683	0.1505	0.1344	0.1196	0.1056	0.0924
38	0.4015	0.2774	0.2391	0.2110	0.1881	0.1686	0.1513	0.1356	0.1211	0.1075	0.0947
39	0.3989	0.2755	0.2380	0.2104	0.1880	0.1689	0.1520	0.1366	0.1225	0.1092	0.0967
40	0.3964	0.2737	0.2368	0.2098	0.1878	0.1691	0.1526	0.1376	0.1237	0.1108	0.0986
41	0.3940	0.2719	0.2357	0.2091	0.1876	0.1693	0.1531	0.1384	0.1249	0.1123	0.1004
42	0.3917	0.2701	0.2345	0.2085	0.1874	0.1694	0.1535	0.1392	0.1259	0.1136	0.1020
43	0.3894	0.2684	0.2334	0.2078	0.1871	0.1695	0.1539	0.1398	0.1269	0.1149	0.1035
44	0.3872	0.2667	0.2323	0.2072	0.1868	0.1695	0.1542	0.1405	0.1278	0.1160	0.1049
45	0.3850	0.2651	0.2313	0.2065	0.1865	0.1695	0.1545	0.1410	0.1286	0.1170	0.1062
46	0.3830	0.2635	0.2302	0.2058	0.1862	0.1695	0.1548	0.1415	0.1293	0.1180	0.1073
47	0.3808	0.2620	0.2291	0.2052	0.1859	0.1695	0.1550	0.1420	0.1300	0.1189	0.1085
48	0.3789	0.2604	0.2281	0.2045	0.1855	0.1693	0.1551	0.1423	0.1306	0.1197	0.1095
49	0.3770	0.2589	0.2271	0.2038	0.1851	0.1692	0.1553	0.1427	0.1312	0.1205	0.1105
50	0.3751	0.2574	0.2260	0.2032	0.1847	0.1691	0.1554	0.1430	0.1317	0.1212	0.1113

Anexo 6

Niveles de significación para el contraste de Shapiro-Wilks.

n	0.01	0.02	0.05	0.1	0.5	0.9	0.95	0.98	0.99
3	0.753	0.756	0.767	0.789	0.959	0.998	0.999	1.000	1.000
4	0.687	0.707	0.748	0.792	0.935	0.987	0.992	0.996	0.997
5	0.686	0.715	0.762	0.806	0.927	0.979	0.986	0.991	0.993
6	0.713	0.743	0.788	0.826	0.927	0.974	0.981	0.986	0.989
7	0.730	0.760	0.803	0.838	0.928	0.972	0.979	0.985	0.988
8	0.749	0.778	0.818	0.851	0.932	0.972	0.978	0.984	0.987
9	0.764	0.791	0.829	0.859	0.935	0.972	0.978	0.984	0.986
10	0.781	0.806	0.842	0.869	0.938	0.972	0.978	0.983	0.986
11	0.792	0.817	0.850	0.876	0.940	0.973	0.979	0.984	0.986
12	0.805	0.828	0.859	0.883	0.943	0.973	0.979	0.984	0.986
13	0.814	0.837	0.866	0.889	0.945	0.974	0.979	0.984	0.986
14	0.825	0.846	0.874	0.895	0.947	0.975	0.980	0.984	0.986
15	0.835	0.855	0.881	0.901	0.950	0.975	0.980	0.984	0.987
16	0.844	0.863	0.887	0.906	0.952	0.976	0.981	0.985	0.987
17	0.851	0.869	0.892	0.910	0.954	0.977	0.981	0.985	0.987
18	0.858	0.874	0.897	0.914	0.956	0.978	0.982	0.986	0.988
19	0.863	0.879	0.901	0.917	0.957	0.978	0.982	0.986	0.988
20	0.868	0.884	0.905	0.920	0.959	0.979	0.983	0.986	0.988
21	0.873	0.888	0.908	0.923	0.960	0.980	0.983	0.987	0.989
22	0.878	0.892	0.911	0.926	0.961	0.980	0.984	0.987	0.989
23	0.881	0.895	0.914	0.928	0.962	0.981	0.984	0.987	0.989
24	0.884	0.898	0.916	0.930	0.963	0.981	0.984	0.987	0.989
25	0.888	0.901	0.918	0.931	0.964	0.981	0.985	0.988	0.989
26	0.891	0.904	0.920	0.933	0.965	0.982	0.985	0.988	0.989
27	0.894	0.906	0.923	0.935	0.965	0.982	0.985	0.988	0.990
28	0.896	0.908	0.924	0.936	0.966	0.982	0.985	0.988	0.990
29	0.898	0.910	0.926	0.937	0.966	0.982	0.985	0.988	0.990
30	0.900	0.912	0.927	0.939	0.967	0.983	0.985	0.988	0.990
31	0.902	0.914	0.929	0.940	0.967	0.983	0.986	0.988	0.990
32	0.904	0.915	0.930	0.941	0.968	0.983	0.986	0.988	0.990
33	0.906	0.917	0.931	0.942	0.968	0.983	0.986	0.989	0.990
34	0.908	0.919	0.933	0.943	0.969	0.983	0.986	0.989	0.990
35	0.910	0.920	0.934	0.944	0.969	0.984	0.986	0.989	0.990
36	0.912	0.922	0.935	0.945	0.970	0.984	0.986	0.989	0.990
37	0.914	0.924	0.936	0.946	0.970	0.984	0.987	0.989	0.990
38	0.916	0.925	0.938	0.947	0.971	0.984	0.987	0.989	0.990
39	0.917	0.927	0.939	0.948	0.971	0.984	0.987	0.989	0.991
40	0.919	0.928	0.940	0.949	0.972	0.985	0.987	0.989	0.991
41	0.920	0.929	0.941	0.950	0.972	0.985	0.987	0.989	0.991
42	0.922	0.930	0.942	0.951	0.972	0.985	0.987	0.989	0.991
43	0.923	0.932	0.943	0.951	0.973	0.985	0.987	0.990	0.991
44	0.924	0.933	0.944	0.952	0.973	0.985	0.987	0.990	0.991
45	0.926	0.934	0.945	0.953	0.973	0.985	0.988	0.990	0.991
46	0.927	0.935	0.945	0.953	0.974	0.985	0.988	0.990	0.991
47	0.928	0.936	0.946	0.954	0.974	0.985	0.988	0.990	0.991
48	0.929	0.937	0.947	0.954	0.974	0.985	0.988	0.990	0.991

Anexo 7

Valores Críticos de t

		$\alpha/2$												
		0,0005	0,001	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,2	0,25	0,3	0,4	0,45	0,475
v grados de libertad	1	636,619	318,309	63,657	31,821	12,706	6,314	3,078	1,376	1,000	0,727	0,325	0,158	0,079
	2	31,599	22,327	9,925	6,965	4,303	2,920	1,886	1,061	0,816	0,617	0,289	0,142	0,071
	3	12,924	10,215	5,841	4,541	3,182	2,353	1,638	0,978	0,765	0,584	0,277	0,137	0,068
	4	8,610	7,173	4,604	3,747	2,776	2,132	1,533	0,941	0,741	0,569	0,271	0,134	0,067
	5	6,869	5,893	4,032	3,365	2,571	2,015	1,476	0,920	0,727	0,559	0,267	0,132	0,066
	6	5,959	5,208	3,707	3,143	2,447	1,943	1,440	0,906	0,718	0,553	0,265	0,131	0,065
	7	5,408	4,785	3,499	2,998	2,365	1,895	1,415	0,896	0,711	0,549	0,263	0,130	0,065
	8	5,041	4,501	3,355	2,896	2,306	1,860	1,397	0,889	0,706	0,546	0,262	0,130	0,065
	9	4,781	4,297	3,250	2,821	2,262	1,833	1,383	0,883	0,703	0,543	0,261	0,129	0,064
	10	4,587	4,144	3,169	2,764	2,228	1,812	1,372	0,879	0,700	0,542	0,260	0,129	0,064
	11	4,437	4,025	3,106	2,718	2,201	1,796	1,363	0,876	0,697	0,540	0,260	0,129	0,064
	12	4,318	3,930	3,055	2,681	2,179	1,782	1,356	0,873	0,695	0,539	0,259	0,128	0,064
	13	4,221	3,852	3,012	2,650	2,160	1,771	1,350	0,870	0,694	0,538	0,259	0,128	0,064
	14	4,140	3,787	2,977	2,624	2,145	1,761	1,345	0,868	0,692	0,537	0,258	0,128	0,064
	15	4,073	3,733	2,947	2,602	2,131	1,753	1,341	0,866	0,691	0,536	0,258	0,128	0,064
	16	4,015	3,686	2,921	2,583	2,120	1,746	1,337	0,865	0,690	0,535	0,258	0,128	0,064
	17	3,965	3,646	2,898	2,567	2,110	1,740	1,333	0,863	0,689	0,534	0,257	0,128	0,064
	18	3,922	3,610	2,878	2,552	2,101	1,734	1,330	0,862	0,688	0,534	0,257	0,127	0,064
	19	3,883	3,579	2,861	2,539	2,093	1,729	1,328	0,861	0,688	0,533	0,257	0,127	0,064
	20	3,850	3,552	2,845	2,528	2,086	1,725	1,325	0,860	0,687	0,533	0,257	0,127	0,063
	21	3,819	3,527	2,831	2,518	2,080	1,721	1,323	0,859	0,686	0,532	0,257	0,127	0,063
	22	3,792	3,505	2,819	2,508	2,074	1,717	1,321	0,858	0,686	0,532	0,256	0,127	0,063
	23	3,768	3,485	2,807	2,500	2,069	1,714	1,319	0,858	0,685	0,532	0,256	0,127	0,063
	24	3,745	3,467	2,797	2,492	2,064	1,711	1,318	0,857	0,685	0,531	0,256	0,127	0,063
	25	3,725	3,450	2,787	2,485	2,060	1,708	1,316	0,856	0,684	0,531	0,256	0,127	0,063
	26	3,707	3,435	2,779	2,479	2,056	1,706	1,315	0,856	0,684	0,531	0,256	0,127	0,063
	27	3,690	3,421	2,771	2,473	2,052	1,703	1,314	0,855	0,684	0,531	0,256	0,127	0,063
	28	3,674	3,408	2,763	2,467	2,048	1,701	1,313	0,855	0,683	0,530	0,256	0,127	0,063
	29	3,659	3,396	2,756	2,462	2,045	1,699	1,311	0,854	0,683	0,530	0,256	0,127	0,063
	30	3,646	3,385	2,750	2,457	2,042	1,697	1,310	0,854	0,683	0,530	0,256	0,127	0,063
	31	3,633	3,375	2,744	2,453	2,040	1,696	1,309	0,853	0,682	0,530	0,256	0,127	0,063
	32	3,622	3,365	2,738	2,449	2,037	1,694	1,309	0,853	0,682	0,530	0,255	0,127	0,063
	33	3,611	3,356	2,733	2,445	2,035	1,692	1,308	0,853	0,682	0,530	0,255	0,127	0,063
	34	3,601	3,348	2,728	2,441	2,032	1,691	1,307	0,852	0,682	0,529	0,255	0,127	0,063
	35	3,591	3,340	2,724	2,438	2,030	1,690	1,306	0,852	0,682	0,529	0,255	0,127	0,063
	α	0,001	0,002	0,01	0,02	0,05	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6	0,8	0,9	0,95

