



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**



**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y  
AUDITORIA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL**

---

**“CONTROL CONCURRENTE Y SU INCIDENCIA EN LA  
GESTIÓN PÚBLICA DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE  
FÁTIMA – CHACHAPOYAS”**

**TESIS**

**PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO  
EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y AUDITORIA EN LA  
GESTIÓN GUBERNAMENTAL**

**AUTOR:**

**C.P.C. Tulio César Aldana Monja**

**ASESOR:**

**Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz**

**Lambayeque, 2022**

“CONTROL CONCURRENTENTE Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA DEL  
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA – CHACHAPOYAS”



---

C.P.C. Tulio César Aldana Monja  
**AUTOR**



---

Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz  
**ASESOR**

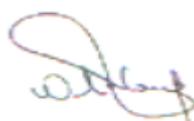
Presentada a la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para optar el Grado Académico de: MAESTRO EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y AUDITORIA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL.

APROBADO POR:



---

Dr. Oswaldo Alberto Mendoza Otiniano  
**PRESIDENTE**



---

Dr. Carlos Alberto Olivos Campos  
**SECRETARIO**



---

Mg. Jorge Hernán Atoche Pacherres  
**VOCAL**

 <b>UNPRG</b> <small>UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO DE LAMBAYEQUE</small>	<b>ESCUELA DE POSGRADO</b> <i>M.Sc. Francis Villena Rodriguez</i>	Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 29-8-2020
<b>UNIDAD DE INVESTIGACION</b>	<b>FORMATO DE ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS</b>	Pág. 1 de 3

### ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Siendo las 11.00 a.m. del martes 06 de diciembre de 2022, se dio inicio a la Sustentación Virtual de Tesis soportado por el sistema Google Meet, preparado y controlado por la Unidad de Tele Educación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, con la participación en la Video Conferencia de los miembros del Jurado, nombrados con Resolución N°981-2021EPG, de fecha 04 de noviembre de 2021, conformado por:

Dr. OSWALDO ALBERTO MENDOZA OTINIANO	Presidente
Dr. CARLOS ALBERTO OLIVOS CAMPOS	Secretario
Mg. JORGE HERNAN ATOCHE PACHERRES	Vocal
Dr. JOSE HUMBERTO BECERRA SANTA CRUZ	Asesor

Para evaluar el informe de tesis del tesista TULIO CESAR ALDANA MONJA candidato a optar el grado de MAESTRO EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y AUDITORIA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL con la tesis titulada "CONTROL CONCURRENTES Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA - CHACHAPOYAS".

El Sr. Presidente, después de transmitir el saludo a todos los participantes en la Video Conferencia de la Sustentación Virtual ordenó la lectura de la Resolución N°1235-2022-EPG de fecha 25 de noviembre de 2022, que autoriza la Sustentación Virtual del Informe de tesis correspondiente, luego de lo cual autorizó al candidato a efectuar la Sustentación Virtual, otorgándole 25 minutos de tiempo y autorizando también compartir su pantalla. Culminada la exposición del candidato, se procedió a la intervención de los miembros del jurado, exponiendo sus opiniones y observaciones correspondientes, posteriormente se realizaron las preguntas al candidato.

Culminadas las preguntas y respuestas, el Sr. presidente autorizó el pase de los miembros del Jurado a la sala de video conferencia reservada para el debate sobre la Sustentación Virtual del Informe de tesis realizada por el candidato, evaluando en base a la rúbrica de sustentación y determinando el resultado total de la tesis con 16 puntos, equivalente a BUENO, quedando el candidato apto para optar el Grado de MAESTRO EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y AUDITORIA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL, Se retornó a la Video Conferencia de Sustentación Virtual,

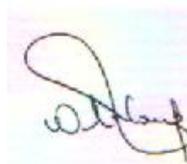
 <b>UNPRG</b> <small>UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO FERRELL</small>	<b>ESCUELA DE POSGRADO</b> <i>M.Sc. Francis Villana Rodríguez</i>	Versión:	01
		Fecha de Aprobación	29-8-2020
<b>UNIDAD DE INVESTIGACION</b>	<b><u>FORMATO DE ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL</u></b> <b><u>DE TESIS</u></b>	Pág. 2 de 3	

se dio a conocer el resultado, dando lectura del acta y se culminó con los actos finales en la Video Conferencia de Sustentación Virtual.

Siendo las 12.15 p.m. se dio por concluido el acto de Sustentación Virtual.



**Dr. OSWALDO ALBERTO MENDOZA OTINIANO**  
PRESIDENTE



**Dr. CARLOS ALBERTO OLIVOS CAMPOS**  
SECRETARIO



**Mg. JORGE HERNAN ATOCHE PACHERRES**  
VOCAL



**Dr. JOSE HUMBERTO BECERRA SANTA CRUZ**  
ASESOR



## **Dedicatoria**

A mis hermanas Maribel, Rocío y Sicciolina: y, a mis cuñados quienes me ayudan a velar por mi madrecita Graciela Monja, y que, además, luchan por sacar adelante a mis sobrinas y sobrinos, deseándoles que mi Dios siempre este del lado de todos ellos.

### **Agradecimiento**

A mi Dios que desde que llegó a mí nunca se fue y siempre está a mi lado ayudándome a lograr mis objetivos. A mi esposa Milagro que siempre está a mi lado, cuidando siempre de nosotros y que con su ayuda he podido lograr culminar este trabajo. A mi pequeñita Valentina del Milagro quien, con su cariño y hermosa sonrisa, me renueva mis fuerzas para seguir adelante. A mi hijo Tulio Melvin, quien siempre me demuestra su amor y cariño, dándome la alegría que me permite siempre salir adelante; y por quienes lucharé hasta el final por verlos como personas de bien.

A mis hermanas y cuñados quienes me ayudan a velar por mi madrecita Graciela Monja y que, además, luchan por sacar adelante a mis sobrinas y sobrinos, deseándoles que mi Dios siempre este del lado de ellas.

## Índice General

Acta de sustentación (copia).....	III
Índice de Tablas.....	VIII
Índice de Figuras .....	XII
I. Diseño Teórico .....	21
1.1 Antecedentes de la Investigación.....	21
1.2 Base Teórica.....	25
1.4 Operacionalización de Variables .....	39
1.5 Hipótesis .....	39
II. Métodos y Materiales .....	40
2.1 Tipo de Investigación.....	40
2.2 Método de Investigación.....	40
2.3 Diseño de Contrastación .....	40
2.4 Población y Muestra .....	41
2.5 Técnicas, Instrumentos, Equipos y Materiales de obtención de Datos.....	43
2.6 Procesamiento y Análisis de Datos.....	44
III. Resultados y Discusión .....	44
3.1. Tabla y Figuras .....	44
3.2 Discusión.....	101
IV. Conclusiones .....	104
V. Recomendaciones .....	106
Referencias .....	108
Anexo 1.....	112

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Muestra .....	42
<b>Tabla 2.</b> Nivel de correlación de Pearson Nivel de correlación de Spearman.....	44
<b>Tabla 3.</b> Durante el presente año, ¿la entidad ha realizado al menos una charla de sensibilización, dirigido a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su importancia en la función pública?.....	45
<b>Tabla 4.</b> ¿El Hospital cuenta con lineamientos o normas internas aprobadas que regulen la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?.....	46
<b>Tabla 5.</b> ¿El Hospital cuenta con un procedimiento aprobado que permita recibir denuncias contra sus funcionarios y servidores que vulneran la ética o normas de conducta?.....	47
<b>Tabla 6.</b> ¿Los funcionarios y servidores que son parte del órgano o unidad orgánica han recibido al menos un curso de capacitación en Control Concurrente durante los dos últimos años? .....	48
<b>Tabla 7.</b> ¿El órgano o unidad orgánica de la entidad, durante el presente año, ha capacitado a los demás órganos o unidades orgánicas que participan en aspectos relacionados al control concurrente o control interno?.....	50
<b>Tabla 8.</b> ¿El Hospital cuenta con al menos un funcionario o servidor que se dedique permanentemente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a los órganos o unidades orgánicas respecto al control concurrente? .....	51
<b>Tabla 9.</b> ¿El Hospital ha difundido a sus colaboradores la información del cumplimiento de sus objetivos, metas o resultados a través de los canales de comunicación e información que dispone (e-mail, intranet, periódico mural, etc.)?.....	52
<b>Tabla 10.</b> ¿El Hospital realiza una evaluación anual del desempeño de los funcionarios? 53	
<b>Tabla 11.</b> ¿El titular de la entidad ha presentado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente y en los plazos establecidos? .....	54
<b>Tabla 12.</b> ¿El hospital ha cumplido con difundir a la ciudadanía la información de su ejecución presupuestal de forma semestral a través de los canales de comunicación que dispone?.....	55
<b>Tabla 13.</b> ¿El hospital revisa mensualmente la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador a fin de identificar si alguno de sus funcionarios se encuentra comprendido en dicha relación y proceder a cumplir con la correspondiente normativa? .....	57

<b>Tabla 14.</b> ¿El hospital incorpora en una cláusula contractual con los proveedores la manifestación de ambas partes del rechazo total y absoluto a cualquier tipo de ofrecimiento, dádiva, forma de soborno, regalo, atención o presión indebida que pueda afectar el desarrollo normal y objetivo de los contratos de ser el caso, solicita declaración jurada bajo los mismos términos? .....	58
<b>Tabla 15.</b> ¿Existe alineación entre el Plan Operativo Institucional, el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura? .....	59
<b>Tabla 16.</b> ¿El hospital ha presentado la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en los plazos establecidos y de acuerdo a las disposiciones normativas que lo regulan? .....	60
<b>Tabla 17.</b> ¿Se ha desarrollado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos? .....	61
<b>Tabla 18.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha identificado los factores que podrían afectar negativamente el cumplimiento de plazos y estándares establecidos en dicho producto? .....	62
<b>Tabla 19.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si existen riesgos de sobornos (coima), fraudes financieros o contable, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares? .....	63
<b>Tabla 20.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines distintos al original?.....	64
<b>Tabla 21.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si los funcionarios y servidores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos (coimas)?.....	65
<b>Tabla 22.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si es posible que actores o consultores externos influyan sobre las decisiones de los funcionarios para realizar sus requerimientos de servicios? .....	65
<b>Tabla 23.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que se realicen pagos tardíos a los proveedores?.....	66
<b>Tabla 24.</b> En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad que en un proceso de contratación se favorezca a un postor o postulante?.....	67
<b>Tabla 25.</b> Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos? .....	69

<b>Tabla 26.</b> Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad? .....	70
<b>Tabla 27.</b> ¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control? .....	71
<b>Tabla 28.</b> ¿El Hospital ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción? .....	71
<b>Tabla 29.</b> ¿El hospital cumple los plazos establecidos para la implementación de las situaciones adversas del control concurrente, contenidas en el informe? .....	72
<b>Tabla 30.</b> ¿El hospital cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?.....	73
<b>Tabla 31.</b> Reporte del estado de situaciones adversas de los informes de control concurrente .....	79
<b>Tabla 32.</b> El Hospital cuenta con un Plan Operativo Anual para monitorear y evaluar las actividades .....	80
<b>Tabla 33.</b> La adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones.....	81
<b>Tabla 34.</b> El personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado .....	82
<b>Tabla 35.</b> El hospital cuenta con varios sistemas informáticos implementados.....	83
<b>Tabla 36.</b> Los ingresos que se recauda por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente. ....	84
<b>Tabla 37.</b> Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital .....	85
<b>Tabla 38.</b> El Hospital cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total .....	86
<b>Tabla 39.</b> Se cuenta con información financiera oportuna y confiable .....	87
<b>Tabla 40.</b> Se publica en la página web institucional la información financiera y presupuestal del Hospital.....	88
<b>Tabla 41.</b> La ciudadanía es beneficiada con servicios de óptima calidad en cuanto atención de salud brindados por el Hospital .....	89
<b>Tabla 42.</b> Existe y funciona un mecanismo institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios.....	90
<b>Tabla 43.</b> Se aplica la normativa legal vigente para la atención de servicios de salud .....	91
<b>Tabla 44.</b> Existe unidad o responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital .....	92

<b>Tabla 45.</b> Se comunica o permite acceso a la ciudadanía sobre información relevante de la gestión del Hospital .....	93
<b>Tabla 46.</b> El hospital viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos .....	94
<b>Tabla 47.</b> La actual gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población .....	95

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Durante el presente año, ¿la entidad ha realizado al menos una charla de sensibilización, dirigido a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su importancia en la función pública?.....	46
<b>Figura 2.</b> ¿El Hospital cuenta con lineamientos o normas internas aprobadas que regulen la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?.....	47
<b>Figura 3.</b> ¿El Hospital cuenta con un procedimiento aprobado que permita recibir denuncias contra sus funcionarios y servidores que vulneran la ética o normas de conducta?.....	48
<b>Figura 4.</b> ¿Los funcionarios y servidores que son parte del órgano o unidad orgánica han recibido al menos un curso de capacitación en Control Concurrente durante los dos últimos años? .....	49
<b>Figura 5.</b> ¿El órgano o unidad orgánica de la entidad, durante el presente año, ha capacitado a los demás órganos o unidades orgánicas que participan en aspectos relacionados al control concurrente o control interno?.....	50
<b>Figura 6.</b> ¿El Hospital cuenta con al menos un funcionario o servidor que se dedique permanentemente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a los órganos o unidades orgánicas respecto al control concurrente? .....	51
<b>Figura 7.</b> ¿El Hospital ha difundido a sus colaboradores la información del cumplimiento de sus objetivos, metas o resultados a través de los canales de comunicación e información que dispone (e-mail, intranet, periódico mural, etc.)?.....	52
<b>Figura 8.</b> ¿El Hospital realiza una evaluación anual del desempeño de los funcionarios? 53	
<b>Figura 9.</b> ¿El titular de la entidad ha presentado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente y en los plazos establecidos? .....	54
<b>Figura 10.</b> ¿El hospital ha cumplido con difundir a la ciudadanía la información de su ejecución presupuestal de forma semestral a través de los canales de comunicación que dispone?.....	56
<b>Figura 11.</b> ¿El hospital revisa mensualmente la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador a fin de identificar si alguno de sus funcionarios se encuentra comprendido en dicha relación y proceder a cumplir con la correspondiente normativa?.....	57
<b>Figura 12.</b> ¿El hospital incorpora en una cláusula contractual con los proveedores la manifestación de ambas partes del rechazo total y absoluto a cualquier tipo de ofrecimiento,	

dáviva, forma de soborno, regalo, atención o presión indebida que pueda afectar el desarrollo normal y objetivo de los contratos de ser el caso, solicita declaración jurada bajo los mismos términos? .....	58
<b>Figura 13.</b> ¿Existe alineación entre el Plan Operativo Institucional, el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura? .....	59
<b>Figura 14.</b> ¿El hospital ha presentado la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en los plazos establecidos y de acuerdo a las disposiciones normativas que lo regulan?.....	60
<b>Figura 15.</b> ¿Se ha desarrollado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos? .....	61
<b>Figura 16.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha identificado los factores que podrían afectar negativamente el cumplimiento de plazos y estándares establecidos en dicho producto?.....	62
<b>Figura 17.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si existen riesgos de sobornos (coima), fraudes financieros o contable, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares? .....	63
<b>Figura 18.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines distintos al original?.....	64
<b>Figura 19.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si los funcionarios y servidores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos (coimas)?.....	65
<b>Figura 20.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si es posible que actores o consultores externos influyeran sobre las decisiones de los funcionarios para realizar sus requerimientos de servicios? .....	66
<b>Figura 21.</b> Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que se realicen pagos tardíos a los proveedores?.....	67
<b>Figura 22.</b> En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad que en un proceso de contratación se favorezca a un postor o postulante?.....	68
<b>Figura 23.</b> Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos? .....	69
<b>Figura 24.</b> Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad? .....	70

<b>Figura 25.</b> ¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control? .....	71
<b>Figura 26.</b> ¿El Hospital ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción? .....	72
<b>Figura 27.</b> ¿El hospital cumple los plazos establecidos para la implementación de las situaciones adversas del control concurrente, contenidas en el informe? .....	73
<b>Figura 28.</b> ¿El hospital cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?.....	74
<b>Figura 29.</b> Resolución de Contraloría n.º 308-2020-CG de 22 de octubre de 2020 donde se designa Jefe de OCI en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas. ....	76
<b>Figura 30.</b> Resolución de Contraloría n.º 147-2021-CG de 15 de julio de 2021 donde se concluye la designación de Jefe de OCI en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.....	76
<b>Figura 31.</b> Reporte del Estado de Situaciones Adversas obtenido del sistema informático de la Contraloría.....	79
<b>Figura 32.</b> El Hospital cuenta con un Plan Operativo Anual para monitorear y evaluar las actividades .....	81
<b>Figura 33.</b> La adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones.....	82
<b>Figura 34.</b> El personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado. ....	83
<b>Figura 35.</b> El hospital cuenta con varios sistemas informáticos implementados .....	84
<b>Figura 36.</b> Los ingresos que se recauda por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente. ....	85
<b>Figura 37.</b> Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital.....	86
<b>Figura 38.</b> El Hospital cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total.....	87
<b>Figura 39.</b> Se cuenta con información financiera oportuna y confiable.....	88
<b>Figura 40.</b> Se publica en la página web institucional la información financiera y presupuestal del Hospital.....	89
<b>Figura 41.</b> La ciudadanía es beneficiada con servicios de óptima calidad en cuanto atención de salud brindados por el Hospital .....	90
<b>Figura 42.</b> Existe y funciona un mecanismo institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios.....	91

<b>Figura 43.</b> Se aplica la normativa legal vigente para la atención de servicios de salud .....	92
<b>Figura 44.</b> Existe unidad o responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital .....	93
<b>Figura 45.</b> Se comunica o permite acceso a la ciudadanía sobre información relevante de la gestión del Hospital .....	94
<b>Figura 46.</b> El hospital viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos .....	95
<b>Figura 47.</b> La actual gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población .....	96
<b>Figura 48.</b> Instrumentos de gestión y planes y políticas publicados en la página web de la entidad .....	97
<b>Figura 49.</b> Asignación Presupuestal del Hospital Regional Virgen de Fátima –Chachapoyas en el periodo 2020. ....	98
<b>Figura 50.</b> Avance del gasto público del Hospital Regional Virgen de Fátima –Chachapoyas en el periodo 2020. ....	98
<b>Figura 51.</b> Ingresos recaudados a través de las fuentes de financiamiento – período 2020	99

## Resumen

La presente investigación tiene por objetivo principal, determinar si la verificación circunstante incide en la administración pública del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas. El enfoque de investigación es cuantitativa, el diseño es no experimental y el alcance es explicativa y correlacional. Se desarrollaron las técnicas de recolección de datos de la encuesta, análisis documental y observación directa. La muestra estuvo integrada por 10 personas que la conforman el Director Ejecutivo del Hospital y jefes de las unidades orgánicas de la entidad.

Entre los resultados obtenidos de la investigación, se desarrolló el coeficiente de correlación de Pearson arrojando un resultado igual a 0,774 afirmándose la hipótesis, con lo cual se determinó que existe una incidencia significativa entre las variables de verificación circunstante y administración pública.

Así también, se determinó que el OCI del Gobierno Regional de Amazonas y la Gerencia Regional de Control Amazonas emitieron nueve informes de verificación circunstante durante el 2020 y 2021 con un total de 15 situaciones adversas, siendo que la entidad mantiene 10 en estado de “Pendiente”, así como tres en estado de “No Implementada”, una en estado de “Implementada” y otra en estado de “En Proceso”, lo cual demuestra que el titular de la entidad o el responsable a quien haya designado para tal fin, no realizó de manera eficiente la adopción de acciones correctivas y preventivas de las situaciones adversas.

En ese sentido, se recomienda al Titular de la Entidad en coordinación con los jefes de las unidades orgánicas, propicie talleres de capacitación, charlas de sensibilización acerca del control simultáneo, específicamente la modalidad del servicio de verificación circunstante dirigido a todo el personal del Hospital con la finalidad de que puedan contribuir a la labor del control gubernamental mediante las alertas que puedan generar acerca de los riesgos y situaciones adversas acontecidas durante el proceso de contratación de bienes y servicios públicos.

Palabras clave: Control concurrente, Gestión pública, Medidas preventivas y correctivas.

### **Abstract**

The main objective of this research is to determine whether concurrent control affects the public management of the Virgen de Fátima Chachapoyas Regional Hospital. The research approach is quantitative, the design is non-experimental, and the scope is explanatory and correlational. The data collection techniques of the survey, documentary analysis and direct observation were applied. The sample was made up of 10 people who include the Executive Director of the Hospital and heads of the organic units of the entity.

Among the results obtained from the research, the Pearson correlation coefficient was applied, yielding a result equal to 0.774, affirming the hypothesis, with which it is concluded that there is a significant incidence between the variables of concurrent control and public management.

Likewise, it was determined that the OCI of the Regional Government of Amazonas and the Regional Management of Control Amazonas issued nine reports of concurrent control during 2020 and 2021 with a total of 15 adverse situations, being that the entity maintains 10 in a status of "Pending", As well as three in a status of "Not Implemented", one in a status of "Implemented" and another in a status of "In Process", which shows that the head of the entity performs poor management regarding the adoption of corrective actions and preventive of adverse situations exceeding the term established by the regulations of the Comptroller's Office.

In this sense, it is recommended that the Head of the Entity, in coordination with the heads of the organic units, promote training workshops, awareness talks about simultaneous control, specifically the modality of the concurrent control service aimed at all Hospital personnel with the purpose that they can contribute to the work of government control through the alerts that they may generate about the risks and adverse situations that occur during the process of contracting public goods and services.

**Keywords:** Concurrent control, Public management, Preventive and corrective measures.

## Introducción

El actual régimen de salud en el Perú es segmentado y fragmentado, el cual alrededor del 20% de la ciudadanía no cuenta con ninguna cobertura sanitaria. Es decir, el seguro social comprende solo el 25% de la ciudadanía, en especial la empleocracia del sector privado y público; el 5% cuenta con seguro de forma particular de salud y el 50% cuenta con asistencia de salud público, lo cual se menciona que el régimen de salud tiene un limitado y deficiente aseguramiento en salud (Maguiña, 2011).

Cabe señalar que según cifras que ha determinado el Ministerio de Salud durante el período 2008 al 2017, la realización de los planes de inversión en materia de salud por los gobiernos a nivel regional es muy bajo, en Lambayeque ha tenido 65.5%, Cajamarca 37,4%, La Libertad 23,8 %, Huancavelica 38,0%. Respecto en los demás departamentos, dicho porcentaje es mucho menor, por ejemplo, en Ayacucho 1,5%, Cusco 3,9% y Puno 0.1%. Ello significa la existencia de un limitado financiamiento, acceso y disponibilidad de medicinas y escasa atención a la ciudadanía. Cabe señalar que, desde hace 42 años, el representante más alto del colegio médico ha propuesto medidas de solución a las autoridades políticas y de salud de los diversos gobiernos respecto a las deficiencias que afronta el sector salud, algunas de las cuales en la actualidad son leyes vigentes, mientras que otras no han consideradas (Maguiña 2011).

El Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, se inauguró el 19 de noviembre de 1963, por el Minsa.

En ese sentido, ante la existencia de una serie de problemas en el sector salud, resulta importante la intervención de los órganos que integran el SNC, es decir por la Contraloría General de la República y el OCI a través de la aplicación de la modalidad del servicio de control concurrente que logre analizar las acciones de los procedimientos y actividades en curso, que corresponde a la gestión de la entidad, con la finalidad de alertar oportunamente al Titular de la entidad respecto a la existencia de eventos que causen peligro el resultado de sus fines institucionales.

Este trabajo se infunde en la experiencia obtenida en control gubernamental, durante el cual se advierten actos irregulares que se suscitan en el uso de recursos públicos, siendo que en toda la experiencia ha primado el llamado control posterior, que consiste en el

análisis de un procedimiento ya concluido y en su mayoría de veces de hechos pasados, lo cual ocasionaba quejas de la sociedad civil, así como de otras entidades del sector privado y público, donde la Contraloría General intervenía cuando las situaciones o perjuicio para el Estado se habrían materializado, por tal razón en la última década se ha puesto mayor énfasis al control simultáneo, razón del presente estudio a fin de verificar si el control concurrente mejora la gestión pública. Este trabajo de investigación procura servir de apoyo hacia la aplicación de un modelo de control concurrente que se viene ejecutando con mayor ahínco, a fin de prevenir o corregir diversas situaciones adversas o riesgos que están afectando de manera negativa en la gestión de los recursos públicos.

En ese aspecto, el presente estudio se centró en determinar si el control concurrente incide en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas; así como diagnosticar cómo se ha estado aplicando el control concurrente en dicha institución, evaluar la gestión pública del Hospital e identificar los causantes influyentes del control concurrente en la gestión pública del Hospital. Por ello, el problema se formuló de la siguiente forma ¿El control concurrente incide en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima –Chachapoyas?

El presente estudio servirá de modelo para futuras indagaciones donde se busque evaluar la gestión pública y la relevancia de la implantación de un eficiente control concurrente, el cual se tiene conocimiento que es un mal que acontece hoy en día a la mayoría de entidades públicas que carecen de un eficiente control de los recursos públicos.

Actualmente existe desconfianza con relación al control concurrente en las organizaciones del Estado y en el correcto uso de los recursos del Estado, es por ello que con el presente estudio se pretende aparte de analizar la gestión pública del Hospital, obtener alternativas de solución que logren un mayor control de los bienes públicos porque estas son destinadas para una población objetivo y si no existe transparencia en la realización del gasto público, hará que no se llegue a concretar los objetivos trazados y por ende no se atiende de manera eficaz a la ciudadanía, ocasionando brechas que limiten el correcto desarrollo de la comunidad.

El estudio está compuesto por el capítulo I “Diseño Teórico” que comprende el marco teórico de las variables de control concurrente y gestión pública extraído de diversos autores que se detallan en Referencias, así también comprende la hipótesis y la operacionalización de variables; capítulo II “Métodos y Materiales”, en el que se explica el enfoque, diseño y alcance de investigación, población, muestra, procesamiento y análisis de datos y las técnicas e instrumentos de datos que se aplicaron durante el trabajo de campo y el capítulo III “Resultados y Discusión” en el que se muestra el logro de cada objetivo de investigación a través de tablas y figuras donde se aplica las técnicas de encuesta y análisis documental. Asimismo, dicho capítulo está compuesto por la discusión de resultados en el cual se discute todos los resultados presentados con los antecedentes y bases teóricas; finalmente se presenta los capítulos IV y V, respecto a las conclusiones y recomendaciones en el que se expone de manera directa y precisa en base a cada objetivo de investigación.

## I. Diseño Teórico

### 1.1 Antecedentes de la Investigación

En relación a la problemática acontecida, es de manifestar que se han hallado trabajos previos respecto a la investigación, es decir al servicio de control simultáneo que aplican los órganos que son parte del SNC. En ese sentido, se evalúa que en los estudios se ha planteado la situación problemática desde la apreciación de las personas en relación a la eficiencia y eficacia del control gubernamental y en forma más específica el control concurrente en las entidades del Estado, así como en la cultura de prevención hacia la corrupción. Los trabajos previos se detallan a continuación:

Chire (2013) realizó una investigación respecto al control interno de carácter simultáneo en el almacén general y logística en las entidades públicas en Tacna, donde determinó que conforme a los resultados obtenidos, se concluyó que dicho control simultáneo en oficina de almacenes repercute en la administración del área de logística dado que no se vienen ejecutando las evaluaciones y conciliaciones que determina la responsabilidad de constatar los procesos, procedimientos, funciones y actividades según lo dispuesto en la normativa del Estado, donde se dispone de manera obligatoria que las actividades administrativas concuerden con los reglamentos de gestión de la entidad, como también con lo que dispone las normas del SNA, que indica acerca de los lineamientos necesarios del ingreso, registro, control y salida de los bienes custodiados en los almacenes, lo cual trae como consecuencia que aumente el nivel de insatisfacción de los usuarios del área de logística y almacén, de las entidades públicas de Tacna, dado que existe debilidades en el control simultáneo respecto con el contenido de la información del ingreso de bienes.

Bados (2014) en Honduras, realizó una investigación con la finalidad de crear un modelo de Control Interno Administrativo en un gobierno local de San Pedro de Copán que permita realizar con garantía los recursos logísticos, financieros y recursos humanos. Se recabaron los datos haciendo uso de la encuesta. La conclusión que tuvo fue que existe escaso conocimiento en relación al control interno, no se tiene experiencia en el trato efectivo, transparente y eficaz del capital humano y financieros, lo cual vienen siendo manejos de manera empírica. Es por ello que se concluyó que, en

relación a la problemática existente, se elaboró un modelo de procedimiento administrativo y de control interno para la consecución de los recursos financieros y humano del municipio y la necesidad de la mejora de éste, lo que permite asegurar un adecuado gasto del dinero garantizando el buen desempeño de la entidad.

Barbarán (2015) en su estudio tuvo como finalidad establecer la repercusión de la auditoría gubernamental en la ejecución de la administración de las instituciones públicas del Perú, donde logró determinar que dicha auditoría evalúa a la administración pública mediante los servicios de control posterior, de conformidad a la Resolución de Contraloría N° 273-2014-CG donde se aprueba la normativa de Control Gubernamental – NGCG, en dicha normativa indica que existen auditoría financiera gubernamental que se encarga de evaluar la razonabilidad de los estados financieros y presupuestarios, así también existe la auditoría de cumplimiento y de desempeño. Concluye que el control gubernamental influye de manera positiva en la ejecución de la administración de las instituciones públicas en el Perú y que la información evaluada conllevó analizar que la clase de los expedientes de auditoría permite tomar mejores decisiones en las instituciones del estado.

Beltrán y Belzusarri (2015) en Huancayo, en su estudio tuvo como fin establecer la incidencia del control interno en la optimización de las instituciones no gubernamentales de Huancayo, donde el tipo de estudio fue de tipo básico, alcance descriptivo, transeccional. La población estuvo determinada por 32 instituciones de la ciudad de Huancayo y la muestra por 29. Respecto a los resultados se indicó que el control interno influye de manera óptima en la administración de las instituciones no gubernamentales, por lo que cuando el control interno se implante como instrumento de análisis que ayude al uso de los recursos administrativos, debe incrementar la efectividad en la ejecución de las acciones de las instituciones no gubernamentales.

Torres (2016) en su estudio tuvo como fin fijar la incidencia del control administrativo en la administración de la organización, determinándose que el control preventivo repercute en el logro de las metas en la gestión de la institución; no obstante, los cuestionarios que se aplicaron, indicaron en menor medida, que sirve para evitar que los trabajadores no cometan errores que limitan la correcta realización de las operaciones, lo cual puede influir en el nivel de logro de los fines de la entidad.

Salnave y Lizarazo (2017) en Colombia realizó una investigación a fin de permitir que el control interno estatal de dicho país se transforme en instancia unificadora de los sistemas de administración y control para fundamentar la transparencia y ética en la administración del Estado. El diseño de su investigación fue prospectivo estratégica. Los hallazgos que se encontraron fueron que el desarrollo estratégico, permite al indagador escapar de su zona de satisfacción, al ingresar en nuevos sucesos que no se habían dado anteriormente, lo cual obliga abrir en su mente a aspectos que no había considerado realizar en su quehacer. Asimismo, le permite hacer una reestructuración de su futuro partiendo de lo real. Es así que en esta investigación cuenta con instrumentos metodológicas que le conlleva al investigador tener datos fidedignos para la correcta toma de decisiones.

Vidal (2017) realizó un estudio donde su principal finalidad fue demostrar la vinculación del control simultáneo de la auditoria en el sector público en la gestión de proyectos de inversión pública en la GORE Callao. Lo cual se logró demostrar la relevancia de este tipo de control a fin de determinar riesgos en el procedimiento de ejecución de los mismos e informar a la Alta Gerencia, para el levantamiento de observaciones y así mitigar los riesgos. Los resultados que se obtuvo fue que se logró establecer que el control simultáneo se vincula de manera favorable en la administración de proyectos de inversión del estado, es decir, en la GORE Callao.

Rojas (2017) realizó una investigación cuyo fin principal fue determinar la correlación entre control simultáneo y la prevención de la corrupción en las contrataciones en la Contraloría Regional Huánuco, lo cual arrojó un Rho de 0.297, lo que refiere que existe un nivel de asociación positiva y baja entre ambas variables; en tal aspecto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Asimismo, se precisa que la conclusión descrita en el párrafo precedente, se acreditan en un informe en el cual se obtuvo las percepciones de los auditores de la Contraloría de Huánuco, en relación a los hallazgos que tienen los servicios de control simultáneo; no obstante, éstas no han sido comprobadas con la implementación o respuestas que los gerentes de las entidades informaron respecto a los peligros difundidos en las distintas informes de control producto de los servicios de control, realizados por la citada sede regional de la Contraloría de Huánuco. (Rojas, 2017).

Santisteban (2018) en Lambayeque, realizó una investigación consistente en analizar y comparar la vinculación del control en la gestión administrativa de los gobiernos locales. El diseño fue no experimental, con nivel documental y bibliográfico. Los instrumentos que se usaron fueron los cuestionarios con interrogantes de tipo cerrado dirigido al subgerente de contabilidad. Respecto a las conclusiones que se obtuvo fue que el control interno afecta en la administración pública. Respecto a la teoría consultada, se señala que es un conjunto de técnicas, métodos, lineamientos que permiten una afectación considerable en la administración con resultados óptimos; pero, en su ejecución cuenta con deficiencias que dificultan la afectación positiva en la administración de la entidad. Además, el municipio no tiene un adecuado control interno dado que varias de las etapas o fases presentan deficiencias de los insumos adecuados para realizar cada actividad.

En ese sentido, en los antecedentes descritos en los párrafos precedentes, se ha registrado investigaciones que provienen del control simultáneo que es un tipo de servicio de control y control interno que se aplicaron en diversas áreas, procesos de las entidades públicas, cuyos autores manifiestan acerca de la influencia del control en la gestión de alguna área o proceso de la entidad, teniendo como resultados principales en la determinación de las principales deficiencias y riesgos que surgen en las entidades. Cabe señalar que existen pocas investigaciones que se hayan realizado de manera específica al control concurrente, debido que es una modalidad del control simultáneo que recientemente se ha implementado.

## 1.2 Base Teórica

Con respecto al marco teórico se tiene las dos variables en estudio; control concurrente y gestión pública.

Resulta relevante conocer que hoy en día, el rol que asume la Contraloría General de la República, es de mucha relevancia para el crecimiento del territorio a nivel nacional, dado que se está desarrollando procedimientos que permiten que las actividades que se dan en las entidades del Estado deben estar evidenciadas conforme a la base legal, con lo cual se ejecutan las acciones en el aparato estatal. (Figuroa, 2020).

En ese aspecto, el control que se viene realizando en el sector público a nivel país se encuentra establecido a través del SNC, que consiste en un total de normativas, mecanismos, planes, métodos debidamente integrados y estructurados funcionalmente, conllevados a dirigir y ejercer el control gubernamental de manera descentralizada, en beneficio de una lucha permanente contra la corrupción e inconducta funcional del funcionario público en garantía de una mejora en la calidad de las intervenciones estatales. (Lavilla, 2019).

Además, el control en el sector público consiste en la fiscalización, monitoreo y supervisión de las acciones y logros de la administración estatal, poniendo especial cuidado en la economía, eficacia y eficiencia en el destino y uso de los bienes públicos, como también el adecuado desarrollo de la normativa legal y de las normas políticas y programas de acción, analizando cada sistema administrativo, con miras a la mejora mediante la adopción de mejoras preventivas. (Ley n° 27785, 2002).

Dicho procedimiento de análisis, verificación, sugerencias y modernización, se ejecuta de manera exclusiva en el aparato estatal, los resultados de la ejecución u práctica de la auditoria en el sector público permite ver no solamente para dar opiniones respecto a la razonabilidad tanto en los Estados Financieros y Presupuestarios, sino también apoyan a elaborar la rendición de la Cuenta General de la Republica. (Sánchez, 2020).

Según Gonzales (2020) refiere que el control en el sector público no es de uso exclusivo de la Contraloría General o del auditor gubernamental; sino que además es un procedimiento inherente del colaborador público, dado que volverá eficaz los actos que

desarrolla en el marco de sus acciones funcionales y transparentará, ofreciendo servicios de calidad en beneficio a la ciudadanía.

Asimismo, es relevante indicar el papel que asume el Gobierno Electrónico y dentro de sus fines importantes es incrementar las formas de acercarse con los ciudadanos, el sector privado, los empleados públicos, el estado, así como agentes estatales. Además, incluye la innovación en la reforma del Estado, interviene el uso de la tecnología a fin de mejorar la rapidez en los procedimientos, incentivar la competitividad y acercar el Estado a la población. Así mismo, contiene su labor para motivar la sociedad de la información y del conocimiento. (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

Ramos (2020) refiere que en el sector público se desarrolla en tres formas, servicios de control posterior, simultáneo y preventivo. En relación al control simultáneo, tiene como fin mejorar de manera oportuna con la legalidad, transparencia, economía y efectividad respecto a la utilización de los recursos públicos. (Directiva N° 007-2021-CG/NORM Servicios de control específico a hechos con presunta irregularidad).

Así también, el control simultáneo tiene como fin alertar a través de acciones y situaciones que comprenden riesgos en la institución dificultando el acatamiento de la ejecución de los fines o resultados, realizando las modalidades y procesos que ejecute la Contraloría mediante el control que se establezca en el uso de los recursos del estado. (Salazar, 2020).

Además, se ejecuta por medio de las siguientes formas; orientación de oficio, control concurrente y visita de control. En ese aspecto, ésta investigación se enfoca solo en el control concurrente que tiene como fin ejecutar el análisis mediante el desarrollo de distintos métodos, es decir total de hitos de control que pertenecen a un procedimiento en curso, de manera sucesiva, ordenada e interrelacionada en su desarrollo, así también se viene realizando mediante un acompañamiento multidisciplinario de profesionales y sistemático cuya finalidad consiste en analizar si éstos se ejecutan respecto a la normativa. Cabe señalar que, durante el desarrollo de este tipo de control, en ningún aspecto permite la intervención en los procedimientos de administración, no se debería sponer la conformidad de las acciones destinadas a la gestión de la institución, ni reduce el desarrollo de otros aspectos de control en el sector público (Directiva N° 013-

2022-CG/NORM, Servicio de Control Simultáneo aprobada con Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG).

Resulta relevante indicar que el control concurrente tiene como fin evaluar la existencia de aspectos limitantes que afectan la permanencia, así como el cumplimiento de los fines y objetivos del procedimiento e informarlos de forma oportuna a la institución a efecto que se implementen las actividades correctivas y sobre todo preventivas que correspondan. (Valladares, 2020).

Yábar (2017) menciona que el control concurrente se caracteriza por ser:

**Pertinente:** se desarrolla a uno o más situaciones, acciones de un procedimiento en curso.

**Expeditivo:** se ejecuta en un tiempo mínimo cuyo resultado se comunica a la entidad de forma rápida y celeridad.

**Preventivo:** de la identificación de los riesgos, incentiva la correcta implementación de actividades para la administración de los riesgos a fin de mantener el logro de cada resultado o el cumplimiento de los fines del procedimiento que viene a ser un aspecto relevante del control simultáneo.

**Conducente al ciudadano:** está enfocado en los procedimientos relacionados a la óptima prestación de servicios del estado a la ciudadanía. El estado actual de los riesgos del informe de control se tiene, sin ninguna acción, mitigado y aceptado.

En la Directiva n.º 013-2022-CG/NORM “Servicio de Control Simultáneo” aprobado con Resolución de Contraloría n.º 218-2022-CG refiere que las fases o etapas del control concurrente son tres:

**Planeamiento:** El OCI y la Contraloría quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo el control concurrente, evalúa y analiza la información de las acciones, procesos que será objeto de servicio, con lo cual se realiza y registra el planeamiento de acción, comprendiendo el fin, los procedimientos de auditoría, el alcance y el origen.

**Ejecución:** el OCI y la CGR asumen como gran responsabilidad llevar a cabo el control concurrente se presenta ante el titular de la institución pública conjuntamente con la comisión del control. A partir de la presentación del inicio de comunicación al titular o acreditación, la comisión auditora inicia el desarrollo de cada procedimiento que están

incluidos en el plan de acción. Respecto a la etapa de ejecución, el equipo de la comisión de considerarlo pertinente y con la finalidad de recabar mayores datos para la obtención de los objetivos, evalúa la situación, información y documentos que corresponde acciones que fueron realizadas, siempre que éstas se encuentran inmersas con la acción.

En caso la comisión de control durante la elaboración de la fase de ejecución, identifica situaciones en el cual la institución pública deba adoptar situaciones que ameriten determinar acciones correctivas de manera rápida, el responsable del OCI o de la Contraloría quienes tienen a cargo del servicio de control, informa estas situaciones al titular de la institución.

Asimismo, cuando se determine hechos que dificulten que la comunicación sea determinada por el OCI o personal de Contraloría, se puede dar una excepción en cuanto a que la comunicación se efectúe por parte del jefe de la comisión de control. Además, es importante resaltar que la comunicación de las situaciones que se dé durante la realización de la fase de ejecución, no limita la obligación de la emisión del informe de control, donde se incluye las situaciones que se informan de forma previa a su emisión.

#### **Desarrollo del informe:**

Una vez finalizada la fase de ejecución, el comité de auditoría desarrolla el informe de control, que consiste en sustentar de manera evidente y precisa los actos, al ser llevados a cabo sin verificar la base legal, la normativa interna y las disposiciones contractuales que ponen en detrimento los resultados y el cumplimiento de los objetivos del procedimiento que está en curso objeto de actividades concurrentes.

Dicho informe del control se aprueba por el jefe del OCI o por la Contraloría quienes tienen a cargo del servicio de control, conforme le corresponda. El que tenga a cargo de dicho servicio, envía al responsable de la entidad, el informe y conlleva a su ingreso a través del sistema informático de la Contraloría. El oficio o carta donde la Contraloría envía el informe al responsable de la institución, debe mencionar el órgano de control al que encarga el registro, evaluación y monitoreo de las actividades para la administración oportuna de los peligros, como el tiempo en el cual la institución pública debe emitir la citada información al OCI.

El Instituto de Gobierno y de Gestión Pública (2015) indica que, respecto al monitoreo y análisis del resultado de control concurrente, le corresponde realizar dicha función al responsable de la entidad y funciones que este designe, cuyas actividades principales son la adopción de actividades para la administración de riesgos y las actividades para subsanar las observaciones que se detallan en los informes, en el plazo y forma, según se detallan:

En un máximo tiempo de 20 días útiles contados a partir del día siguiente útil de aceptado el informe por la institución, el responsable o el colaborador público designado, procede a enviar al órgano de control, los datos e información que de forma evidente y concisa asegure las actividades que implementó para la administración del riesgo y además las actividades a fin de subsanar las sugerencias. Además, la institución debe enviar al órgano de control o a la CGR, los datos e informes que sea obtenida por los citados organismos de control, en el tiempo y forma que se determine.

De otra parte, el órgano de control que ejecutó el servicio de control o el OCI a quien la CGR delega el monitoreo y análisis de las actividades para la administración del riesgo o la subsanación de sugerencias, es el encargado de esta función y para ello, debe comunicar de manera continua con el responsable de la institución o los colaboradores que estén asignados por éste, con la finalidad que determine o implemente de forma idónea las actividades para la administración del riesgo o la subsanación de las sugerencias, levantando las inquietudes que podría haber sobre ello.

Así también, procede a ingresar de forma concisa, idónea y veraz a través del sistema informático proporcionado por la CGR, la data que resulta de las actividades para la administración del riesgo o de la subsanación de recomendaciones, estableciendo el actual estado que le corresponde.

El órgano de control ejecuta la supervisión y análisis de los actos para la administración de los peligros o para la subsanación de las sugerencias, hasta que el riesgo se logre minimizar y la recomendación se haya implementado o hasta que pase el tiempo de un año como máximo que se cuenta desde el día siguiente útil de aceptado el informe por la institución.

Una vez que se haya vencido el tiempo sin que la institución adopte las actividades conducentes a reducir el riesgo o implantar las recomendaciones, el órgano de control ingresa dicho aspecto en el sistema informático dado por la CGR. Dicho dato podrá ser constituida por los órganos de este sistema para la ejecución del control posterior en el contexto de las estipulaciones que reglamentan dicho control.

El órgano de control comunica a la CGR cada seis meses, mediante el sistema informático y con respecto en los datos ingresados en este, las actividades que se adoptan por la institución pública con corte en los periodos que se detallan:

- Primeros seis meses incluye los datos registrados desde el mes de enero hasta julio.
- Luego el siguiente semestre que incluye los datos realizados desde el mes de julio hasta diciembre.
- Los datos se envían dentro de los cinco días útiles de forma posterior al corte del semestre.

### **Implementación, monitoreo y análisis de actividades a partir del control concurrente**

El responsable de la institución pública y colaboradores que aquellos establezcan, desarrollan un planeamiento de acciones para la implantación de las actividades correctivas y preventivas en relación de los hechos adversos que se identifican y comunican en el informe resultado de las fases del control simultaneo. El tiempo máximo respecto a la implantación del planeamiento de acciones es de tres meses.

El monitoreo y análisis de la implantación de las actividades correctivas y preventivas incluidas en el planeamiento de acción, lo realiza el órgano de control de la institución determinada al control de carácter simultaneo o el que se seleccione para dicha finalidad.

En dicho control, el monitoreo se ejecuta conforme al planeamiento de acción que en su caso determine, se envía de forma posterior al informe de control concurrente. En ese sentido, el análisis y seguimiento, los órganos desconcentrados de la CGR y unidades orgánicas que envían resultados del control concurrente, los envían al órgano

de control de la institución que estuvo implicada al control o al que se establezca para dicha finalidad, en un mayor tiempo de tres días útiles de realizada su información.

El monitoreo, análisis e ingreso de las actividades correctivas y preventivas, se ejecuta en los plazos y forma siguientes; el responsable de la institución, así como el representante de la unidad envía al órgano de control, el planeamiento de acción en un plazo mayor de diez días útiles que se cuenta a partir del día útil siguiente de aceptado el informe por la institución. Las actividades que se encuentran a cargo de la institución son lineamientos objetivos, precisas, posibles y oportunas establecidos en relación a la forma y características de los aspectos adversos incluidos en el resultados producto de las fases del control simultáneo a fin de asegurar la permanencia y el cumplimiento de los fines de sus procedimientos.

El órgano de control puede conducir de forma coherente a la institución o dependencia durante la realización del planeamiento de actividades. Es decir, orienta y otorga alcances en relación a las partes que contiene el informe del control a fin de que la institución establezca las actividades correctivas y preventivas a implantar, sin interferir en la toma de decisiones de gestión de la dependencia o institución, donde ésta última tiene discrecionalidad.

El planeamiento de acción es susceptible de modificaciones por la institución cuando a su criterio, deberá variar algunas de las actividades correctivas o preventivas donde son consideradas por ésta, dado a motivos operativos o técnicos que resulten de forma necesaria, informando su decisión y su sustento al órgano de control que corresponda para los objetivos, en un tiempo de cinco días útiles como máximo de realizada la variación.

El responsable de la institución informa al órgano de control en un tiempo no mayor de cinco días útiles, las actividades preventivas y correctivas implantadas conjuntamente con la documentación respectiva.

No obstante, de la información que se envía respecto de las actividades que se adoptan, el responsable de la institución comunica al órgano de control, de manera acumulativa y cada tres meses, en relación de los avances en la implantación de las actividades correctivas o preventivas inmersas en los diferentes programas de acción de la

institución o dependencia. Cabe señalar que los trimestres se registran desde enero de cada periodo y los resultados se envían al órgano de control que corresponda, dentro de los tres días útiles siguientes de terminado cada trimestre.

El resultado que corresponde en el último trimestre donde culmina el 31 de diciembre, se envía durante los 15 días útiles siguientes de su finalización. En un tiempo mayor de tres días útiles siguientes a la aceptación del planeamiento de acción o de la información enviada por la institución en relación a las actividades que se implementan, el órgano de control evalúa, de ser posible, la documentación e información que recepciona como evidencia de las actividades correctivas y preventivas adoptadas e ingresa la situación actual de su implantación a través del sistema informático de la CGR, considerando los siguientes estados:

**Implementada:** la institución pública ha logrado cumplir con desarrollar la actividad ya sea correctiva o preventiva, de acuerdo al planeamiento de acción.

**No implementada:** la institución no ha logrado cumplir con ejecutar la actividad ya sea correctiva o preventiva contenida en el planeamiento de acción, y la coyuntura para su registro ha finalizado de forma concluyente.

**En proceso:** la institución ha considerado medidas y no ha concluido con la subsanación de las actividades de carácter correctivas y preventivas contenidas en el planeamiento de acción.

**Pendiente:** la institución no ha realizado aún a implementar la actividad correctiva o preventiva contenido en el planeamiento de acción.

**No aplicable:** la actividad correctiva o preventiva contenido en el planeamiento de acción, no ha sido desarrollada por aspectos sobrevinientes y no imputables a la institución, adecuadamente evidenciados que no permiten su desarrollo.

**Desestimada:** la institución ha decidido por no realizar actividades respecto a los hechos adversos comunicados, considerando los efectos de la decisión tomada.

El órgano de control realiza el monitoreo e ingreso de la actividades correctivas y preventivas contenidas en el planeamiento de acción hasta que la situación actual esté

implementado, no aplicable, no implementado, desestimado o hasta la culminación del tiempo dado en el planeamiento de acción.

El órgano de control evalúa la información resultante del seguimiento de las actividades correctivas o preventivas contenidas en el planeamiento de acción, y da la posibilidad de ser incluida para la actividad del control que le compete en el contexto de las estipulaciones.

Además, es relevante indicar al control interno, que conforme la CGR (2014) refiere que es la cantidad de lineamientos, planes, métodos, planes e información ordenada y organizada en cada institución del sector público para el logro de los fines de la entidad que le compete desarrollar.

Dicho concepto se aplica para todas las entidades del estado, incluyendo a los gobiernos regionales y locales. Tal es así, que la implantación de dicho sistema contendría que los funcionarios y colaboradores que trabajan en la misma, logren comprometerse con su misión y con el cumplimiento de sus fines institucionales, obteniendo un adecuado manejo de los bienes y recursos y relacionando los programas, planes y métodos con los fines de la organización.

En ese sentido, el control interno en los gobiernos regionales se va implementando de manera progresiva, son valoradas como un aspecto importante y necesario para el correcto desempeño de la entidad.

En relación a los componentes o ejes del sistema de control interno son:

### **Los Ejes y fases del Sistema de Control Interno**

La Directiva N° 006-2019-CG/INTEG denominada “Implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado”, refiere que para implantar el sistema, las entidades públicas deben realizar las siguientes actividades para cada eje, conforme se señala a continuación:

#### **Eje cultura organizacional**

Evaluación de la cultura organizacional

Planeamiento de acción de forma anual

#### **Eje administración de riesgos**

Priorización de productos

Evaluación de riesgos

**Eje monitoreo**

Seguimiento de la realización del planeamiento de acción anual

Análisis de forma anual de la implementación del SCI.

Los ejes cultura organizacional y administración de riesgos se ejecutan de manera simultánea. Después de la realización de los pasos establecidos para este eje, se evalúan aspectos que puede dificultar las metas trazadas, siendo valoradas como limitaciones a donde se identifican medidas de remediación con la finalidad de mejorar las mismas. Estas acciones incluyen el planeamiento de acción de forma anual.

Así también, como resultado de la implementación de los pasos que se encuentran establecidos para el eje administración de peligros, se muestran acciones que pueden dañar el desarrollo de los servicios y bienes que la institución ofrece a la ciudadanía, los cuales se expresan formas de control con el fin de minimizar los riesgos. Dichos aspectos se encuentran incluidos en el planeamiento de acción de forma anual.

Luego se ejecuta como parte del eje monitoreo, una adecuada evaluación continua a la realización de los citados programas y un análisis de forma anual de la implantación del SCI que conlleva a medir el grado de implantación del sistema de control interno. Es así que dicha implementación se realiza de manera continua, debiendo realizarse de forma anual cada paso que se citó anteriormente, hasta lograr que se implemente en su totalidad.

Con respecto a la segunda variable de investigación, se tiene a la gestión pública.

Flores (2015) fija que la administración pública es un procedimiento que se sitúa en las dependencias y órganos de la entidad a fin de velar el cumplimiento de la entidad, de los programas y procedimientos de trabajo, analizar su ejecución, detectar irregularidades y establecer medidas de acción correctivas, y así fortalecer con ello la correcta gestión de decisiones.

Paredes (2018) menciona que la gestión es el conjunto de acciones que están conducentes al cumplimiento de los bienes o recursos del Estado que comprende las que se ejecutan por las diversas instituciones administrativas. En ese sentido, la gestión del Estado es la correcta forma de ejecutar los medios a fin de lograr su cometido que es dar una mejor calidad de vida al ciudadano. Asimismo, son formas de decisión para

el desarrollo eficaz y eficientes de los recursos públicos lo cual se requiere que exista comunicación entre todos los miembros públicos para conseguir los planes trazados de la entidad.

De acuerdo con Monteflores y Ramírez (2017) indican que la administración de un gobierno local se refiere como el gran desarrollo de la institución que abarca fortalecer las actividades en los aspectos que conllevan al desarrollo integral de una entidad. Dichas dimensiones están orientadas a cuatro etapas relevantes, tales como el económico, ambiental, social y político. En ese sentido, se indica que una entidad pública que está ejecutando estas cuatro etapas es una entidad que ha generado obtener un crecimiento de desarrollo local de manera óptima. Si se desarrolla de manera eficaz estas dimensiones permitirá potenciar las habilidades de los individuos y organismos que intervienen en las áreas críticas de la entidad a fin de generar mayor participación, equidad y transparencia.

Tinaya (2013) refiere que la administración de una entidad pública contiene las acciones y procesos ejecutadas por un ente con la intención de llevar a cabo acciones comprendidas en los planes a través de la integración de los recursos humanos, financieros y materiales. Además, refiere que es una acción importante que desarrollan las entidades con la finalidad brindar mejor atención a la comunidad en el cual se entabla una asociación con el gobierno nacional, regional, local y población. Por otro lado, Tinaya resalta que la gestión pública implica usar de manera adecuada los bienes y recursos del estado con la finalidad de satisfacer al ciudadano y generar con ello un mayor valor público.

Tinaya (2013) refiere que, para alcanzar los objetivos de la gestión pública, los gobiernos regionales deberán aplicar las acciones que se detallan a continuación:

- Las funciones y responsabilidades de los puestos de autoridades, empleados y funcionarios públicos deben establecerse en documentos internos de la entidad.
- La operatividad y administración pública deben estar concretizados en procedimientos y planes de trabajo.
- Todo lo relacionado a los sistemas, procedimientos y metodología de trabajo deben estar actualizados de acuerdo a la normativa vigente.

- Las obras públicas y programaciones deben efectuarse un adecuado seguimiento, evaluación y control.

Además, el autor refiere que la modernización del estado es un procedimiento progresivo que está orientado a lograr una administración más eficaz y eficientes, encaminada al cumplimiento de resultados que beneficie de forma óptima la calidad de vida a la población.

Monteflores y Ramírez (2017) mencionaron que los factores clave de la gestión pública son:

**Desarrollo institucional:** en este factor de la gestión pública se realizan procedimientos programados que se destinan a modificar actitudes, comportamientos, valores y el esquema de la entidad, de tal forma que pueda amoldarse mejor a las nuevas tecnologías y retos que van surgiendo en el ambiente de la entidad.

**Finanzas públicas:** en este factor indica que la entidad pública cuenta con documentación que contiene en términos monetarios, es decir cuantitativos, las operaciones que viene realizando y que dichos datos son usados para el correcto uso de decisiones de operación, inversión y de financiamiento.

**Servicios y proyectos:** Dicho factor clave contiene la evaluación de la calidad de los servicios de la entidad, cumplimiento del pago de los impuestos y la generación de alternativas que estén centradas mediante proyectos de inversión pública con la finalidad de solucionar las necesidades de la ciudadanía en especial aquellos más vulnerables.

**Gobernabilidad democrática:** indica que la entidad incentiva a la ciudadanía para que participe en las decisiones del Estado relacionados con los servicios públicos que se le brinda. Tal es así que cuando una entidad cuenta con un adecuado crecimiento institucional, una óptima administración de la situación financiera y económica, capacidad para impulsar una administración democrática, participativa, transparente es un gobierno local y regional capaz de implantar una eficiente administración.

**Desarrollo social y económico:** comprende en el desarrollo de la efectividad y economía en relación al uso adecuado de los bienes públicos y servicios. Además de

administrar de forma óptima las acciones y actividades que se realiza en una entidad a fin de mejorar el servicio de atención a la ciudadanía.

### **Procedimientos que requieren especial atención**

De acuerdo a lo mencionado por la Contraloría General de la República (2014) indica que la Cooperación Alemana al Desarrollo en comunicación con la Contraloría, elaboró una documentación que comprende información de campo que conduce a conocer los principales procedimientos que se necesita de atención en una muestra de entidades del gobierno regional. Como resultado de dicho estudio, se ha concretado cinco procedimientos que se realizan de manera permanente en las entidades públicas y que involucra de manera negativa la efectividad de la administración pública, según se detalla a continuación:

- Las compras de bienes y servicios.
- La realización de obras ejecutadas bajo la modalidad de administración directa.
- La gestión de bienes muebles e inmuebles.
- La administración de almacén.
- La administración de los programas sociales.

Es relevante, indicar que, si bien dichos procedimientos son los más recurrentes, no viene a ser los únicos que realmente existen. En cada entidad pública, en función a sus características y particularidades, se presentan otros procedimientos que requieren atención, tal es así, recaudación de impuestos, cobranza coactiva, tasas administrativas, procedimiento de pagos, presupuesto participativo, etc.

### **1.3. Definiciones Conceptuales**

**a) Control interno;** es un procedimiento, conjunto de métodos, lineamientos, normas realizado por los colaboradores de una organización con la finalidad de conseguir objetivos institucionales. Dicho término es amplio y complejo que contiene todos los aspectos de control en las áreas de un negocio, permite identificar riesgos y trabajarlos con la intención de minimizar daños. Asimismo, se indica que el control interno comprende de cinco fases interrelacionados entre sí que forman parte del estilo de administración de la entidad. (Coopers y Lybrand, 1997).

**b) Control Previo;** son acciones y procedimientos que se ejecutan con anterioridad de la ejecución de los procedimientos u transacciones. Es desarrollado por el titular de la entidad, funcionarios y servidores públicos respecto a la normativa que rige las acciones de la institución, los procesos dados y normativa legal. (Ley N° 27785, 2002).

**c) Control Posterior:** son actividades y funciones que se ejecutan con posterioridad de los procedimientos y transacciones. Esta forma de control es desarrollada por representante de la organización y colaboradores en función al logro de las actividades establecidas. Además, es ejecutado por el área de control interno de acuerdo a los planes que se realizan de forma anual. (Ley N° 27785, 2002).

**d) Sistema de control interno;** son lineamientos, metodologías, normas, planes que están debidamente organizados en cada institución pública con la finalidad de cumplir con los objetivos de la entidad. (Contraloría General de la República, 2014).

**e) Gestión pública;** es un procedimiento que se determina en las dependencias y áreas de la administración pública con la finalidad de establecer la ejecución de la gestión, de los procedimientos y planes de trabajo, analizar su ejecución, identificar irregularidades y diseñar mecanismos de medidas correctivas, mejorando la toma de decisiones. (Flores, 2015).

**f) Desarrollo institucional;** se ejecutan procedimientos programados que se destinan a modificar comportamientos, valores, actitudes y el esquema de la entidad, de tal forma que pueda realizarse a las nuevas tecnologías, deficiencias y desafíos que se presentan en el ambiente. (Monteflores y Ramírez, 2017).

## 1.4 Operacionalización de Variables

### La variable independiente: Control Concurrente

El servicio de control concurrente es una modalidad del servicio de control simultáneo que se ejecuta de manera sistemática, de carácter multidisciplinario, cuyo fin es elaborar el análisis mediante el desarrollo de distintos procedimientos y métodos de un conjunto de hitos de control que pertenecen a un procedimiento en marcha, de manera interconectada, ordenada y permanente durante su ejecución, con la finalidad de evaluar si estos se ejecutan en estricta observancia del marco normativo aplicable. (Directiva N° 013-2022-CG/NORM, Servicio de Control Simultáneo aprobada con Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG)

Cabe señalar que, durante el desarrollo de este tipo de control, en ningún aspecto permite la injerencia en los procedimientos de administración, no supone la conformidad de las acciones a cargo de la gestión de la institución, ni reduce el desarrollo de otros aspectos de control en el sector público por parte de los órganos que conforman este sistema.

### La variable dependiente: Gestión Pública

Es el conjunto de actividades que están conducentes al cumplimiento de los bienes o recursos del Estado que comprende las que se ejecutan por las diversas instituciones administrativas. En ese sentido, la gestión del Estado es la correcta forma de ejecutar los medios a fin de lograr su cometido que es dar una mejor calidad de vida al ciudadano. Asimismo, son formas de decisión para el desarrollo eficaz y eficientes de los recursos públicos lo cual se requiere que exista comunicación entre todos los colaboradores públicos para lograr las metas trazadas de la entidad. (Paredes, 2018).

La tabla de operacionalización de variables se muestra en el anexo 1 y 2.

## 1.5 Hipótesis

**Hi:** El control concurrente si incide en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas.

**H0:** El control concurrente no incide en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas.

## **II. Métodos y Materiales**

### **2.1 Tipo de Investigación**

Se ejecutó una evaluación de forma minuciosa, de cómo incide el control concurrente en la gestión pública del Hospital, interrelacionando las variables de estudio.

- El enfoque fue cuantitativo, porque la información ha sido cuantificada y analizada estadísticamente.
- Su diseño fue no experimental, dado que las variables se observaron, describieron, caracterizaron para luego analizarlos.
- Su alcance fue explicativo y correlacional porque se realizó una evaluación respecto a cada variable de investigación a fin de establecer la causalidad entre ambas variables. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

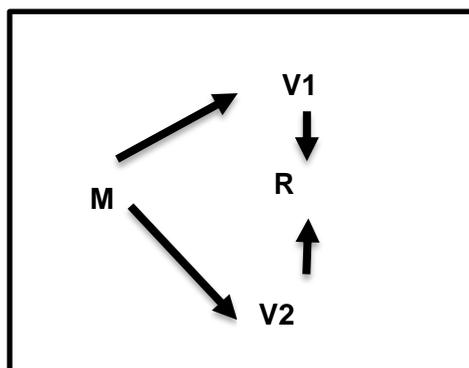
### **2.2 Método de Investigación**

Se usó el método deductivo porque corresponde al estudio de una situación problemática que parte desde el todo hacia sus partes, es decir, se evalúa las definiciones para llegar a los elementos de las partes del todo y su procedimiento fue sintético analítico (Bernal, 2010). El presente trabajo consistió en analizar el control concurrente, así como el grado de incidencia en la gestión pública de dicho Hospital.

### **2.3 Diseño de Contrastación**

La investigación fue correlacional, que consistió en medir la relación de ambas variables, donde el propósito primordial de este estudio correlacional es conocer las variables y determinar si se correlaciona o no y así contrastar la hipótesis. (Hernández et al. 2010).

El siguiente diseño es



Dónde:

M: corresponde a la muestra de estudio

V1: variable independiente: control concurrente

V2: variable dependiente: gestión pública

R: es la correlación en las variables de estudio

## 2.4 Población y Muestra

### Población

Se conceptualiza a la población como la cantidad de individuos o documentos que cuentan las particularidades a evaluar y que se encuentran inmersos en los aspectos de inclusión. (Hernández et al. 2010).

La población conforme al Organigrama Estructural del Hospital, contenido en su ROF, aprobado con Ordenanza Regional N° 341 Gobierno Regional Amazonas/CR, de 22 de enero de 2014, está conformada por el personal de los Órganos Administrativos y Órganos Asistenciales (Órganos de Línea); así como, por el jefe del OCI de la Dirección Regional de Salud de Amazonas, haciendo un total de 561 colaboradores, que comprende, personal administrativo 68 y personal asistencial 493.

### Muestra

La muestra es parte de la población, que se requiere delimitar a fin de generalizar los resultados y determinar características y parámetros. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Para determinar la muestra se utilizó la técnica por conveniencia, siendo la muestra no probabilística, considerándose trabajar con 10 personas a quienes se les realizó el instrumento del cuestionario.

Es importante señalar que, según el Organigrama Estructural del Hospital, contenido en su ROF, aprobado con Ordenanza Regional N° 341 Gobierno Regional Amazonas/CR, de 22 de enero de 2014, contiene Órganos en la parte Administrativa y Órganos en la parte Asistencial (Órganos de Línea), correspondiendo a los primeros la toma de decisiones y consecuentemente la generación de resultados en el presente tema de investigación; razón por la cual, se tomó como muestra a los Órganos Administrativos de la Entidad; así como, al jefe del OCI; se muestra la tabla siguiente:

**Tabla 1. Muestra**

<b>Áreas funcionales</b>	<b>N°</b>
Director Ejecutivo del Hospital	1
Jefe de Administración	1
Jefe de RRHH	1
Jefe de Economía	1
Jefe de Logística	1
Jefe de Servicios Generales	1
Jefe de la unidad de Seguros	1
Jefe de Planeamiento y Presupuesto	1
Jefe de Asesoría Jurídica	1
Jefe de OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

## **2.5 Técnicas, Instrumentos, Equipos y Materiales de obtención de Datos**

### **Técnicas de obtención de datos**

#### **Encuesta**

Se recurrió a dicha técnica con la finalidad de obtener datos e información de la muestra con el objeto de contar con información de las variables en estudio. Para ello se aplicaron dos formas de encuestas, el primero de tipo dicotómico dirigidas al personal de OCI y jefes de unidades orgánicas del Hospital a fin de obtener información respecto a la variable independiente de control concurrente.

La segunda encuesta se aplicaron preguntas de tipo Likert enfocadas al director y jefes de las unidades orgánicas del Hospital a fin de evaluar la variable dependiente de gestión pública.

#### **El análisis documental**

Consiste en la obtención de la documentación y datos relacionados con los reportes que emite el sistema informático del OCI de la entidad respecto a los informes resultantes del control concurrente respecto a la adquisición de bienes, contratación de servicios y material informativo acerca de la variable de gestión pública.

### **Instrumentos de obtención de datos**

De acuerdo a las técnicas descritas en el párrafo anterior, se desarrollaron los instrumentos que se detallan:

Cuestionario de análisis del control concurrente. El cuestionario consta de 4 dimensiones: Cultura organizacional (2 ítems), Gestión de riesgos (3 ítems), Fases del control concurrente (3 ítems), Seguimiento y evaluación de los resultados del control concurrente (2 ítems) y 10 indicadores: Ambiente de control (9 ítems), Información y comunicación (4 ítems), Evaluación de riesgos (11 ítems), Actividades de control (4 ítems) y Supervisión (2 ítems); Planificación, ejecución, informe, Responsabilidad del titular de la entidad para el tratamiento de riesgos y Responsabilidades del OCI para el seguimiento del tratamiento de riesgos (Análisis documental).

Cuestionario Gestión Pública: Este cuestionario corresponde a la autoevaluación de la gestión de la entidad. El instrumento consta de 5 dimensiones: Desarrollo institucional (4 ítems), finanzas públicas (5 ítems), servicios y proyectos (4 ítems), gobernabilidad democrática (1 ítem) y desarrollo económico y social (2 ítems).

## 2.6 Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento y evaluación de información se aplicó lo siguiente:

### SPSS Versión 24.0

Los resultados de los dos cuestionarios se pasaron a las hojas de cálculo del Software SPSS que comprende información que será presentada mediante gráfico de barras.

### Gráficos estadísticos

Dichos gráficos han sido obtenidos mediante el desarrollo de los cuestionarios realizados a las personas que comprende la muestra. Se expresaron a través de datos numéricos, porcentajes, tablas estadísticas y se presentaron en el presente estudio utilizando el estilo APA. Para contrastar la hipótesis se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson a través del Software SPSS versión 24, que consiste en medir el grado de correlación entre las variables de estudio.

## III. Resultados y Discusión

### 3.1. Tabla y Figuras

#### A. Incidencia del control concurrente en la gestión pública del Hospital

A fin de determinar la incidencia del control concurrente con la gestión pública se calculó el coeficiente de Pearson que consiste en medir la asociación de las dos variables, donde el resultado se muestra a continuación:

**Tabla 2.**

*Nivel de correlación de Pearson*

		Control Concurrente	Gestión Pública
Control Concurrente	Pearson	1	0.774**

	Sig. (2-tailed)		0.009
	N	10	10
Gestión Pública	Pearson	0.774**	1
	Sig. (2-tailed)	0.009	
	N	10	10

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fuente: SPSS Versión 23

Se verifica que el control concurrente incide de forma directa con la gestión pública, esto debido la correlación de Pearson igual a 0,774 con un nivel de significancia menor a 0,01, por lo que se puede afirmar que existe una incidencia significativa entre las variables.

## B. Diagnóstico del control concurrente que se viene desarrollando en el Hospital.

### Aplicación del Cuestionario:

A fin de recabar información del primer objetivo y de las dimensiones referidas a “Cultura Organizacional”, “Gestión de Riesgos” y “Supervisión” se aplicó el instrumento del cuestionario al Director Ejecutivo del Hospital, jefes de las oficinas de Administración, RRHH, Economía, Logística, Servicios Generales, Planeamiento y Presupuesto, Asesoría Jurídica, Seguros y jefe de OCI. Los resultados del cuestionario se detallan en las tablas siguientes.

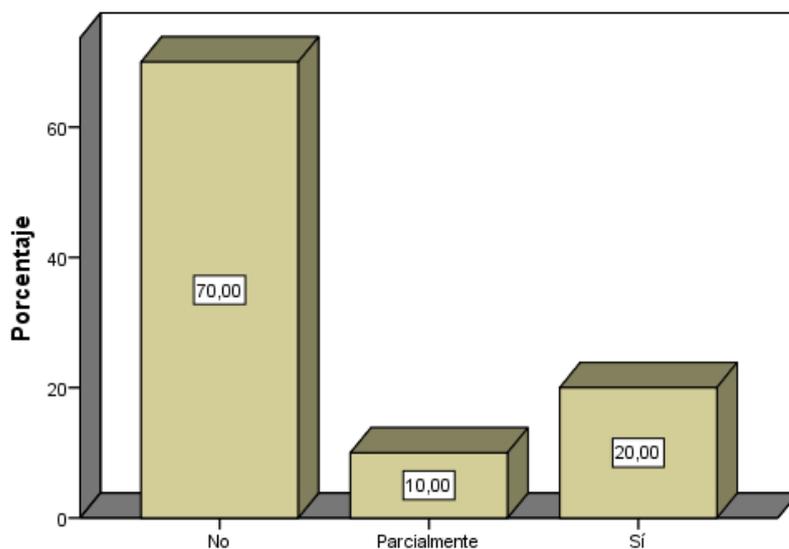
### Dimensión 1: Cultura Organizacional

#### Indicador 1: Ambiente de control

#### Tabla 3.

*¿El Hospital ha efectuado al menos una charla de sensibilización, enfocado a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su relevancia en la función pública?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	7	70	70	70
	Parcialmente	1	10	10	80
	Sí	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 1.** *¿El Hospital ha efectuado al menos una charla de sensibilización, enfocado a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su relevancia en la función pública?*

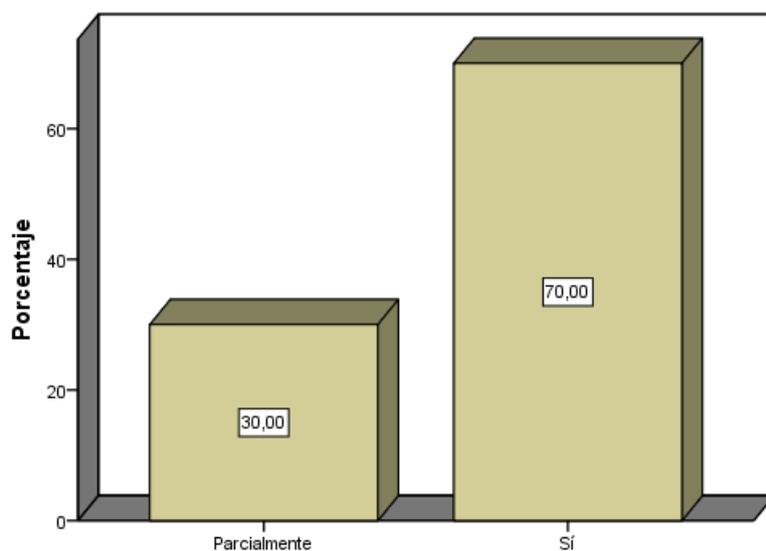
#### **Descripción:**

Del cuestionario desarrollado a los 10 funcionarios de la entidad, se aprecia que el 70% indicó que no se ha realizado talleres, charlas, conversatorios, entre otros, respecto a los principios de la función pública, es decir en dicha entidad no se viene realizando dicha actividad con la finalidad de sensibilizar al personal. Cabe precisar, que el 30% del personal que ante la citada pregunta respondió “Si” y “Parcialmente”, no acreditó documentalmente las charlas recibidas; tampoco, obra registro de asistencias en la entidad, o algún otro documento, que permita validar dicha actividad.

#### **Tabla 4.**

*¿El Hospital cuenta con base legal y lineamientos aprobadas que establezcan la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Parcialmente	3	30	30	30
	Sí	7	70	70	100
	Total	10	100	100	



**Figura 2.** ¿El Hospital cuenta con base legal y lineamientos aprobadas que establezcan la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?

### Descripción:

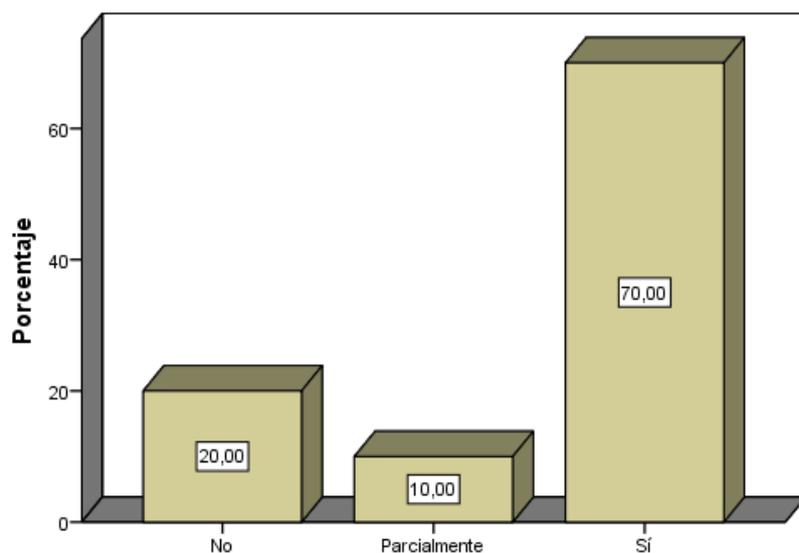
El 70% de los encuestados, manifestó que el Hospital sí cuenta con normativa interna debidamente aprobada respecto al comportamiento de los trabajadores, tales como el Reglamento interno de servidores civiles, aprobado con Resolución Directoral 122-2018-Gobierno Regional Amazonas-HRVFCH/DE y la Resolución Directoral N° 162-2018-Gobierno Regional Amazonas/HRVFCH-DE, de 30 de julio de 2018, que modifica el reglamento, los mismos que se encuentran publicados en la página institucional de la entidad.

Al respecto, se menciona que el 30% del personal respondió “*Parcialmente*”; si bien, ha tomado conocimiento de la existencia del citado documento de gestión; sin embargo, no se ha informado del contenido del “*Régimen disciplinario y procedimiento sancionador*”, establecido en el Capítulo XV, del documento de gestión señalado precedentemente.

**Tabla 5.**

*¿El Hospital cuenta con un procedimiento aprobado que permita recepcionar denuncias contra sus funcionarios y servidores que transgreden la ética o normas de conducta?*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos No	2	20	20	20
Parcialmente	1	10	10	30
Sí	7	70	70	100
Total	10	100	100	



**Figura 3.** ¿El Hospital cuenta con un procedimiento aprobado que permita recibir denuncias contra sus funcionarios y servidores que transgreden la ética o normas de conducta?

#### **Descripción:**

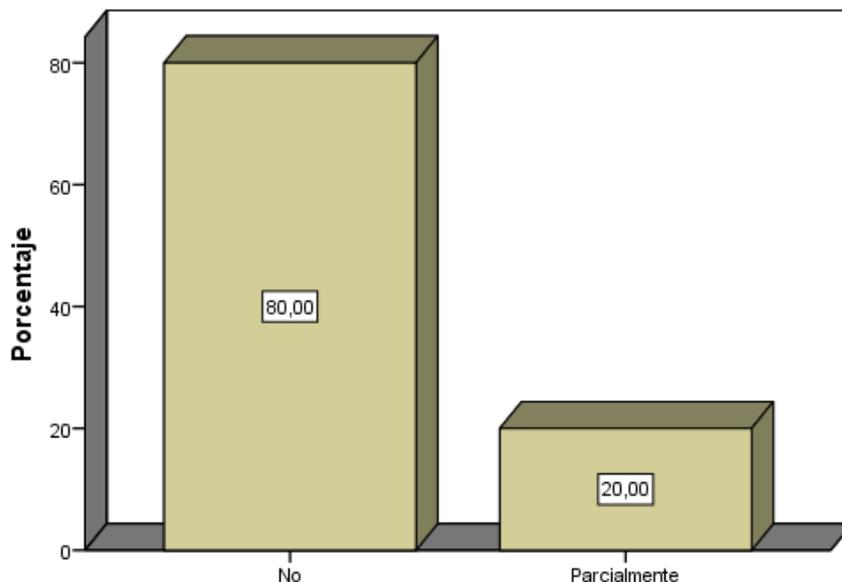
El 70% de encuestados manifestó que el Hospital cuenta con un procedimiento debidamente aprobado por el funcionario responsable en relación a la recepción de denuncias que se realicen contra los funcionarios y servidores públicos que transgredan las normas de conducta y que, en este caso, dicha actividad es realizada por Secretaría Técnica.

Es importante precisar, que si bien, se ha corroborado la existencia de la Resolución Directoral n.º 078-2019-Gobierno Regional Amazonas-HRVFCH/DE, de 16 de enero de 2019, mediante la cual se designa al Secretario Técnico del Hospital; sin embargo, no se ha evidenciado documento de gestión debidamente aprobado que contenga los procedimientos de recepción y atención de denuncias, limitándose a resolver dichos procedimientos mediante la normativa de carácter general.

**Tabla 6.**

¿Los colaboradores públicos que son parte de la unidad orgánica han recibido por lo menos un curso de capacitación en Control Concurrente durante los dos últimos años?

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Parcialmente	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 4.** ¿Los colaboradores públicos que son parte de la unidad orgánica han recibido por lo menos un curso de capacitación en Control Concurrente durante los dos últimos años?

#### **Descripción:**

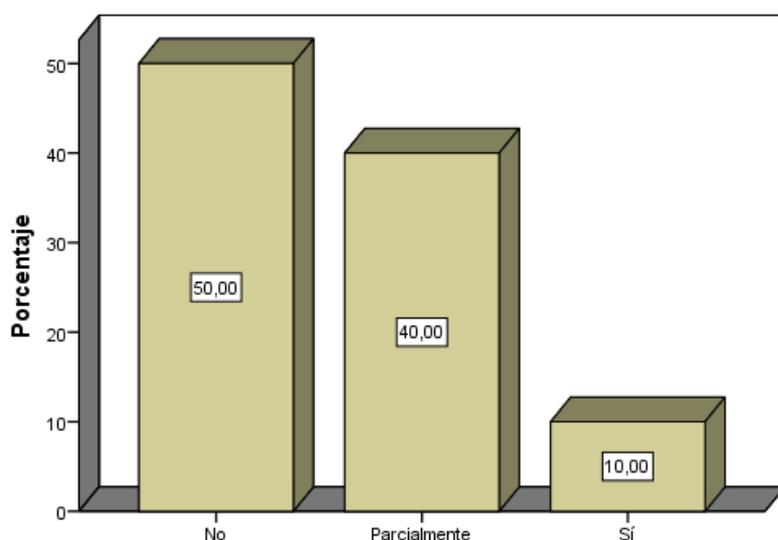
Cerca del 80% de encuestados, es decir en su gran mayoría manifestó que no han recibido capacitaciones respecto al control simultáneo, específicamente en la modalidad de control concurrente, lo que significa que actualmente dicho personal desconoce acerca de la aplicación de este control que permite detectar situaciones adversas durante el proceso en curso de una contratación de obras públicas, servicios y bienes.

Cabe precisar, que el 20% del personal que ante la citada pregunta respondió “*Parcialmente*”, no acreditó documentalmente los cursos de capacitación en control concurrente recibidos; tampoco, obra registro de asistencias en la entidad, o algún otro documento, que permita validar dicha actividad.

**Tabla 7.**

*¿La unidad orgánica de la entidad, ha brindado capacitaciones a los demás unidades orgánicas que participan en aspectos relacionados al control concurrente o control interno?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	5	50	50	50
	Parcialmente	4	40	40	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 5.** *¿La unidad orgánica de la entidad, ha brindado capacitaciones a las demás unidades orgánicas que participan en aspectos relacionados al control concurrente o control interno?*

### **Descripción:**

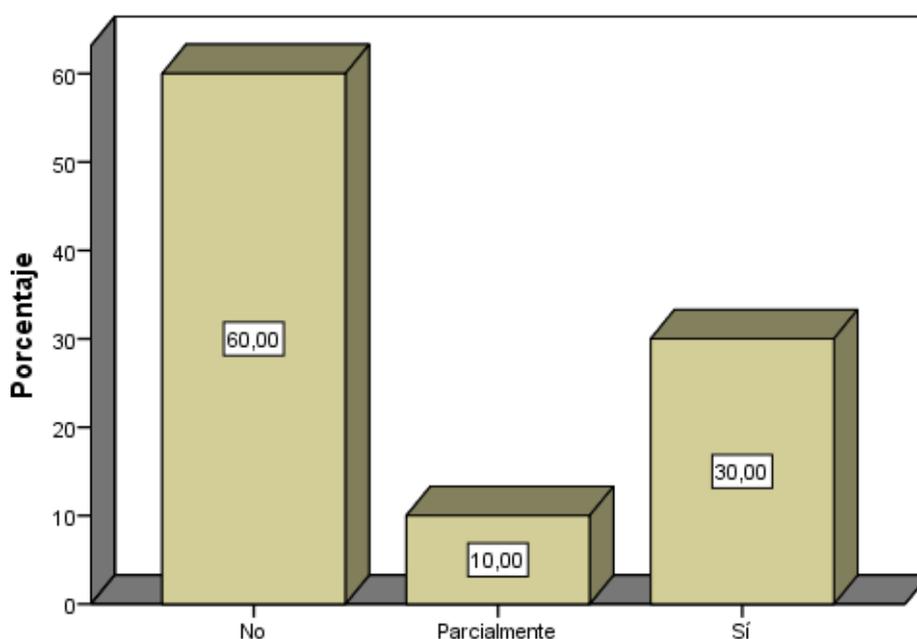
El 50% de encuestados indicó que no se viene realizando capacitaciones a las áreas que participan en la implementación del sistema de control interno, así como en control concurrente; sin embargo, el 40% mencionó que se viene realizando de manera parcial, es decir algunos de ellos, indicaron que las capacitaciones se dan en aspectos de control interno de manera general, mas no en control concurrente.

Cabe precisar, que ante la citada pregunta el 10% del personal respondió “Si” y el 40% “Parcialmente”; sin embargo, de la revisión a sus legajos de personal, no acreditaron documentalmente las capacitaciones recibidas en aspectos relacionados a control concurrente y/o control interno; tampoco, obra registro de asistencias en la entidad, o algún otro documento, que permita validar dicha actividad.

**Tabla 8.**

*¿El Hospital cuenta al menos con un funcionario o colaborador que se dedique de forma permanente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a las unidades orgánicas respecto al control concurrente?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	6	60	60	60
	Parcialmente	1	10	10	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 6.** ¿El Hospital cuenta al menos con un funcionario o colaborador que se dedique de forma permanente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a las unidades orgánicas respecto al control concurrente?

### **Descripción:**

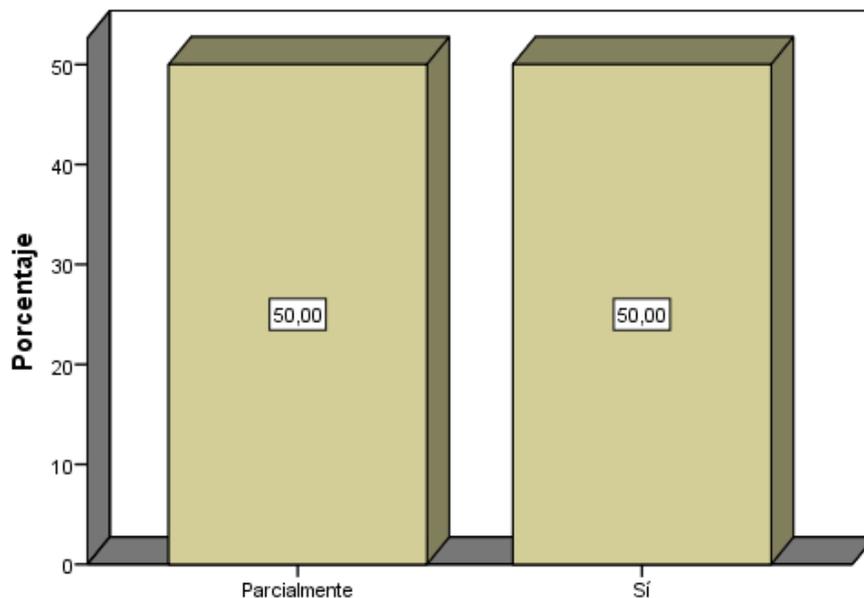
En su gran mayoría de encuestados, es decir el 60% indicaron que el Hospital no cuenta con funcionario o colaborador que se dedique de forma permanente en capacitación, orientación y soporte a las unidades orgánicas en relación al control concurrente, debido que en una anterior pregunta que se les realizó, manifestaron que hasta la fecha no han recibido capacitaciones respecto al control simultáneo, específicamente en la fase de control concurrente.

Cabe precisar, que el 40% del personal que ante la citada pregunta respondió “*Si*” y “*Parcialmente*”, se ha evidenciado que mediante Resolución Directoral n.º 000256-2020-Gobierno Regional-Amazonas/HRVFCH -DE, de 3 de setiembre de 2020, mediante la cual se conformó el equipo técnico operativo del SCI del Hospital; sin embargo, no existe documento de designación o conformación de funcionarios y/o servidores responsables de la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a los órganos o unidades orgánicas respecto al control concurrente.

**Tabla 9.**

*¿El Hospital ha comunicado a sus colaboradores la información del logro de sus objetivos y resultados mediante los canales de comunicación e información que cuenta (intranet, e-mail y periódico mural, etc)?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Parcialmente	5	50	50	50
	Sí	5	50	50	100
	Total	10	100	100	



**Figura 7.** *¿El Hospital ha comunicado a sus colaboradores la información del logro de sus objetivos y resultados mediante los canales de comunicación e información que cuenta (intranet, e-mail y periódico mural, etc)?*

**Descripción:**

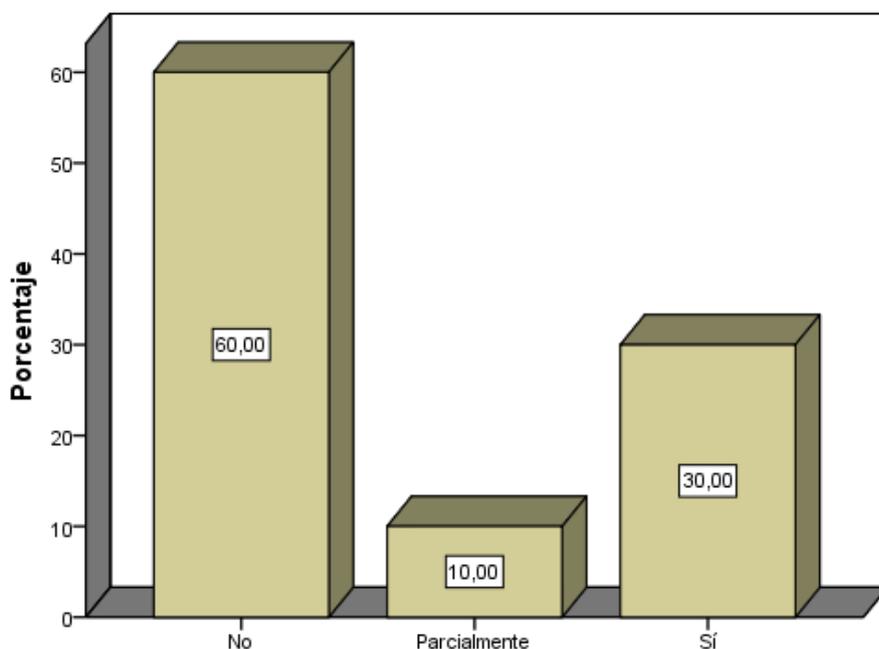
El 50% de encuestados, indicaron que el Hospital ha comunicado a los colaboradores acerca del cumplimiento de su fines, objetivos y resultados a través del portal web institucional y periódicos murales.

Cabe señalar, que si bien, ante la respuesta de la mencionada pregunta 50% respondieron “Parcialmente” y 50% “Si”; al respecto, de la revisión a la información registrada en el portal web institucional, se advierte que la entidad, difundió información de acciones realizadas por la entidad; sin embargo, no se acredita la difusión sobre los fines, objetivos y resultados de la entidad; lo que generaría la pérdida de oportunidad de mejoras de gestión.

**Tabla 10.**

*¿El Hospital realiza un análisis de carácter anual respecto al desempeño de los funcionarios?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	6	60	60	60
	Parcialmente	1	10	10	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 8.** ¿El Hospital realiza un análisis de carácter anual respecto de los funcionarios?

### Descripción:

El 60% de funcionarios encuestados, indicaron que en la entidad no viene realizando un análisis de forma anual respecto al desempeño de los funcionarios, lo cual denota que no se realiza un adecuado seguimiento y supervisión de la productividad de cada colaborador que asume cargo jefaturales en la entidad.

Es de precisar, que si bien, ante la respuesta de la mencionada pregunta 10% respondieron “Parcialmente” y 30% “Si”; sin embargo, de la revisión de los legajos de personal de la entidad, se advierte que, los citados legajos no cuentan con documentación que evidencie una evaluación anual por parte de la entidad; situación que limita la medición del personal calificado que asume cargos jefaturales.

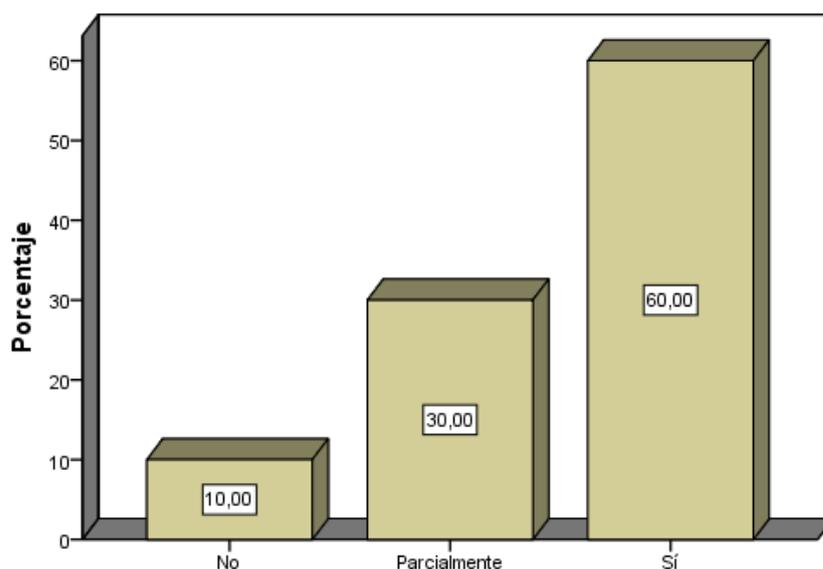
### Dimensión 1: Cultura Organizacional

#### Indicador 2: Información y comunicación

**Tabla 11.**

*¿El responsable de la entidad ha entregado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares conforme a las disposiciones de la normativa vigente y en los periodos establecidos?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	1	10	10	10
	Parcialmente	3	30	30	40
	Sí	6	60	60	100
	Total	10	100	100	



**Figura 9.** ¿El responsable de la entidad ha entregado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares conforme a las disposiciones de la normativa vigente y en los periodos establecidos?

**Descripción:**

En su mayoría de funcionarios encuestados indicaron que el Director Ejecutivo del hospital cumplió con presentar el informe de rendición de cuentas vía web conforme lo indica la normativa vigente.

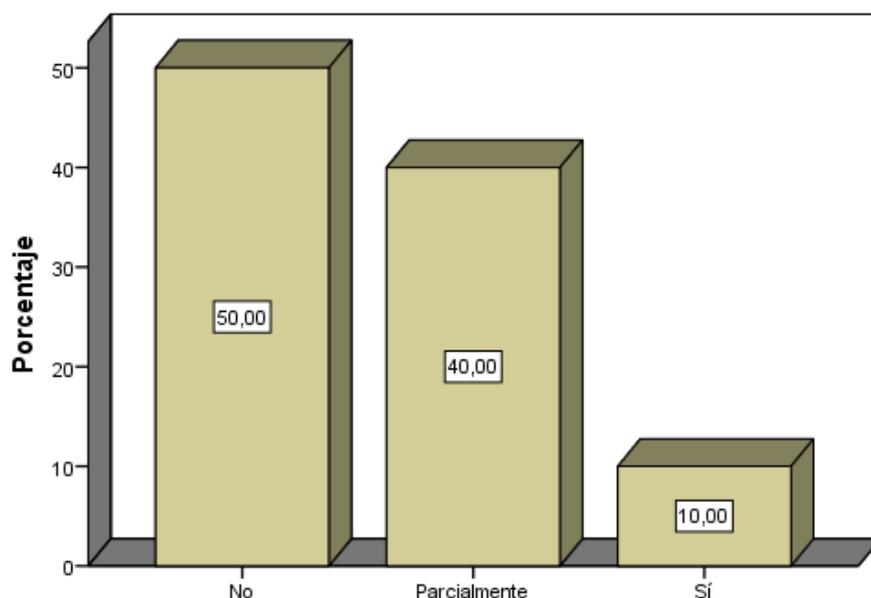
De la verificación realizada al portal web de la CGR, aplicativo Gestión de Informes de Rendición de Cuentas, se advierte que, la entidad cumplió con su presentación de los citados informes a través del pliego Gobierno Regional de Amazonas.

Al respecto, si bien ante la citada pregunta 60% respondió que “*Si*”, se advierte que, 10% respondieron que “*No*” y otro 30% respondieron “*Parcialmente*”, denotando en suma que el 40%, de dichos funcionarios o servidores, desconocen la obligatoriedad de todo funcionario y servidor público que, a través del titular de la entidad se debe rendir cuentas al inicio, término y de periodicidad anual de su gestión, permitiendo la transparencia de la información hacia la ciudadanía, que permitan evaluar el resultado de cada gestión.

**Tabla 12.**

*¿El hospital ha logrado difundir a la población la información de su ejecución presupuestal de forma semestral mediante los canales de comunicación que dispone?*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos No	5	50	50	50
Parcialmente	4	40	40	90
Sí	1	10	10	100
Total	10	100	100	



**Figura 10.** ¿El hospital ha logrado difundir a la población la información de su ejecución presupuestal de forma semestral mediante los canales de comunicación que dispone?

#### **Descripción:**

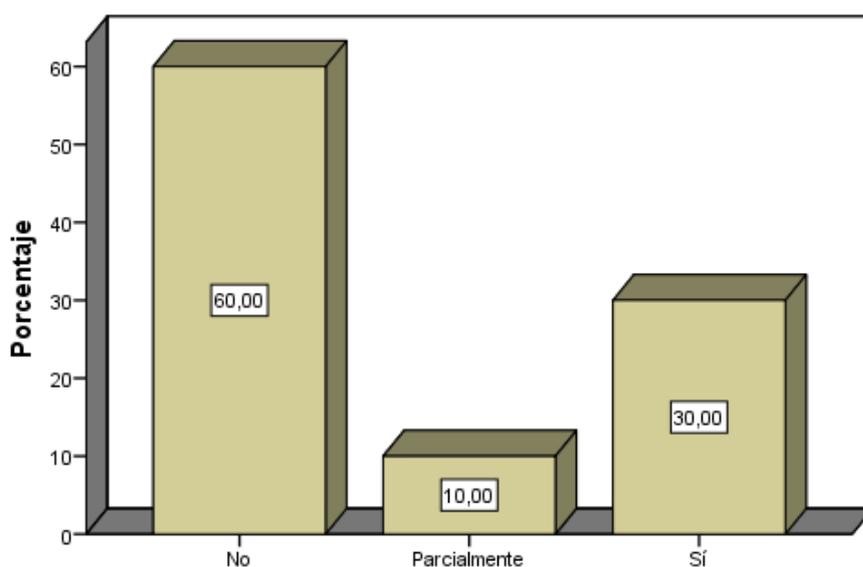
En relación a dicha interrogante que se realizó a los encuestados, cerca del 50% de ellos indicaron que en la entidad no ha cumplido con comunicar a la población través de su portal web institucional acerca de la información de su ejecución presupuestal; de otra parte, cerca del 40% mencionaron que dicha actividad fue realizada de forma parcial, lo cual denota que en existe ambigüedad en cuanto a la respuesta de la interrogante.

Al respecto, sólo el 10% de encuestados respondieron que la entidad “*Si*” cumple con comunicar a través de su página web, la información de ejecución presupuestal, siendo que, entre las respuestas “*No*” y “*Parcialmente*” representan el 90%, en efecto, de la revisión a la información registrada en la página web, se advirtió que, la información registrada corresponde a períodos anteriores y no al actual, evidenciándose que, la entidad no viene actualizando, ni registrando de forma oportuna la citada información.

**Tabla 13.**

*¿El hospital revisa de forma mensual la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador con el objeto de conocer si alguno de sus funcionarios se encuentra inmerso?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	6	60	60	60
	Parcialmente	1	10	10	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 11.** ¿El hospital revisa de forma mensual la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador con el objeto de conocer si alguno de sus funcionarios se encuentra inmerso?

### **Descripción:**

En relación a dicha interrogante planteada, se hace mención que el 60% de funcionarios encuestados indicó que en la entidad no se realiza una revisión acerca de la relación de funcionarios inhabilitados en el PAS, lo cual denota que dicha actividad no forma parte de las funciones establecidas en su manual de organización y funciones de cada colaborador y que por tanto desconocen acerca del procedimiento a realizar. De otra parte, el 30% indicó que sí viene realizando dicha revisión y el 10% manifestó que su realización es de manera parcial.

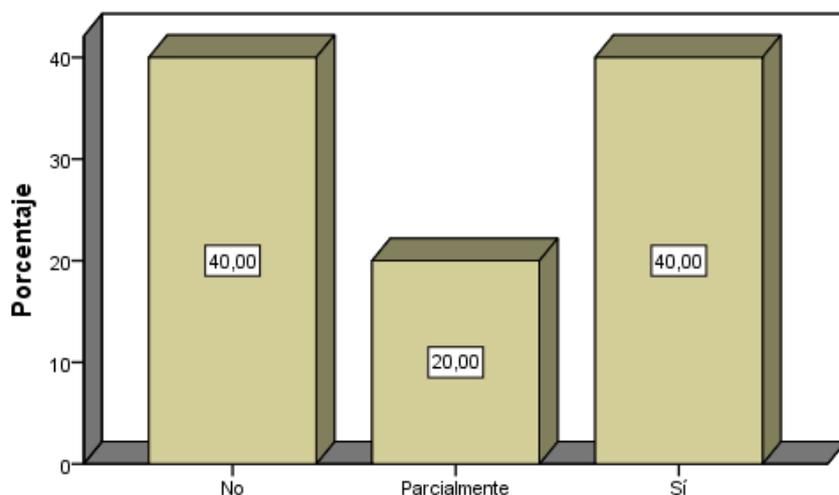
Sobre el particular, de la revisión a los legajos del personal funcionario activo de la entidad, con contratados bajo la modalidad 276 y CAS, no se ha evidenciado el reporte correspondiente que acredite la revisión del personal en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores

Civiles - RNSSC, acción que permita a la entidad alertar sobre aquellos funcionarios que se encuentran impedidos de prestar servicios al Estado.

**Tabla 14.**

*¿El hospital registra en una cláusula contractual con los proveedores la declaración de ambas partes respecto al rechazo absoluto y total sobre alguna forma de ofrecimiento, dádiva, regalo, atención o presión indebida que pueda denigrar el desarrollo normal y evidente de los contratos de ser el caso?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	4	40	40	40
	Parcialmente	2	20	20	60
	Sí	4	40	40	100
	Total	10	100	100	



**Figura 12.** ¿El hospital registra en una cláusula contractual con los proveedores la declaración de ambas partes respecto al rechazo absoluto y total sobre alguna forma de ofrecimiento, dádiva, regalo, atención o presión indebida que pueda denigrar el desarrollo normal y evidente de los contratos de ser el caso?

#### **Descripción:**

El 40% de los funcionarios indicaron que en la entidad si se encuentra descrito en la documentación que acredita la de adquisición de bienes y servicios acerca de la cláusula contractual en donde pone de manifiesto que tanto el proveedor como entidad, “rechazan total y absoluto ofrecimiento, dádiva, forma de soborno, regalo, atención o presión indebida que pueda afectar el desarrollo normal y objetivo de los contratos”, sin embargo, el 40% indicó totalmente lo contrario y el 20% indicó que dicho procedimiento se realiza de manera parcial.

Al respecto, de la verificación selectiva a los contratos registrados por la entidad en el portal web del SEACE, se advierte que, mediante cláusula *ANTICORRUPCIÓN*, se viene incorporando una cláusula contractual con los proveedores, en aplicación al artículo 7 del Reglamento de Contrataciones del Estado; ante lo cual se advierte que, el 40% que ante la pregunta contestó “No” y el 20% “Parcialmente”, desconocen la implementación de la cláusula anticorrupción la cual es de aplicación por normativa expresa.

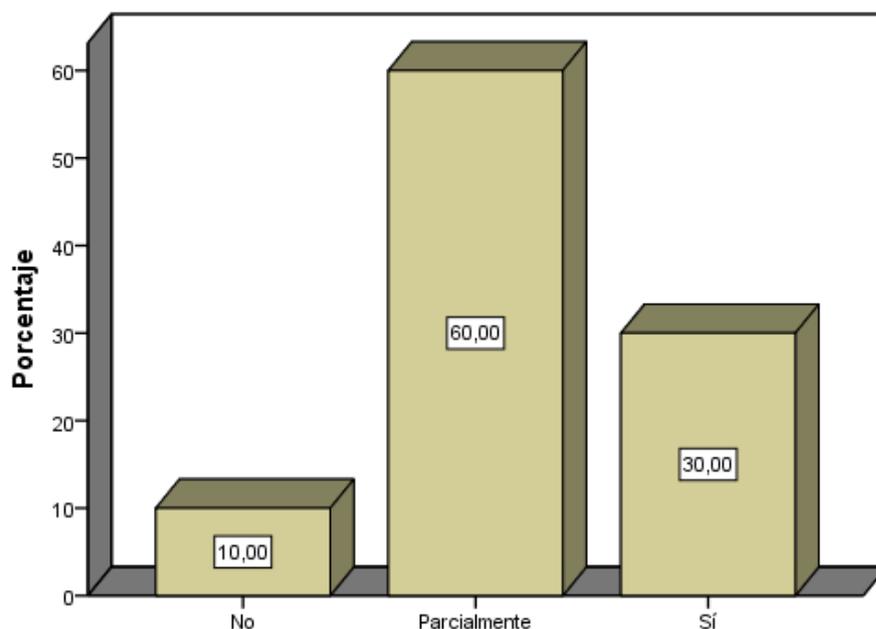
## Dimensión 2: Gestión de Riesgos

### Indicador 3: Evaluación de Riesgos

**Tabla 15.**

*¿Se encuentra alineado el Plan Operativo Institucional con el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	1	10	10	10
	Parcialmente	6	60	60	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 13.** ¿Se encuentra alineado el Plan Operativo Institucional con el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura?

#### Descripción:

El 30% de los funcionarios y servidores públicos ante la mencionada pregunta respondieron que “Si”; sin embargo, el 60% respondieron que “Parcialmente” y el 10% que “No”;

observándose que, el 70% de funcionarios y servidores no se encuentran conforme con la vinculación del cuadro de necesidades y el Plan Operativo Institucional; así como, de la asignación presupuestal para el cumplimiento de sus objetivos y actividades para el año presupuestal; denotándose falta mayor coordinación y control por parte de los funcionarios competentes a fin de mejorar dicho procedimiento.

**Tabla 16.**

*¿El hospital ha cumplido con presentar la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en el periodo dado y conforme a las normativas que se establece?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Parcialmente	5	50	50	50
	Sí	5	50	50	100
	Total	10	100	100	



**Figura 14.** ¿El hospital ha cumplido con presentar la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en el periodo dado y conforme a las normativas que se establece?

#### **Descripción:**

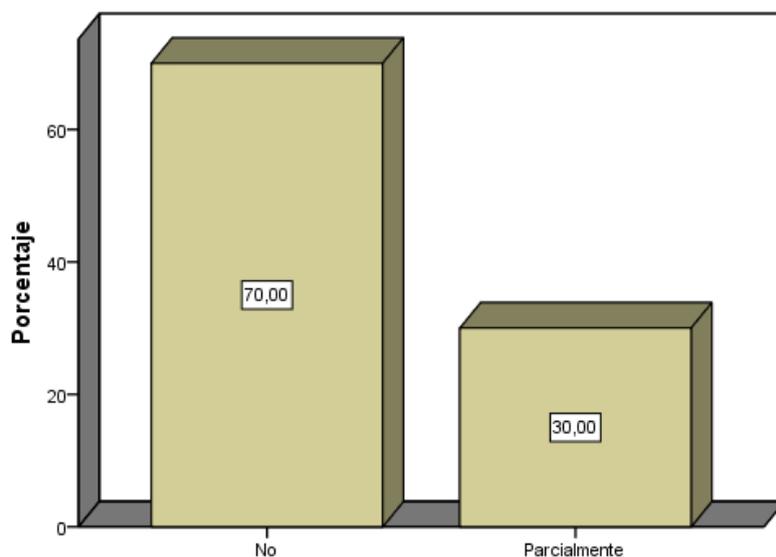
El 50% de funcionarios mencionaron que el responsable del área de Contabilidad ha cumplido con presentar la información financiera y contable del periodo 2020 a la Dirección General de Contabilidad Pública (MEF) en el plazo establecido que es hasta el 31 de marzo del 2021. Así también, el restante del 50% de funcionarios indicaron que dicha disposición se realizó

de manera parcial. En ese aspecto, se revisó el documento de la Cuenta General de la República (2020), evidenciándose que el Hospital no se encuentra en la relación de entidades omisas respecto a la entrega de información financiera y contable; sin embargo, hasta la fecha la entidad no ha sido incluida como componente del pliego Gobierno Regional de Amazonas, para la realización de Auditoría Financiera, que permita determinar la razonabilidad con que se elaboran los estados financieros.

**Tabla 17.**

*¿Se ha empleado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	7	70.00	70.00	70.00
	Parcialmente	3	30.00	30.00	100.00
	Total	10	100.00	100.00	



**Figura 15.** ¿Se ha empleado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos?

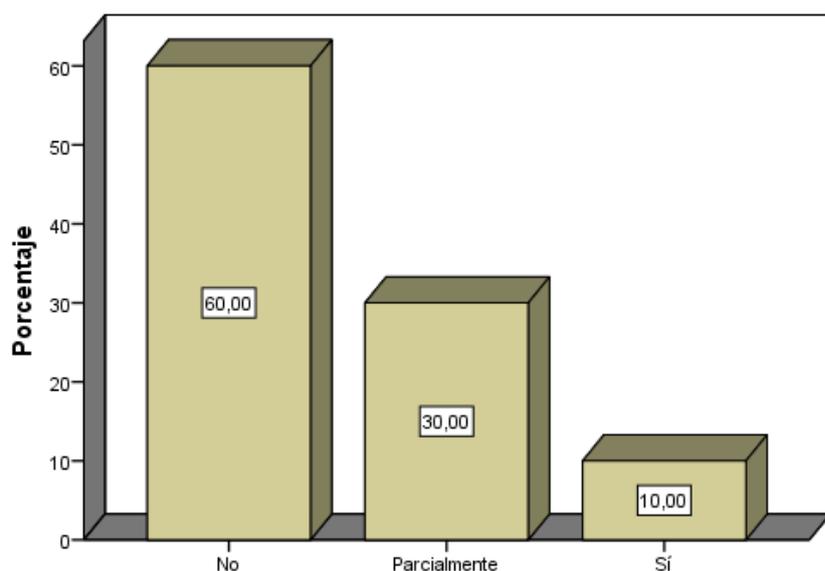
**Descripción:**

Cabe precisar, que ante la citada pregunta el 70% del personal respondió que “No”; asimismo, el 30% respondió que “Parcialmente”; sin embargo, de la revisión a sus legajos de personal, no acreditaron documentalmente, la realización de talleres participativos entre todos los colaboradores; así como, charlas, focus group, o entrevistas que permitan identificar y valorar los riesgos de nivel medio y alto.

**Tabla 18.**

*¿se ha evidenciado los aspectos que pueden afectar de forma adversa el logro de plazos y estándares establecidos en dicho producto?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	6	60	60	60
	Parcialmente	3	30	30	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 16.** ¿se ha evidenciado los aspectos que pueden afectar de forma adversa el logro de plazos y estándares establecidos en dicho producto?

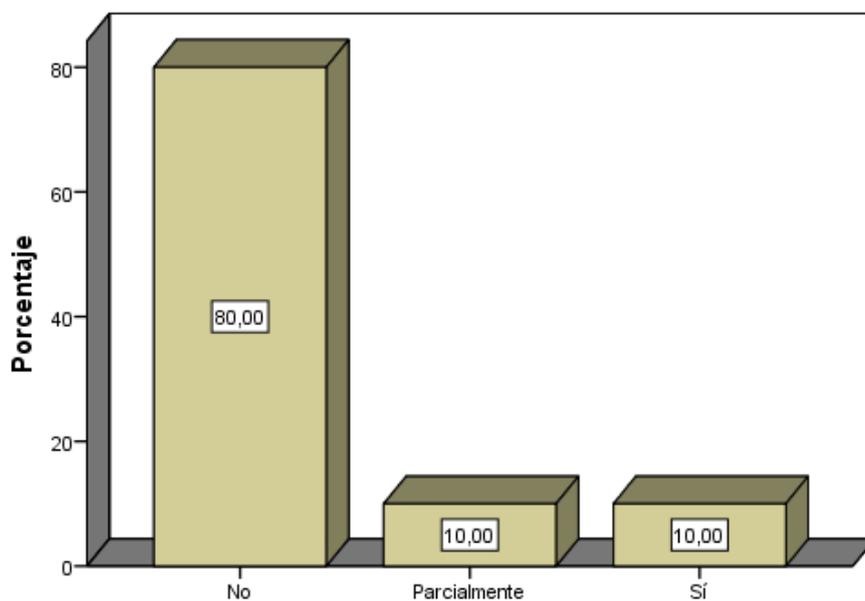
### **Descripción:**

El 60% de encuestados indicaron que en el Hospital se desconoce acerca de la identificación y valoración de riesgos que está afectando de manera negativa de la entidad, lo cual denota que hace falta mayor capacitación e involucramiento a todo el personal respecto al sistema de control interno, control simultáneo en la modalidad de control concurrente, identificación y tratamiento de riesgos.

**Tabla 19.**

*¿Se ha evaluado si existen riesgos de sobornos, fraudes financieros, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Parcialmente	1	10	10	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 17.** *¿Se ha evaluado si existen riesgos de sobornos, fraudes financieros, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares?*

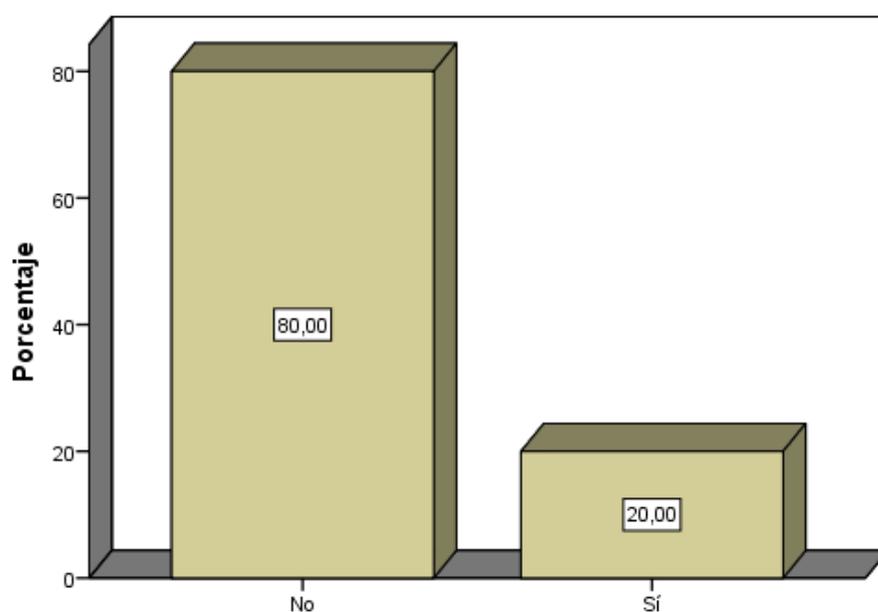
### **Descripción:**

El 80% de encuestados afirmó que al desconocer acerca de la identificación y tratamiento del riesgo, por ende, también se desconoce acerca de la existencia de riesgos de sobornos, fraudes financieros u otros tipos de riesgo de conductas irregulares; así como, de los procedimientos administrativos a seguir en caso identifiquen tal situación.

**Tabla 20.**

*¿Se ha evaluado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines diferentes al original?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80,0	80,0	80,0
	Sí	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



**Figura 18.** ¿se ha analizado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines diferentes al original?

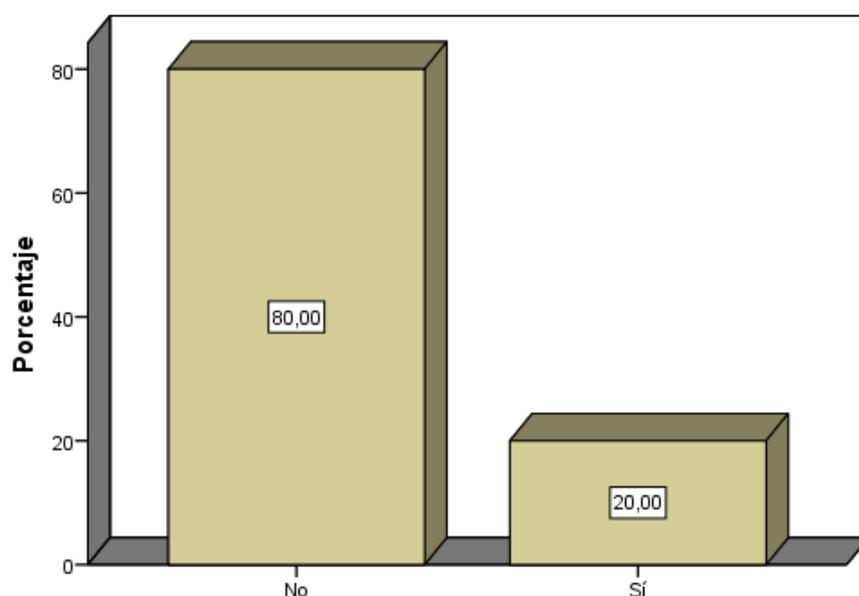
### **Descripción:**

El 80% de encuestados indicaron que al no tener conocimiento acerca de la identificación y tratamiento del riesgo, por ende, también se desconoce acerca de la existencia de registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines distintos al original; advirtiéndose que, hasta la fecha la entidad no ha realizado una autoevaluación de sus estados financieros a través de procedimientos de control que permitan detectar de forma oportuna tales situaciones, para la aplicación de medidas correctivas pertinentes.

**Tabla 21.**

*¿se ha evaluado si los funcionarios y colaboradores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Sí	2	20	20	100
Total		10	100	100	



**Figura 19.** *¿se ha evaluado si los funcionarios y colaboradores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos?*

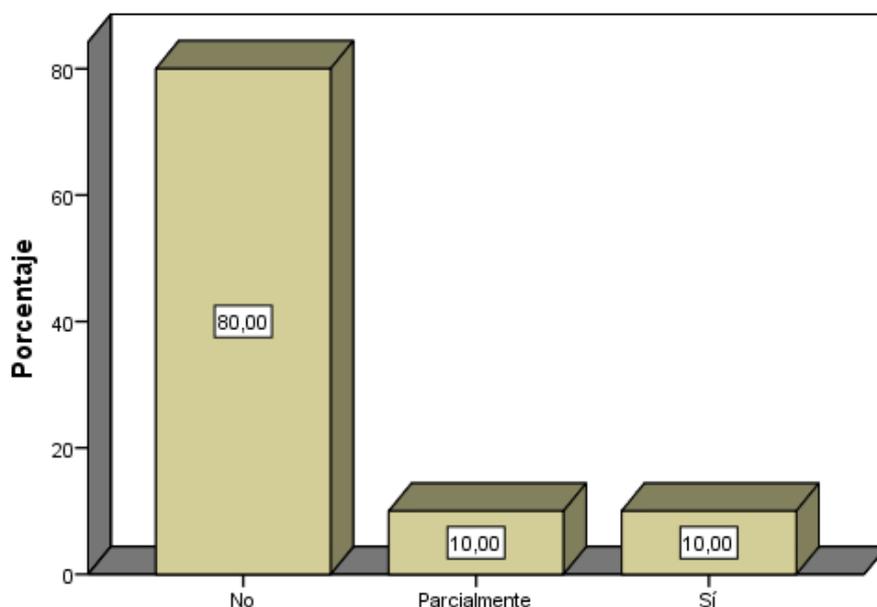
### **Descripción:**

El 80% de encuestados manifestaron respecto al tema de identificación, valoración y tratamiento del riesgo que afectan a la entidad no tienen conocimiento acerca de su administración, por tanto, afirman en su mayoría que en la entidad no se realiza un análisis respecto si los servidores públicos puedan estar involucrados en situaciones de sobornos, o actos irregulares; no habiéndose evidenciado en la entidad la existencia de procedimientos aprobados por la autoridad competente para su regulación.

**Tabla 22.**

*¿se ha evaluado si es posible que actores o consultores externos inciden sobre las decisiones de los funcionarios para efectuar sus requerimientos de servicios?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Parcialmente	1	10	10	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 20.** ¿se ha evaluado si es posible que actores o consultores externos inciden sobre las decisiones de los funcionarios para efectuar sus requerimientos de servicios?

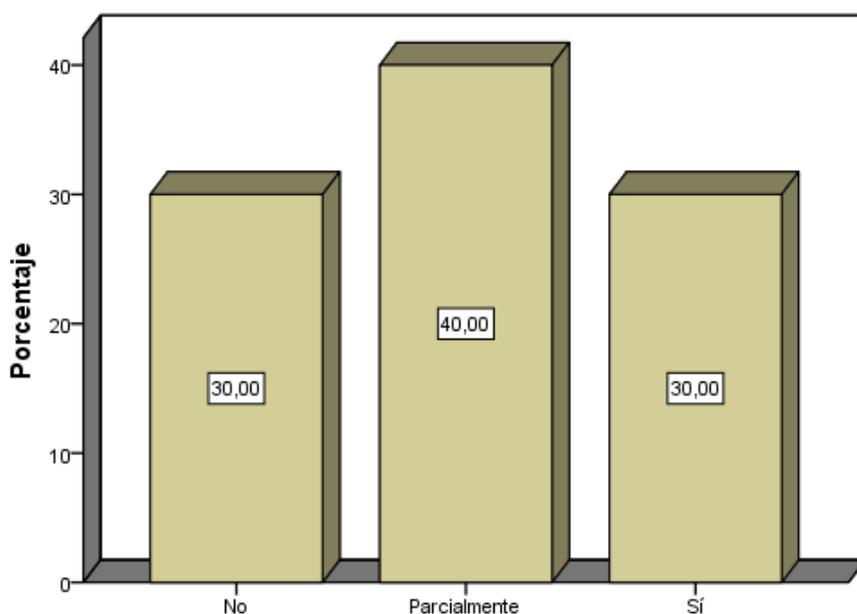
### Descripción:

El 80% de funcionarios indicaron que desconocen si existen actores externos que están influenciando sobre las decisiones de los funcionarios públicos para realizar sus requerimientos de servicios.

**Tabla 23.**

*¿Se ha evaluado la posibilidad de que se efectúen pagos tardíos a los proveedores?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	3	30	30	30
	Parcialmente	4	40	40	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 21.** ¿se ha evaluado la posibilidad de que se efectúen pagos tardíos a los proveedores?

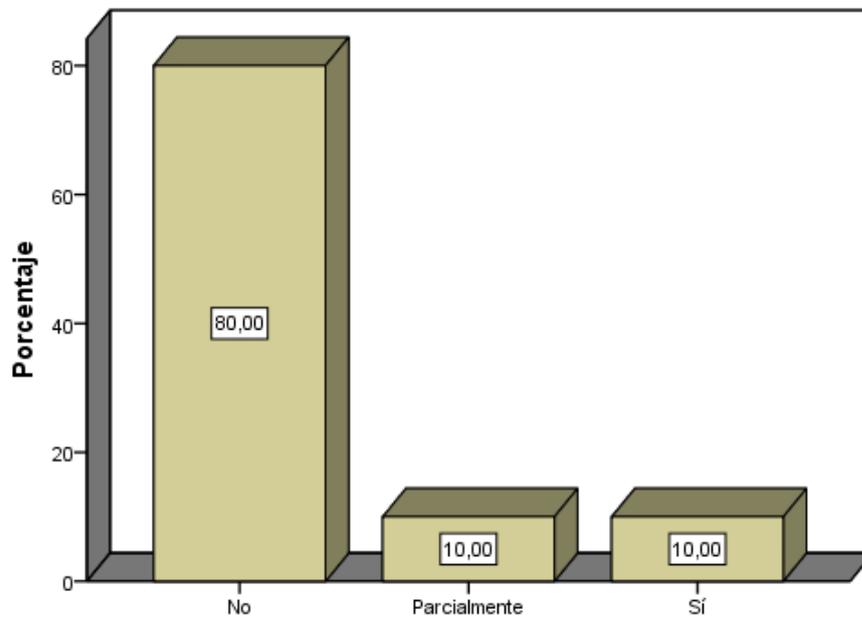
#### Descripción:

El 40% de encuestados indicaron que el procedimiento de verificación de que se realicen pagos de manera tardía a los proveedores se realizan de manera “*Parcialmente*” y que dicha actividad no se encuentra establecida en algún procedimiento interno. De otra parte, el 30% mencionaron que “*No*” se viene realizando el análisis de pagos tardíos y el 30% restante, indicaron que “*Si*”. Advirtiéndose, la falta de control respecto a esta actividad, en la cual se podría identificar que los funcionarios en representación de la entidad asuman obligaciones sin la debida certificación presupuestal, generando posibles procesos judiciales en contra de la entidad.

**Tabla 24.**

*¿Se ha evaluado la posibilidad que en un procedimiento de contratación se favorezca a un postor o postulante?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Parcialmente	1	10	10	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 22.** ¿se ha evaluado la posibilidad que en un procedimiento de contratación se favorezca a un postor o postulante?

**Descripción:**

El 80% de funcionarios públicos indicaron que no realizan un análisis o verificación acerca de presuntos favorecimientos a un postor en caso de contrataciones de bienes y servicios.

Cabe señalar que dicha actividad, es ejercida mayormente por el personal del OCI del Gobierno Regional de Amazonas y de la Gerencia Regional de Control Amazonas quienes realizan control simultáneo y posterior a la entidad; advirtiéndose que, al no contar la entidad con un Órgano de Control Institucional, limita la oportuna intervención a través del control concurrente en las operaciones realizada por la entidad, que permita alertar al Titular sobre situaciones adversas que podrían afectar el logro de los objetivos de la contratación, para la adopción oportuna de medidas preventivas y correctivas.

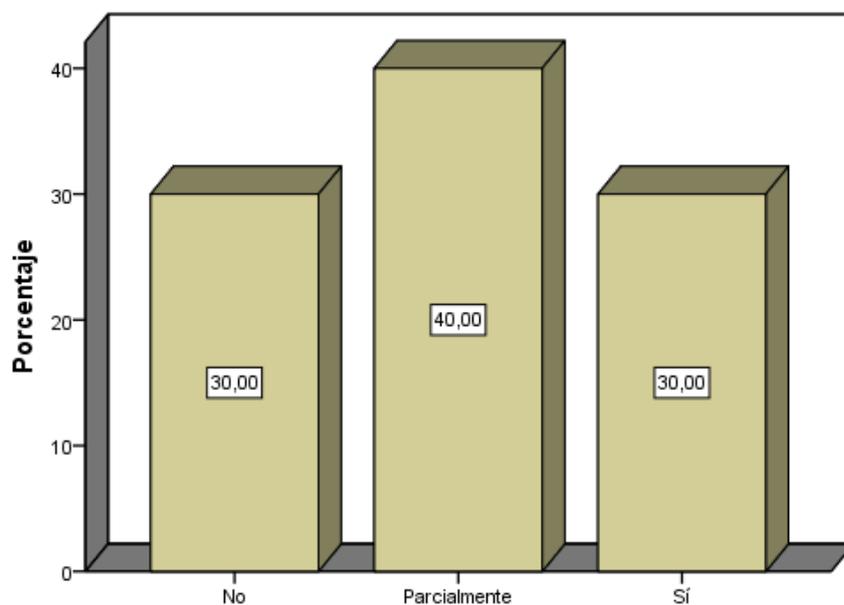
**Dimensión 2: Gestión de Riesgos**

**Indicador 4: Actividades de Control**

**Tabla 25.**

*¿se ha evaluado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	3	30	30	30
	Parcialmente	4	40	40	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 23.** *¿se ha evaluado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos?*

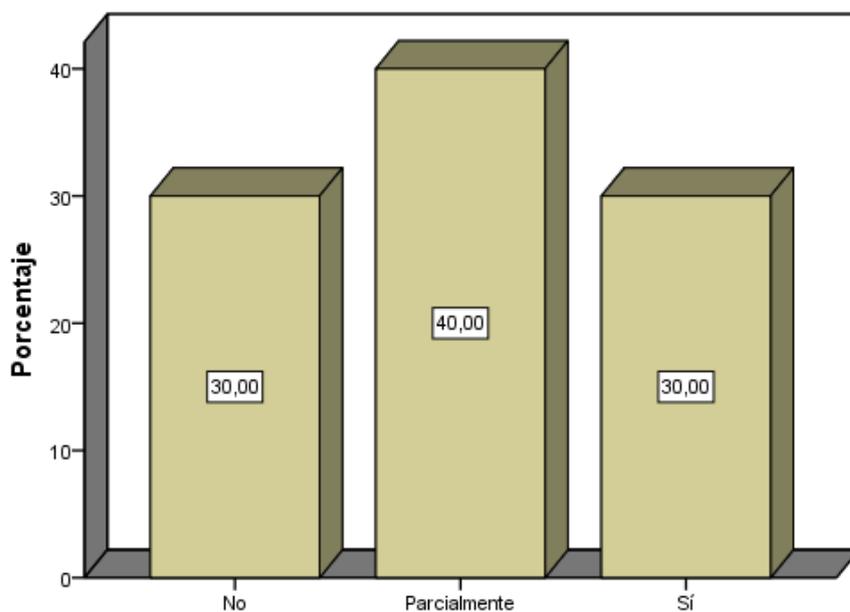
### **Descripción:**

El 40% de encuestados manifestó que la entidad viene realizando de manera parcial respecto al análisis de medidas de control que permiten reducir de manera significativa los riesgos de la entidad. Asimismo, el 30% indicó que sí se viene ejecutando dicha actividad y el 30% restante mencionó lo contrario. Lo cual denota que el nivel de conocimiento que se tiene respecto a las medidas de control interno que mitigan los riesgos de nivel medio y alto de la entidad es bajo.

**Tabla 26.**

*¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	3	30	30	30
	Parcialmente	4	40	40	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 24.** ¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad?

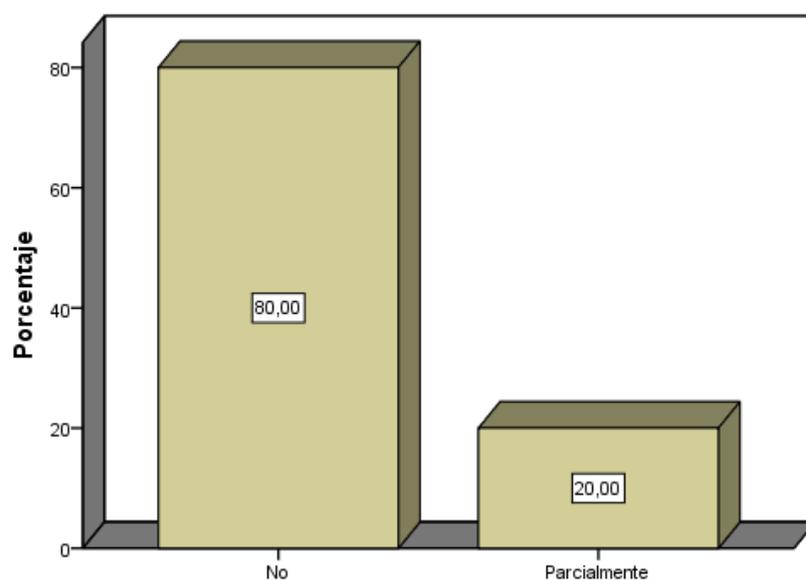
**Descripción:**

El 40% de encuestados manifestó que la entidad viene realizando de manera parcial respecto al análisis de factibilidad de las medidas de control. Asimismo, el 30% indicó que sí se viene ejecutando dicha actividad y el 30% restante mencionó lo contrario. Lo cual denota que el nivel de conocimiento que se tiene respecto a las medidas de control interno y su grado de efectividad es bajo.

**Tabla 27.**

*¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	8	80	80	80
	Parcialmente	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 25.** *¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control?*

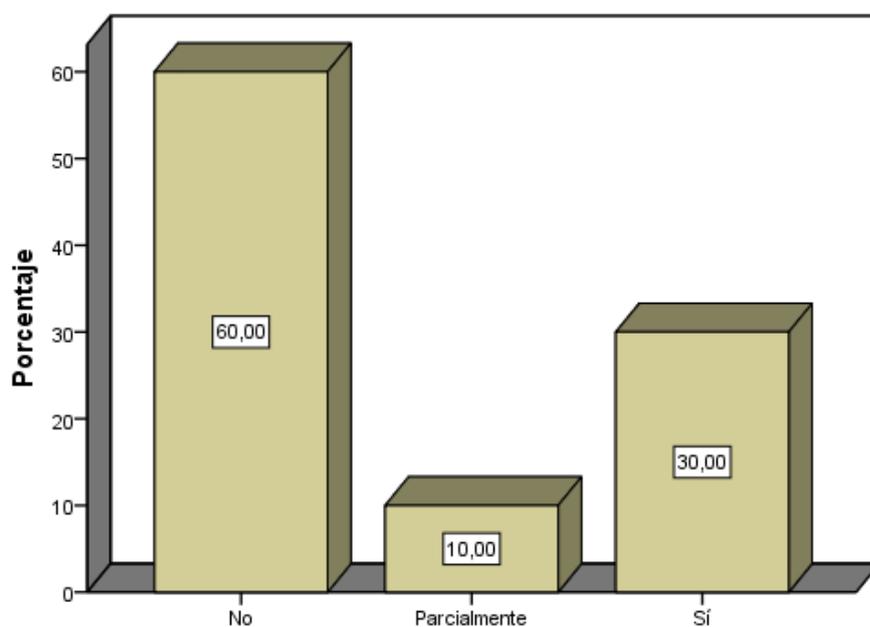
### **Descripción:**

El 80% de encuestados manifestó que no se ha ejecutado talleres participativos, entrevistas ni se ha contratado asesores externos a fin de implementar medidas de control que permitan mitigar los riesgos de nivel medio y alto.

**Tabla 28.**

*¿El Hospital ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	6	60	60	60
	Parcialmente	1	10	10	70
	Sí	3	30	30	100
	Total	10	100	100	



**Figura 26.** ¿El Hospital ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción?

### Descripción:

El 60% de funcionarios encuestados mencionaron que el titular de la entidad no ha designado personal responsable para la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción. Sin embargo, existe un 30% de funcionarios que indican lo contrario y el 10% indicó que dicha función se realiza de manera parcial.

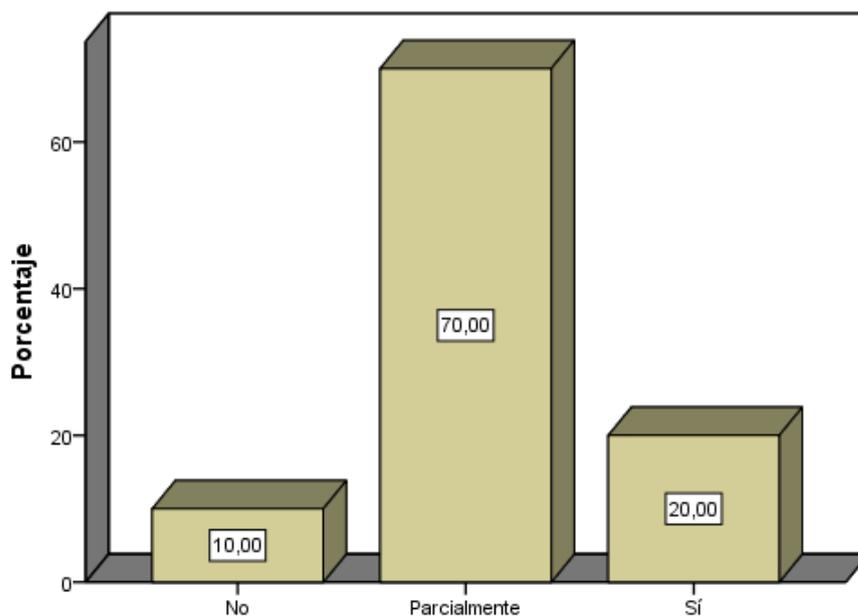
### Dimensión 2: Gestión de Riesgos

#### Indicador 5: Supervisión

**Tabla 29.**

*¿El hospital cumple los plazos establecidos para la implementación de las situaciones adversas del control concurrente, contenidas en el informe?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	1	10	10	10
	Parcialmente	7	70	70	80
	Sí	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 27.** ¿El hospital cumple los plazos establecidos para la implementación de las situaciones adversas del control concurrente, contenidas en el informe?

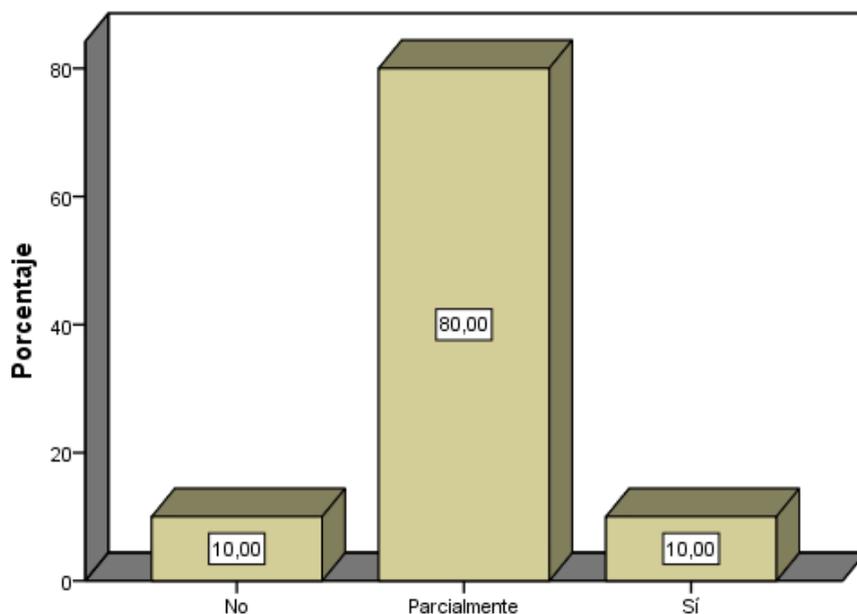
**Descripción:**

El 70% de funcionarios encuestados manifiestan que la entidad cumple de manera parcial los plazos establecidos que se otorga en cuanto a la implementación de las situaciones adversas del control concurrente contenidas en el informe. Lo cual denota que hace falta mayor participación del OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas o del personal de Contraloría respecto al seguimiento oportuno de la implementación de situaciones adversas.

**Tabla 30.**

*¿El hospital cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	No	1	10	10	10
	Parcialmente	8	80	80	90
	Sí	1	10	10	100
	Total	10	100	100	



**Figura 28.** ¿El hospital cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?

#### **Descripción:**

El 80% de participantes manifestaron que el grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente se viene aplicando de manera parcial, lo cual denota que hace falta mayor participación del OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas o del personal de Contraloría respecto al seguimiento oportuno de la implementación oportuna de las situaciones adversas.

**Como resultado de la aplicación de cuestionario a la variable Control Concurrente, se obtuvo lo siguiente:**

	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Válidos</b>	<b>No</b>	<b>4</b>	<b>40</b>
	<b>Parcialmente</b>	<b>4</b>	<b>30</b>
	<b>Si</b>	<b>4</b>	<b>30</b>
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Del cuadro expuesto, se advierte que en resumen Para el 40% de los encuestados no existe la realización de servicios de control concurrente en la gestión pública del Hospital Regional

Virgen de Fátima – Chachapoyas. Siendo que para el 30% existiría parcialmente y sólo para el 30% si se efectuaría los servicios de control concurrente.

### Resultados del Análisis Documental:

Se aplicó la técnica de análisis documental que consistió en solicitar información referida a Resoluciones de Contraloría, reportes emitidos del sistema informático de la Contraloría respecto a los resultados del servicio de control concurrente, revisión de la página web institucional del Hospital, entre otros, a fin de evidenciar aspectos relacionados al control concurrente, según se detalla a continuación:

### Implementación del Órgano de Control Institucional en el Hospital

Se verificó que a través de la Resolución de Contraloría n.º 308-2020-CG de 22 de octubre de 2020, el Contralor General de la República, designó en el cargo de Jefe del OCI del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, al señor Tulio César Aldana Monja, siendo que, a partir de dicha fecha, la entidad contó con un OCI encargado de llevar a cabo el control gubernamental y de realizar servicios de control simultáneo y posterior.



*Resolución de Contraloría No. 308-2020-CG*

Lima, 22 OCT 2020

VISTOS:

Los Memorandos N° 000454-2020-CG/VCSGC, N° 000744-2020-CG/VCSGC, N° 000745-2020-CG/VCSGC, N° 000786-2020-CG/VCSGC y N° 000801-2020-CG/VCSGC, de la Vicecontraloría de Servicios de Control Gubernamental; el Memorando N° 002087-2020-CG/PLPREPI, de la Subgerencia de Planeamiento, Presupuesto y Programación de Inversiones; la Hoja Informativa N° 000165-2020-CG/PER, de la Subgerencia de Personal y Compensaciones; el Memorando N° 000967-2020-CG/GCH, de la Gerencia de Capital Humano; y, la Hoja Informativa N° 000309-2020-CG/GJN, de la Gerencia Jurídico Normativa de la Contraloría General de la República;

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, modificada por la Ley N° 30742, Ley de Fortalecimiento de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control, el Jefe del Órgano de Control Institucional (OCI) mantiene una vinculación de dependencia funcional y administrativa con la Contraloría General de la República, en su condición de ente técnico rector del Sistema, sujetándose a sus lineamientos y disposiciones.

Que, el artículo 19 de la citada Ley N° 27785, dispone que esta Entidad Fiscalizadora Superior, aplicando el principio de carácter técnico y especializado del control, designa a los Jefes de los OCI de las entidades sujetas a control, asimismo, establece que las entidades sujetas a control proporcionarán los medios necesarios para el ejercicio de la función de control en dichas entidades, de acuerdo con las disposiciones que sobre el particular dicte la Contraloría General.

Que, el literal b) del numeral 7.2.2 de la Directiva N° 007-2015-CG/PROCAL "Directiva de los Órganos de Control Institucional" cuya versión actualizada fue aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 353-2015-CG y modificada mediante Resoluciones de Contraloría N° 458-2015-CG y N° 209-2017-CG, en adelante la Directiva de los OCI, establece que las designaciones en el cargo de Jefe de OCI, se efectúan por designación directa del personal profesional de la Contraloría General de la República;

Que, el numeral 7.2.3 de la Directiva de los OCI establece que los Jefes de los OCI designados por la Contraloría General de la República, ejercerán sus funciones en las entidades por un periodo de tres (03) años, siendo que a su vez, por convenir a las necesidades del servicio y al interés institucional, podrán permanecer en la entidad por un periodo menor a los tres (03) años o, de ser el caso, prorrogar el periodo de designación hasta por un máximo de cinco (05) años;

Que, el numeral 7.2.4 de la Directiva de los OCI dispone que la designación de los Jefes de OCI termina por la ocurrencia de los hechos siguientes: a) Advertirse alguna situación sobrevenida que no le permitan continuar en el ejercicio del

CONTRALORÍA GENERAL



*Resolución de Contraloría No. 308-2020-CG*

5	DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION LORETO	ROVALINO PAREDES BETSY BETSABET	40846735
6	DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION SAN MARTIN - MOYOBAMBA	PEÑALOZA PALOMINO CESAR AUGUSTO	20116025
7	DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION TRUJILLO LA LIBERTAD	ESPARZA VELASQUEZ LADY ELIZABETH	18136684
8	DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO	RAMIREZ AGUIRRE DE LEVEAU EDELY MELISSA	42438061
9	DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN	INUMA TORRES JOSE ANTONIO	42864942
10	DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI	VITOR PANDURO MIRNA OLGA	00093125
11	EMPRESA MUNICIPAL DE MERCADOS S.A. - EMMSA	RIVERA HUAMAN RONAL ANTONIO	08607862
12	EMPRESA MUNICIPAL DE SERVICIO DE LIMPIEZA DEL CALLAO S.A. - ESLIMP	YUPANQUI TORRES ELVIA MARLENE	25749189
13	FONDO METROPOLITANO DE INVERSIONES - INVERMET	ALFARO BARZOLA ROSARIO BETTY	19854639
14	FONDO MUNICIPAL DE INVERSIONES DEL CALLAO S.A. - FINVERCALLAO	RODRIGUEZ MACEDO FIDEL RAFAEL	09891245
15	GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD	QUEZADA VARAS JORGE ALEXANDER	42723402
16	GERENCIA REGIONAL DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DE LAMBAYEQUE	BURGA LUDEÑA JORGE LUIS	42402704
17	GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	CHAVEZ VILLANUEVA GILBERTO	26636005
18	GOBIERNO REGIONAL LORETO	FLORES ROJAS NORBERTO ALONSO	41783221
19	GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN	BRAVO MORALES MARITZA AMERICA	41889184
20	HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO HUACHA CYON	MONTECOPA LA ALEJANDRA YSABEL	45860911
21	HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA CHACHAPOYAS	ALDANA MONJA TULIO CESAR	16745846
22	INSTITUTO CATASTRAL DE LIMA	MORON LARRU BETTY MARINA	25679352
23	INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION Y CAPACITACION DE TELECOMUNICACIONES - INICTEL UNI	OCHOA URIARTE FRANCISCO NICOLAS	40438689
24	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BARRANCO	CORNADO SANTIAGO CARLOS	08386609

**Figura 29.** Resolución de Contraloría n.º 308-2020-CG, de 22 de octubre de 2020 donde se designa Jefe de OCI en el Hospital.

De otra parte, con Resolución de Contraloría n.º 147-2021-CG de 15 de julio de 2021, el Contralor, dio por concluida la designación en el cargo de Jefe del Órgano de Control Institucional del Hospital, al señor Tulio César Aldana Monja, por lo que partir de dicha fecha, la entidad no cuenta con un OCI encargado de realizar servicios de control simultáneo, entre ellos el control concurrente que permita evaluar la ejecución de adquisiciones de bienes y servicios durante el proceso en curso a fin de adoptar a tiempo las acciones que correspondan.



**El Peruano**  
VIERNES 16 DE JULIO DE 2021

**LEGALES**

**ORGANISMOS AUTONOMOS**

**CONTRALORIA GENERAL**

**Designan Jefes de Organos de Control Institucional de diversas entidades**

**RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA N° 147-2021-CG**

Lima, 15 de julio de 2021

**VISTOS:**

Las Hojas Informativas N° 000016-2021-CG/VCS CG y N° 000017-2021-CG/VCS CG, y el Memorando N° 000649-2021-CG/VCS CG, de la Vicecontraloría de Servicios de Control Gubernamental; la Hoja Informativa N° 000175-2021-CG/PER, de la Subgerencia de Personal y Compensaciones; el Memorando N° 000562-2021-CG/GCH, de la Gerencia de Capital Humano; y la Hoja Informativa N° 000257-2021-CG/GJN, de la Gerencia Jurídica Normativa de la Contraloría General de la República;

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, modificada por la Ley N° 30742, Ley de Fortalecimiento de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control, el Jefe del Órgano de Control Institucional (OCI) mantiene una vinculación de dependencia funcional y administrativa con la Contraloría General de la República, en su condición de ente técnico rector del Sistema, sujetándose a sus lineamientos y disposiciones;

Que, el artículo 19 de la citada Ley N° 27785, dispone que esta Entidad Fiscalizadora Superior, aplicando el principio de carácter técnico y especializado del control, designa a los Jefes de los OCI de las entidades sujetas a control; asimismo, establece que las entidades sujetas a control proporcionarán los medios necesarios para el ejercicio de la función de control en dichas entidades, de acuerdo con las disposiciones que sobre el particular dicte la Contraloría General de la República;

Que, el numeral 7.1.3 de la Directiva N° 020-2020-CG/NORM "Directiva de los Organos de Control Institucional", aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 392-2020-CG, y modificada mediante Resolución de Contraloría N° 124-2021-CG;

dejar sin efecto la designación del Jefe de OCI de la Municipalidad Provincial de La Convención, al no haber asumido el cargo, no obstante haber sido designado mediante Resolución de Contraloría N° 281-2020-CG de fecha 07 de setiembre de 2020, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 08 de setiembre de 2020;

Que, a través de la Hoja Informativa N° 000175-2021-CG/PER, la Subgerencia de Personal y Compensaciones evalúa y sustenta la propuesta de conclusión y designación de Jefes de OCI, habiendo verificado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Clasificador de Cargos de la Contraloría General de la República, aprobado por Resolución de Contraloría N° 225-2020-CG, y demás disposiciones aplicables para dicho proceso;

Que, a través del Memorando N° 000562-2021-CG/GCH, la Gerencia de Capital Humano remite la Hoja Informativa N° 000175-2021-CG/PER, así como la relación final de las propuestas para la conclusión y designación de Jefes de OCI de entidades bajo el ámbito de control de diversas Gerencias Regionales de Control;

Que, de acuerdo a las consideraciones expuestas, y estando a lo informado por la Gerencia Jurídica Normativa mediante Hoja Informativa N° 000257-2021-CG/GJN, y a lo expuesto en la Hoja Informativa N° 000286-2021-CG/AJ, de la Subgerencia de Asesoría Jurídica, se considera jurídicamente viable la emisión de la Resolución de Contraloría que concluye y designa a diversos profesionales en el cargo de Jefes de OCI, disponiendo las acciones de personal necesarias, de conformidad con la propuesta presentada por la Vicecontraloría de Servicios de Control Gubernamental;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 32 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y sus modificaciones; y, conforme a lo dispuesto en la Directiva N° 020-2020-CG/NORM "Directiva de los Organos de Control Institucional", aprobada por Resolución de Contraloría N° 392-2020-CG, y modificada mediante Resolución de Contraloría N° 124-2021-CG;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Dar por concluida la designación en el cargo de Jefe del Órgano de Control Institucional de los profesionales que se detallan a continuación:

11	GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	MORI TORRES WIELAND VICTOR	02780296
12	GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA	PUEBLO ASTUJAMAN ELI WALTER	20074518
13	GOBIERNO REGIONAL JUNIN	SUAREZ CONDOR LUIS CESAR	07363826
14	GOBIERNO REGIONAL LIMA	BENITES CABRERA JUAN BENJAMIN	08103161
15	HOSPITAL DE APOYO DE IQUITOS CESAR GARAYAR	GUEVARA RIOS MARIA JULIA	05391962
16	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA	MENDOZA HUAMAN DIGNA SABINA	23249103
17	HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO HUACHO OYON	WONG COPAJA ALEJANDRA YSABEL	45880933
18	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	ALTAMIRANO DIAZ ANA BERTHA	18066408
19	HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO - HUANCICO	GALARZA ARANA GISELA FRANCISCA	70033911
20	HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA CHACHAPOYAS	ALDANA MONJA TULIO CESAR	16745846
21	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BELEN-MAYNAS	VELA TUESTA JANET ISABEL	41190028
22	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHALLHUACHO	TISOC GAMIO INES MERCEDES	41219300
23	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE EL TAMBO	PEREZ MINAYA ELMER LINDER	44643153
24	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE HUANCHACO	AGUINAGA CABALLERO JUAN EDUARDO	42039776
25	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN JUAN BAITISTA-MAYNAS-LORETO	BARRIA ROMERO LUIS	05365914
26	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SEBASTIAN	PILCO LAZARTE ROSAMARINA VALENTINA	70012800
27	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTIAGO-CUSCO	JIMENEZ FUENTES LIDIA	24004520
28	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE VICTOR LARCO HERRERA	COBIAN SALDAÑA NANCY IVONNE	18126417
29	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE YAULI-HUANCVELICA	CRUZ CASTRO YOLANDA	42374075

**Figura 30.** Resolución de Contraloría n.º 147-2021-CG de 15 de julio de 2021 donde se concluye la designación de Jefe de OCI en el Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.

En tal sentido, al no contar con un OCI en el Hospital, actualmente la Gerencia Regional de Control Amazonas de la Contraloría y el OCI del Gobierno Regional de Amazonas vienen realizando servicios de control simultáneo a través de las modalidades de control concurrente, visita de control y orientación de oficio.

**Implementación, monitoreo y análisis de acciones a partir del control concurrente.**

Durante el año 2020, el OCI del Gobierno Regional de Amazonas emitió tres (3) informes del servicio de control concurrente a la DIRESA Amazonas, entidad sujeta de control quien ejecutó el presupuesto para la contratación de servicios en el Hospital, según se detalla a continuación:

- Edificación de ambientes de usos múltiples, compra de monitor de funciones vitales, banco de medidores, red de distribución, además de otros activos en el EE,SS Hospital, departamento de Amazonas, Meta 01: Infraestructura.
- Construcción de ambientes de usos múltiples, compra de monitor de funciones vitales, banco de medidores, red de distribución, además de otros activos en el EE.SS. Hospital Regional Virgen de Fátima, Meta 01: Infraestructura - Hito de control n.º 2: Prestación adicional de obra.
- Construcción de ambientes de usos múltiples, compra de monitor de funciones vitales, banco de medidores, red de distribución, además de otros activos en el EE.SS. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas, departamento de Amazonas, meta 01: Infraestructura - Hito de control n.º 1: Procedimiento de contratación y ejecución contractual de la obra.

Así también en el año 2020, la Gerencia Regional de Control Amazonas de la Contraloría, emitió cuatro (4) informes de control concurrente a la DIRESA Amazonas, entidad sujeta de control quien ejecutó el presupuesto para la contratación de servicios en el Hospital, según se detalla a continuación:

- Adquisición del generador de oxígeno medicinal para el EE.SS. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas, en el marco de la Emergencia Nacional por el COVID-19.
- Construcción de ambientes de usos múltiples, adquisición de monitor de funciones vitales, banco de medidores, red de distribución, además de otros activos en el EE.SS. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas, departamento de Amazonas – equipamiento.

- Adquisición del generador de oxígeno medicinal en el EE.SS. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas, en el marco de la Emergencia Nacional por el COVID-19.

Además, en el año 2021, la Gerencia Regional de Control Amazonas de la Contraloría General de la República, emitió dos (2) informes del servicio de control concurrente al Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, entidad sujeta de control, según se detalla a continuación:

- Aplicación de vacunas, manejo de residuos y seguimiento a eventos posteriores a la vacunación (COVID-19).

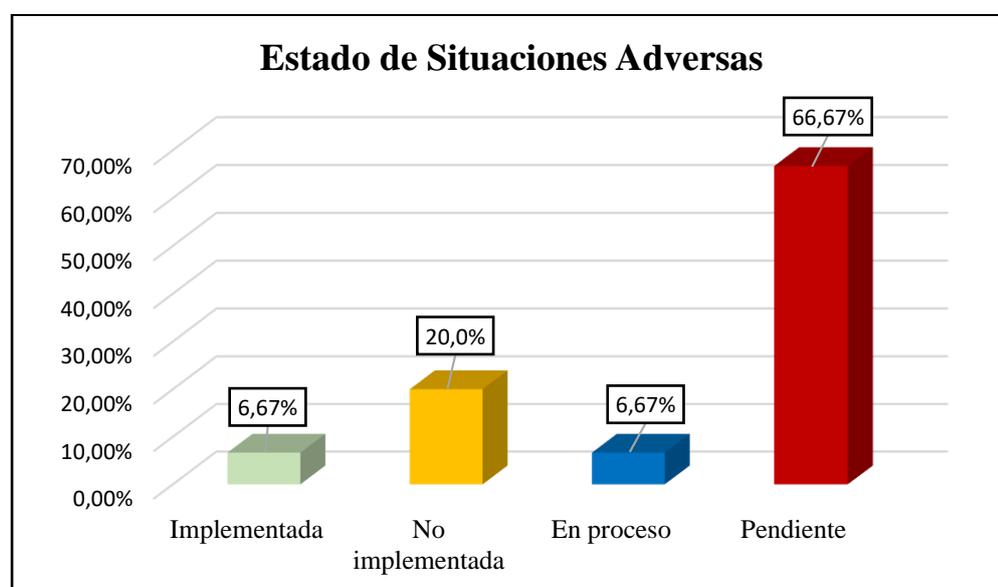
En tal sentido, los citados resultados de control concurrente contienen situaciones adversas que compete al responsable de la entidad o a quien designe como responsable a fin de elaborar un Planeamiento de Acción para la implementación de las actividades correctivas y preventivas en relación a los hechos adversos que se han identificado e informados en el informe. El tiempo máximo para la implantación del planeamiento de acción es de tres meses. El monitoreo y análisis de la implementación de las actividades correctivas y preventivas incluidas en el planeamiento de acción, se halla como responsable al Jefe de OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas.

Además, es importante indicar que el titular de la entidad comunica al OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas, en un tiempo no mayor de cinco días útiles, las acciones correctivas y preventivas implementadas, adjuntando la evidencia respectiva. No obstante, de la información enviada en relación de las actividades adoptadas, el responsable de la entidad comunica al OCI, de manera acumulativa y trimestral, sobre los avances en la implementación de las actividades correctivas o preventivas que forman parte del plan de acción de la institución.

En un tiempo máximo de tres días útiles de forma posterior a la aceptación del planeamiento de acción o de la información enviada por la institución en relación a las actividades adoptadas, el órgano de control analiza la documentación recepcionada como evidencia de las citadas actividades correctiva y preventivas adoptadas e ingresa el estado de su implementación en el sistema informático de la CGR, registrando el estado actual, conforme se muestra en la Tabla:

**Tabla 31.** Reporte del estado de situaciones adversas de los informes de control concurrente

Año de emisión	N° de Informe	Total de situaciones adversas	Estado de la situación adversa				No aplicable	Desestimada
			Implementada	No implementada	En proceso	Pendiente		
2020	028-2020-OCI/5331-SCC	1		1				
	6733-2020-CG/GRAM-SCC	1				1		
	026-2020-OCI/5331-SCC	1		1				
	6573-2020-CG/GRAM-SCC	4				4		
	6357-2020-CG/GRAM-SCC	2				2		
	6205-2020-CG/GRAM-SCC	2				2		
	021-2020-OCI/5331-SCC	4	1	1	1	1		
	10496-2021-CG/GRAM-SCC	0						
	2021	5157-2021-CG/GRAM-SCC	0					
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>%</b>		<b>100%</b>	<b>6.67%</b>	<b>20.00%</b>	<b>6.67%</b>	<b>66.67%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Figura 31.** Reporte del Estado de Situaciones Adversas obtenido del sistema informático de la Contraloría.

Conforme se muestra en la Tabla 31 y en la Figura 31, se aprecia que el OCI del Gobierno Regional de Amazonas y la Gerencia Regional de Control Amazonas emitieron nueve (9) informes del servicio de control concurrente durante los años 2020 y 2021 conteniendo un total de 15 situaciones adversas, siendo que la entidad mantiene (10) situaciones adversas en estado de “Pendiente” que representa el 66.67%, es decir no ha iniciado la implementación de la acción preventiva o correctiva incluida en el Plan de Acción; así como tres (3) situaciones adversas que representa el 20% en estado de “No Implementada” por lo que no ha cumplido con realizar la acción preventiva o

correctiva incluida en el Plan de Acción, y la oportunidad para su realización ha culminado definitivamente. Además, una (1) situación adversa que representa el 6.67% en estado de “Implementada” y una situación adversa (1) que representa el 6.67% en estado de “En Proceso”, es decir el Hospital ha tomado medidas y aún no ha finalizado con la implementación de la acción correctiva o preventiva contenida en el Plan de Acción.

### C. Evaluación de la gestión pública del Hospital

#### Resultados de la encuesta:

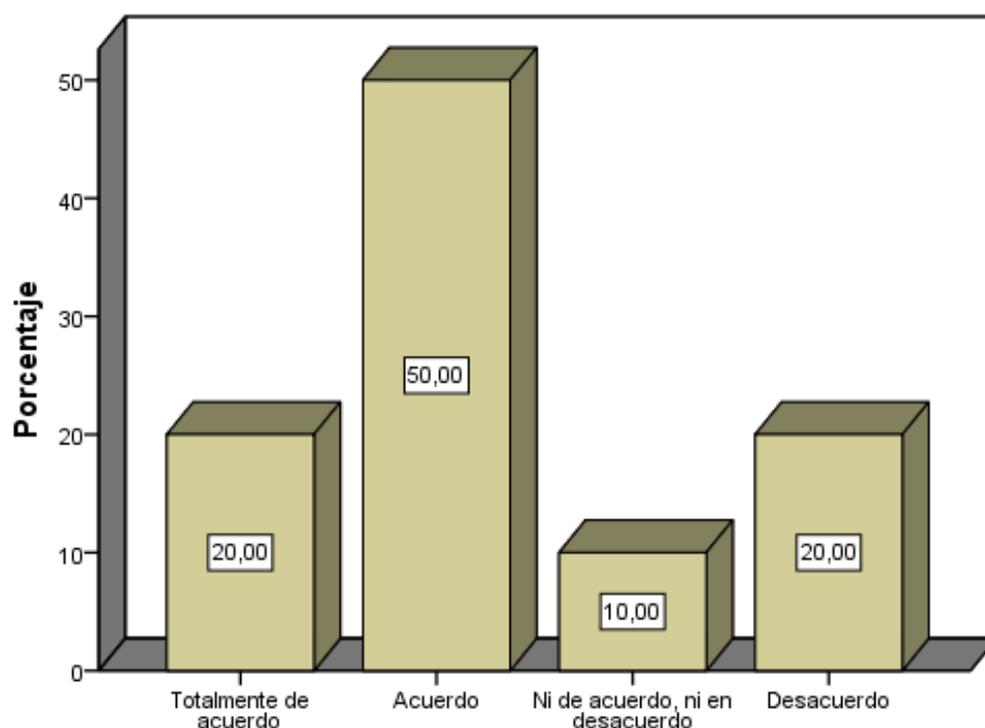
Con el objeto de recabar información del segundo objetivo y de las cinco (5) dimensiones, se desarrolló un cuestionario Likert de cinco escalas enfocado a 10 funcionarios públicos del Hospital, a fin de analizar el nivel de percepción, conocimientos y actitudes acerca de la gestión pública de la entidad durante el periodo 2021. A continuación, se muestran los resultados por cada dimensión:

#### Dimensión 1: Desarrollo Institucional

**Tabla 32.**

*El Hospital cuenta con un Plan Operativo Institucional Anual para monitorear y evaluar las actividades*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Totalmente de acuerdo	2	20,0	20,0	20,0
Acuerdo	5	50,0	50,0	70,0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	10,0	10,0	80,0
Desacuerdo	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



**Figura 32.** El Hospital cuenta con un Plan Operativo Institucional Anual para monitorear y evaluar las actividades

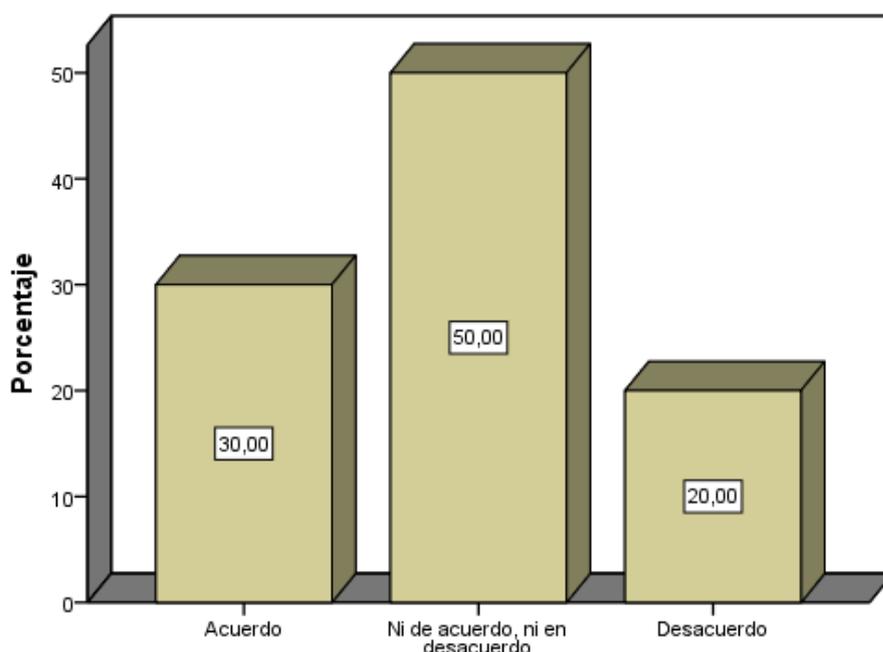
### Descripción:

El 70% de los funcionarios públicos indicaron que el Hospital cuenta con un plan operativo anual (POI) que se usa para monitorear y evaluar las actividades, basado en un Plan Estratégico de 5 años; sin embargo, el 30% de los encuestados, desconocen de la implementación de este documento de Gestión, el cual define el plan de actividades operativas para el año fiscal a fin de posibilitar un manejo eficiente del presupuesto, dicho documento fue aprobado mediante Resolución Directoral n.º 046-2021-GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE, de 3 de febrero de 2021, para el año 2020.

**Tabla 33.**

*La adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Acuerdo	3	30,0	30,0	30,0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	50,0	50,0	80,0
Desacuerdo	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



**Figura 33.** La adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones.

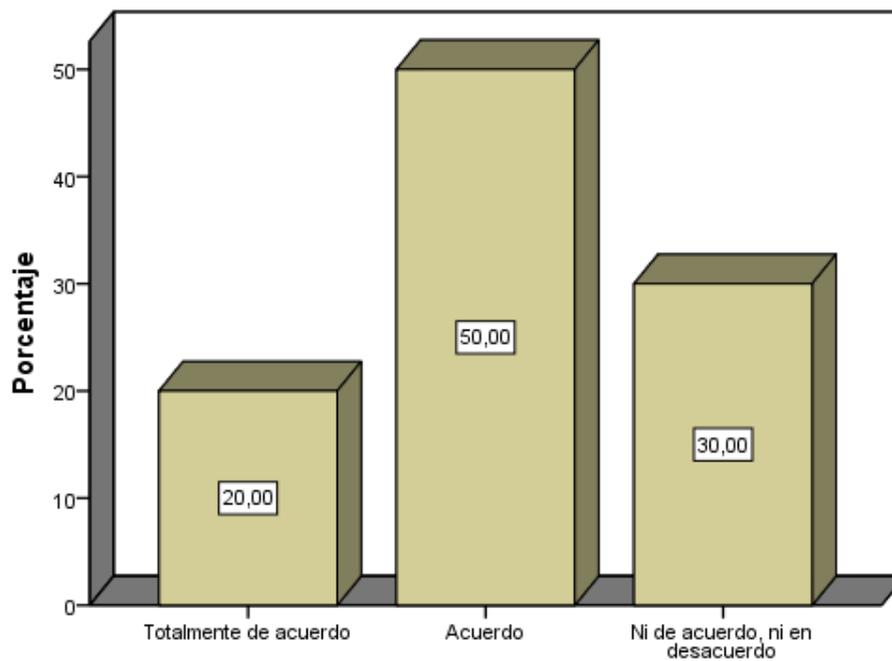
#### **Descripción:**

Sólo el 30% de los funcionarios públicos indicaron que la compra de bienes y prestación de servicios que se realizó en el Hospital, se ejecutaron en relación al plan anual de contrataciones del período 2020; asimismo, el 50% no afirma, ni confirma dicha acción; advirtiéndose, la falta de evaluación y seguimiento a la ejecución del plan anual de contrataciones del año 2020. Finalmente, el 20% de los funcionarios indicaron que dichas adquisiciones no se realizaron conforme al plan anual de contrataciones; desconociendo si estas fueron incluidas en el plan anual de contrataciones posterior a su aprobación.

**Tabla 34.**

*El personal de la entidad que cuenta con varios años de experiencia es frecuentemente capacitado*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Totalmente de acuerdo	2	20,0	20,0	20,0
Acuerdo	5	50,0	50,0	70,0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	30,0	30,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



**Figura 34.** El personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado.

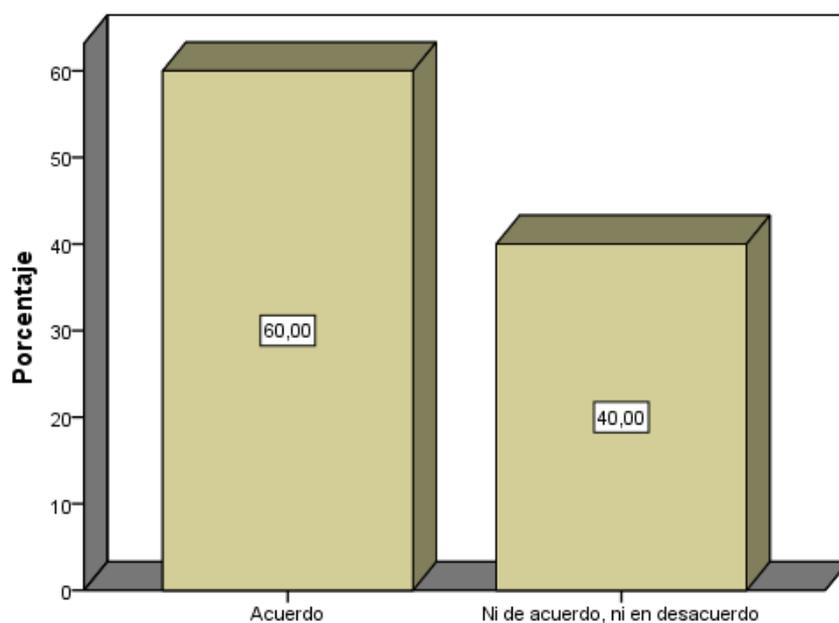
#### **Descripción:**

El 70% de funcionarios públicos afirmaron que el personal del Hospital cuenta con varios años de experiencia y viene siendo capacitado de forma frecuente y el 30% dieron una respuesta neutral (indiferente).

**Tabla 35.**

*El hospital cuenta con varios sistemas informáticos implementados*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Acuerdo	6	60,0	60,0	60,0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	40,0	40,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	



**Figura 35.** El hospital cuenta con varios sistemas informáticos implementados

### Descripción:

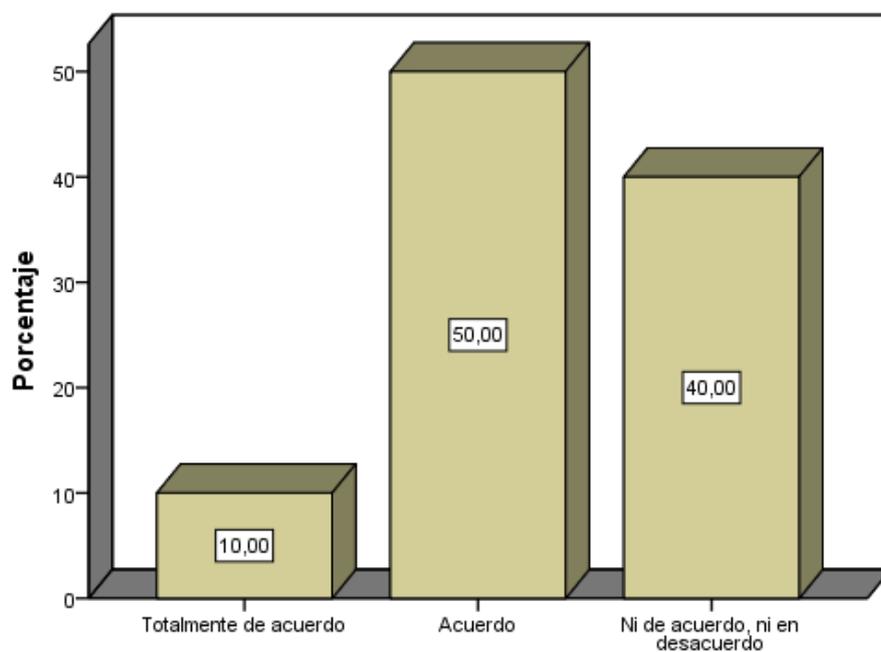
El 60% de los encuestados manifestaron estar de acuerdo que el Hospital cuenta hoy en día con varios sistemas mecanizados debidamente implementados. Cabe señalar que la entidad cuenta con el SIAF y el SIGA, sistemas informáticos con el cual trabajan la mayor parte de las unidades orgánicas de la entidad.

### Dimensión 2: Finanzas Públicas

**Tabla 36.**

*Los ingresos que se recauda por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente.*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	1	10	10	10
	Acuerdo	5	50	50	60
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	40	40	100
	Total	10	100	100	



**Figura 36.** Los ingresos que se recauda por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente.

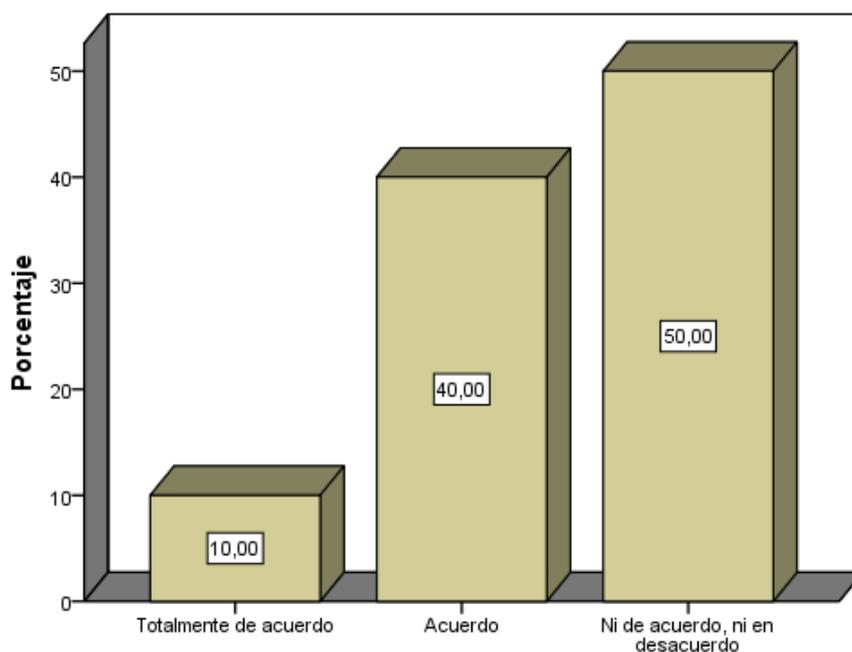
#### **Descripción:**

El 60% de encuestados indicaron que los ingresos recaudados a través de la fuente de financiamiento de recursos ordinarios, recursos directamente recaudados recursos por operaciones oficiales de crédito y donaciones y transferencias son administrados de manera eficiente; no obstante, el 40% indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo con dicha afirmación; advirtiéndose, la falta de transparencia en la información proporcionada a todos los funcionarios de la entidad y público en general.

**Tabla 37.**

*Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	1	10,0	10,0	10,0
	Acuerdo	4	40,0	40,0	50,0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



**Figura 37.** Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital

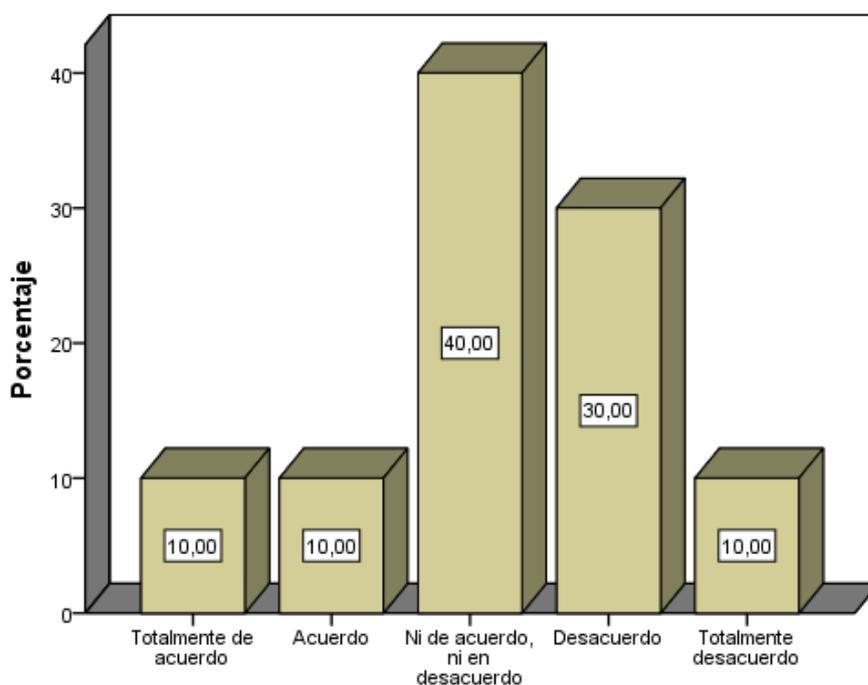
#### Descripción:

El 50% de encuestados manifestaron estar de acuerdo respecto a que en el Hospital existe eficiencia en la ejecución del gasto público, es decir perciben que existe una buena capacidad de manejo de presupuesto, un adecuado análisis financiero para la ejecución del gasto, entre otros; no obstante, el 50% restante indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo. Cabe señalar que, en el año 2020, la eficiencia del gasto en la entidad fue de 97% y en el presente año, el porcentaje de eficiencia representa un 79.20%, conforme se evidencia en el portal de transparencia de la entidad.

**Tabla 38.**

*El Hospital cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos				
Totalmente de acuerdo	1	10	10	10
Acuerdo	1	10	10	20
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	40	40	60
Desacuerdo	3	30	30	90
Totalmente desacuerdo	1	10	10	100
Total	10	100	100	



**Figura 38.** El Hospital cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total

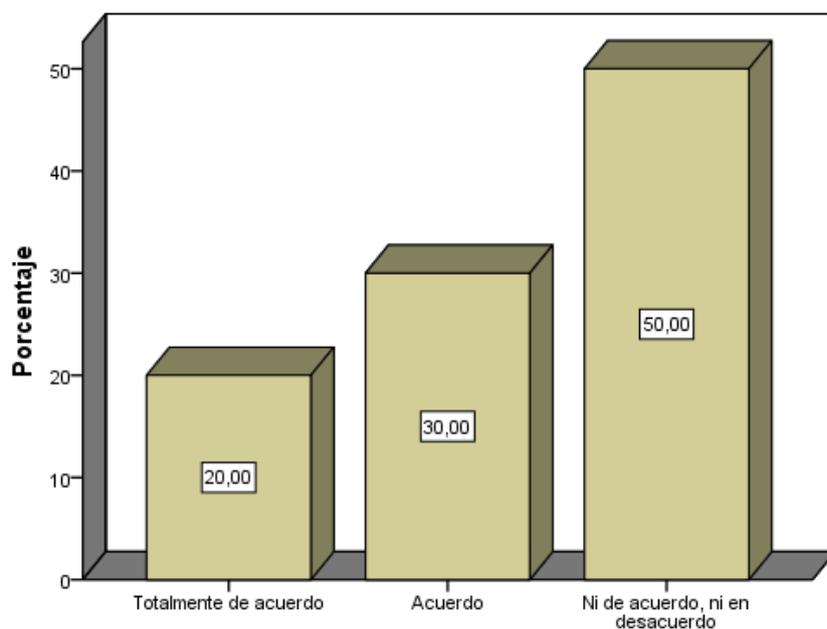
### Descripción:

El 20% de encuestados manifestaron tener conocimiento respecto a que la entidad cuenta con deuda bancaria que excede el ingreso total; mientras que otro grupo de funcionarios que corresponde al 40% mostraron una posición neutra y el 40% restante indicaron estar en desacuerdo con relación a dicha afirmación planteada en el cuestionario; advirtiéndose, la falta de transparencia en la información proporcionada a todos los funcionarios de la entidad para la toma de decisiones.

**Tabla 39.**

*Se cuenta con información financiera oportuna y confiable*

		Frecuencia	%	%	%
				válido	acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	2	20,0	20,0	20,0
	Acuerdo	3	30,0	30,0	50,0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



**Figura 39.** Se cuenta con información financiera oportuna y confiable

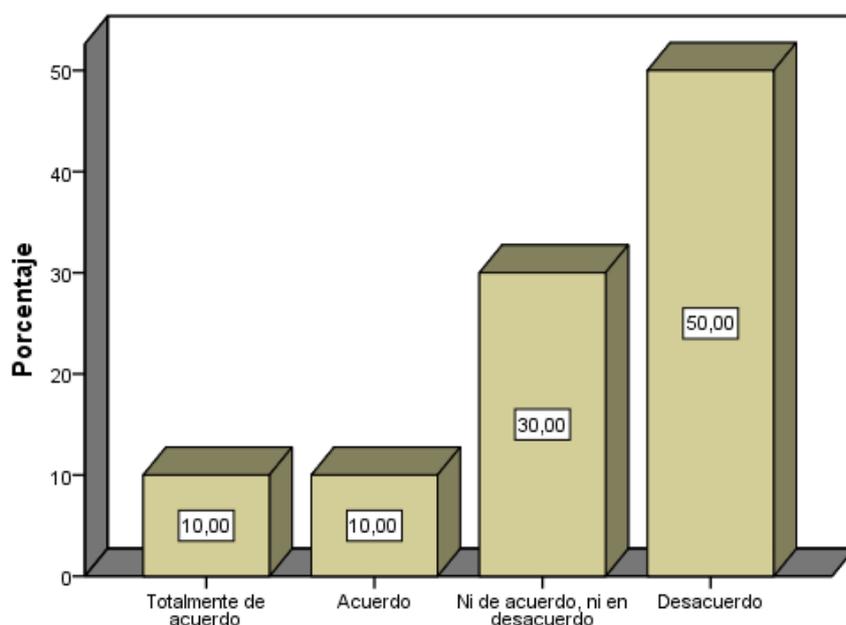
### Descripción:

La mitad del número de encuestados indicaron estar de acuerdo en que la información que maneja el área de contabilidad, así como el área de planeamiento y presupuesto respecto a aspectos financiero, presupuestal, económico y patrimonial de la entidad resulta ser confiable, mientras que la otra mitad (50%) mencionaron no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

**Tabla 40.**

*Se difunde en la página web institucional la información financiera y presupuestal del Hospital*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	1	10	10	10
	Acuerdo	1	10	10	20
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	30	30	50
	Desacuerdo	5	50	50	100
Total		10	100	100	



**Figura 40.** Se difunde en la página web institucional la información financiera y presupuestal del Hospital

### Descripción:

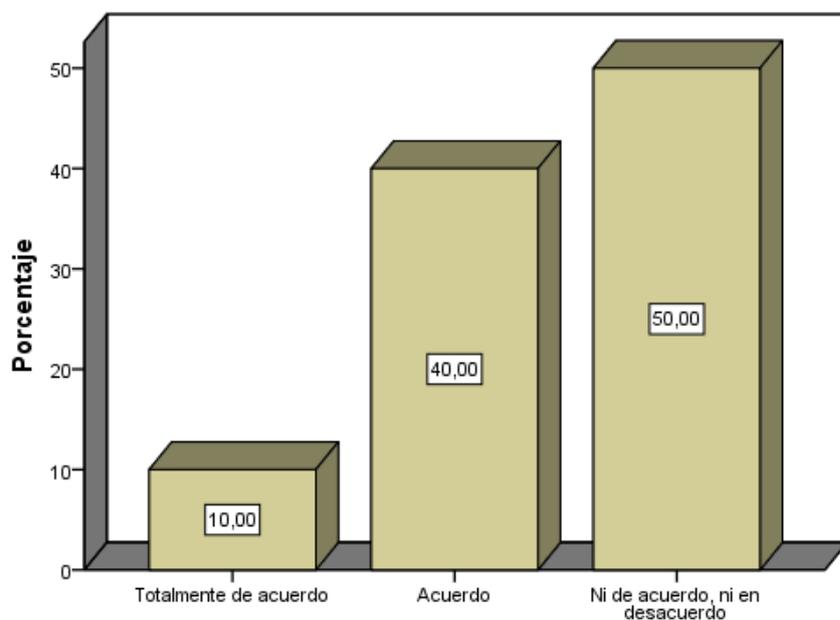
Solo el 20% de funcionarios afirmó que la información financiera y presupuestal del Hospital se difunde en la página web de la entidad, mientras que el 30% indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo y el 50% restante manifestaron que no se publica dicha información. Al respecto, se revisó en la página web de la entidad, comprobándose que se encuentra publicada información presupuestal de los años 2020 y 2021 mas no se evidencia información financiera.

### Dimensión 3: Servicios y Proyectos

**Tabla 41.**

*La ciudadanía es beneficiada con servicios de óptima calidad en cuanto atención de salud brindados por el Hospital*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos				
	Totalmente de acuerdo	1	10	10
	Acuerdo	4	40	50
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	50	100
	Total	10	100	



**Figura 41.** La ciudadanía es beneficiada con servicios de óptima calidad en cuanto atención de salud brindados por el Hospital

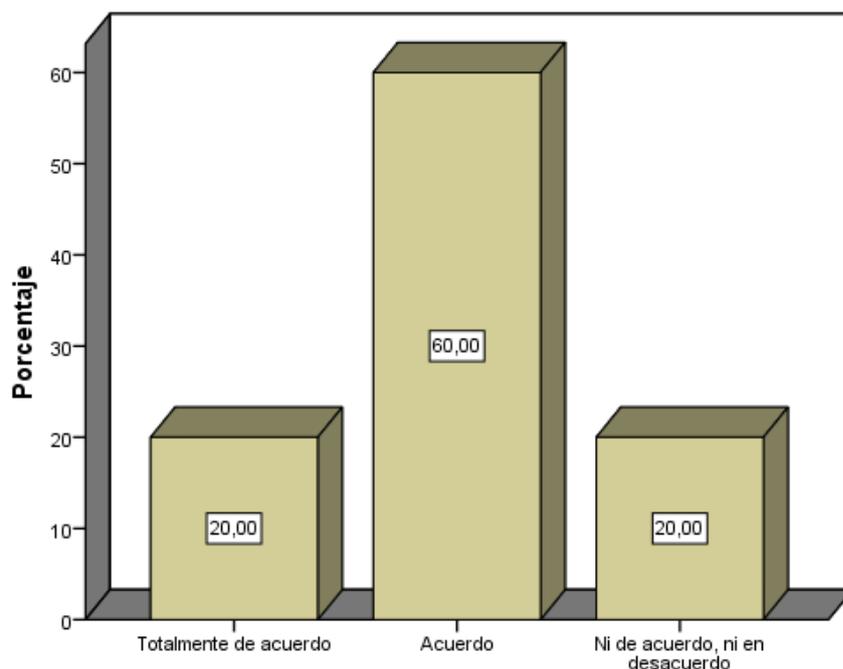
**Descripción:**

El 50% de encuestados manifestaron su conformidad respecto a que la población si viene siendo beneficiada con servicios de calidad en atención de salud que brinda el Hospital, mientras que el 50% restante indicaron no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

**Tabla 42.**

*Funciona un mecanismo de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Totalmente de acuerdo	2	20	20	20
Acuerdo	6	60	60	80
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	20	20	100
Total	10	100	100	



**Figura 42.** Existe un mecanismo institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios

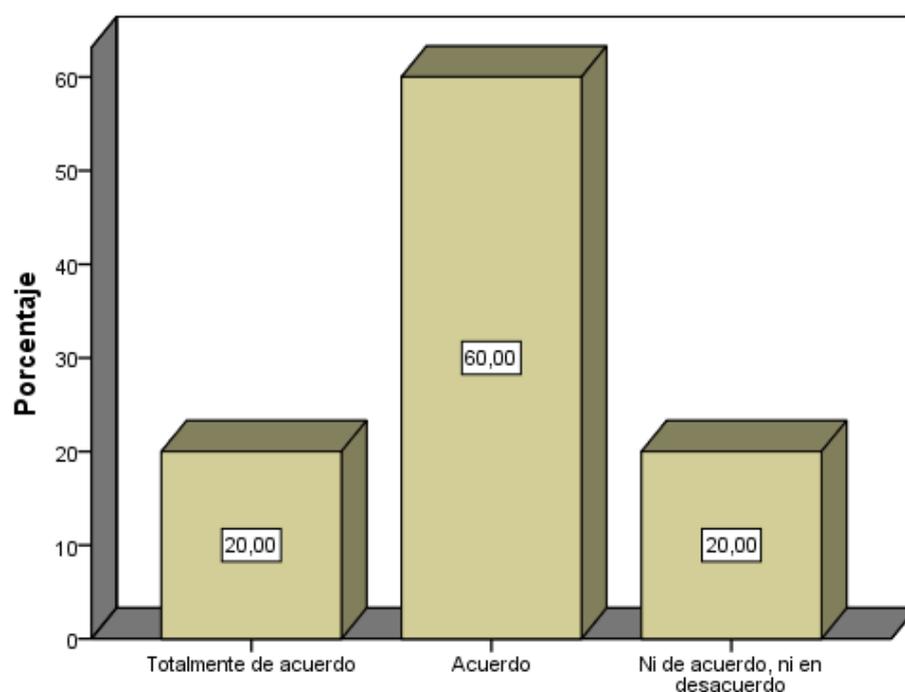
### Descripción:

El 80% de funcionarios encuestados mencionaron que existe y viene funcionando un proceso institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios, es decir existe un módulo de la Superintendencia Nacional de Salud –SUSALUD, institución que forma parte al Ministerio de Salud, que se encarga de velar los derechos en temas de salud de cada usuario en el cual destina sus actividades a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional.

**Tabla 43.**

*Se aplica la normativa legal vigente para la atención de servicios de salud*

		Frecuencia	%	%	%
				válido	acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	2	20	20	20
	Acuerdo	6	60	60	80
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 43.** Se aplica la normativa legal vigente para la atención de servicios de salud

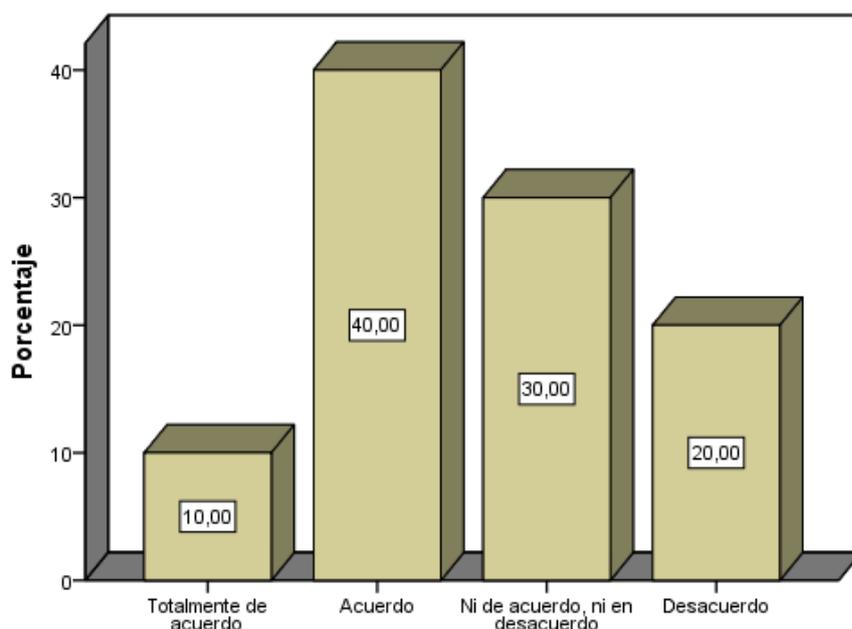
#### **Descripción:**

El 80% de funcionarios afirmó que se aplica la normativa legal vigente para la atención de servicios de salud y el 20% restante indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

**Tabla 44.**

*Existe responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Totalmente de acuerdo	1	10	10	10
Acuerdo	4	40	40	50
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	30	30	80
Desacuerdo	2	20	20	100
Total	10	100	100	



**Figura 44.** Existe responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital

#### Descripción:

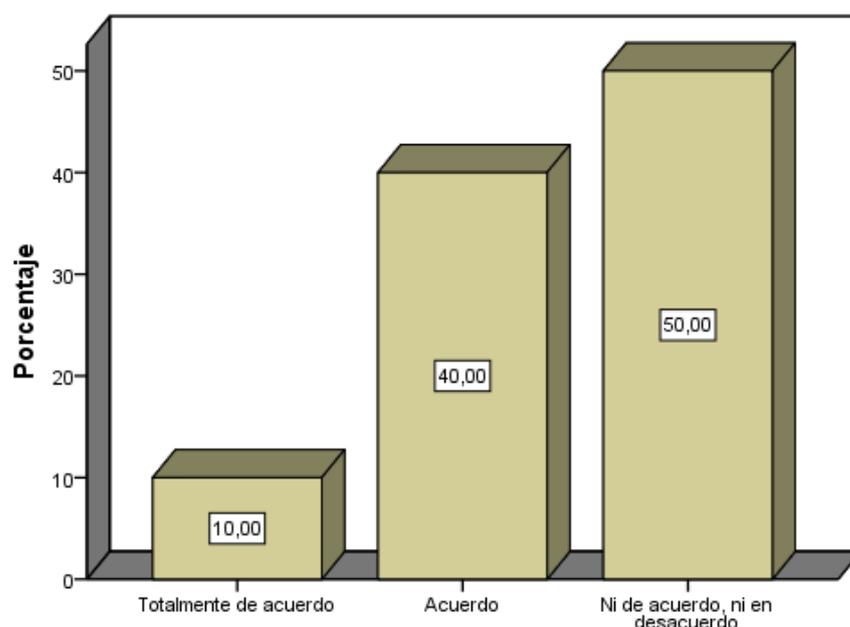
El 50% de funcionarios encuestados indicaron que existe un responsable, quien realiza seguimiento a la ejecución de los servicios de salud que brinda el Hospital; sin embargo, la otra mitad de encuestados indicaron lo contrario. En ese sentido, se indagó en el Hospital respecto a ese punto, determinándose que no existe una persona quien se encargue de manera exclusiva de dar seguimiento oportuno respecto a la realización de cada servicio que brinda el Hospital.

#### Dimensión 4: Gobernabilidad Democrática

**Tabla 45.**

*Se permite acceso a la población sobre información importante de la gestión del Hospital*

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos Totalmente de acuerdo	1	10	10	10
Acuerdo	4	40	40	50
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	50	50	100
Total	10	100	100	



**Figura 45.** Se permite acceso a la población sobre información importante de la gestión del Hospital

**Descripción:**

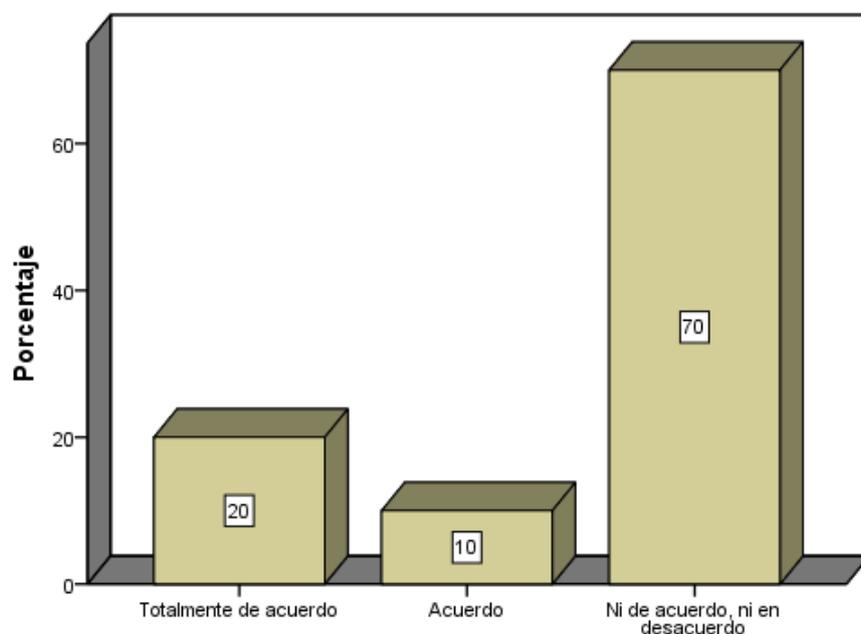
El 50% de encuestados indicaron que se comunica a la ciudadanía sobre datos relevantes de la gestión del Hospital, el mismo que se viene realizando a través de la página web de la entidad, así como en la publicación de periódicos murales. De otra parte, el 50% indicó desconocer acerca de dicha afirmación.

**Dimensión 5: Desarrollo Económico y Social**

**Tabla 46.**

*El hospital viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	2	20	20,0	20,0
	Acuerdo	1	10	10,0	30,0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	70	70,0	100,0
	Total	10	100	100,0	



**Figura 46.** El hospital viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos

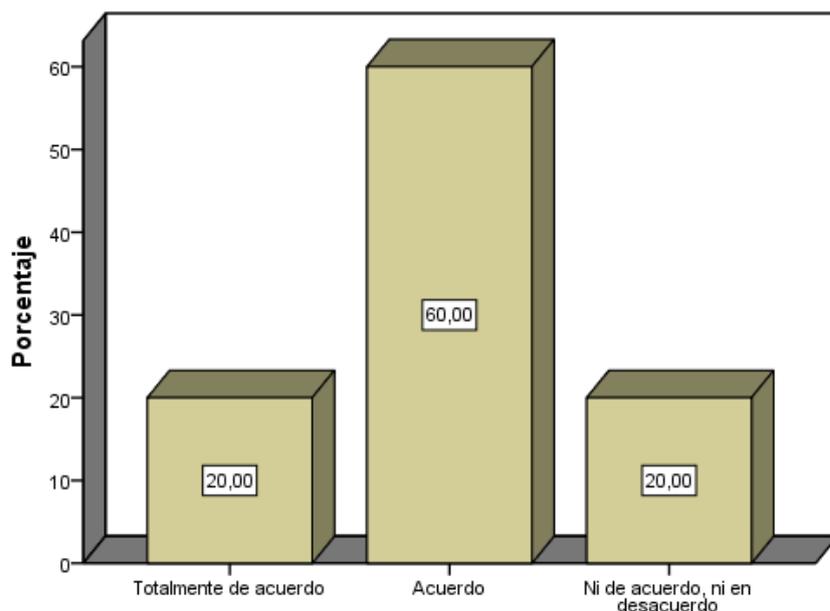
#### **Descripción:**

El 70% de funcionarios muestra una posición neutra respecto a la afirmación de que el hospital es eficiente, eficaz y aplica la economía en el manejo de los recursos público; no obstante, existe un 30% que indicó estar de acuerdo.

**Tabla 47.**

*La actual gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población*

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	Totalmente de acuerdo	2	20	20	20
	Acuerdo	6	60	60	80
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	2	20	20	100
	Total	10	100	100	



**Figura 47.** La actual gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población

**Descripción:**

En su gran mayoría, es decir el 80% de funcionarios manifestó que la actual gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la ciudadanía, mientras que el 20% indicó una posición neutral.

**Como resultado de la aplicación de cuestionario a la variable Gestión Pública, se obtuvo lo siguiente:**

	<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Válidos</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
	<b>De acuerdo</b>	<b>4</b>	<b>40</b>
	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>30</b>
	<b>En desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
		<b>Total</b>	<b>10</b>

El 10% de los encuestados refieren estar totalmente de acuerdo y el 40% manifiestan estar de acuerdo con la gestión pública desarrollada en el Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas.

### **Resultado del análisis documental:**

Con relación a la dimensión de desarrollo institucional, se realizó la verificación del portal web del Hospital a fin de evaluar la gestión de la entidad respecto a las dimensiones de desarrollo institucional, finanzas públicas, servicios y proyectos, gobernabilidad democrática y desarrollo económico y social, cuyos resultados se muestran a continuación:

Se evidenció la publicación de los principales documentos de gestión, tales como el ROF del año 2013, Organigrama, MOF asistencial y administrativo del año 2007, CAP del año 2014, TUPA del año 2010 y Reglamento Interno de Trabajo, así como el Plan Operativo Institucional (POI) del año 2014; comprobándose que dichos documentos datan de más de 10 años de antigüedad, siendo necesario su actualización.



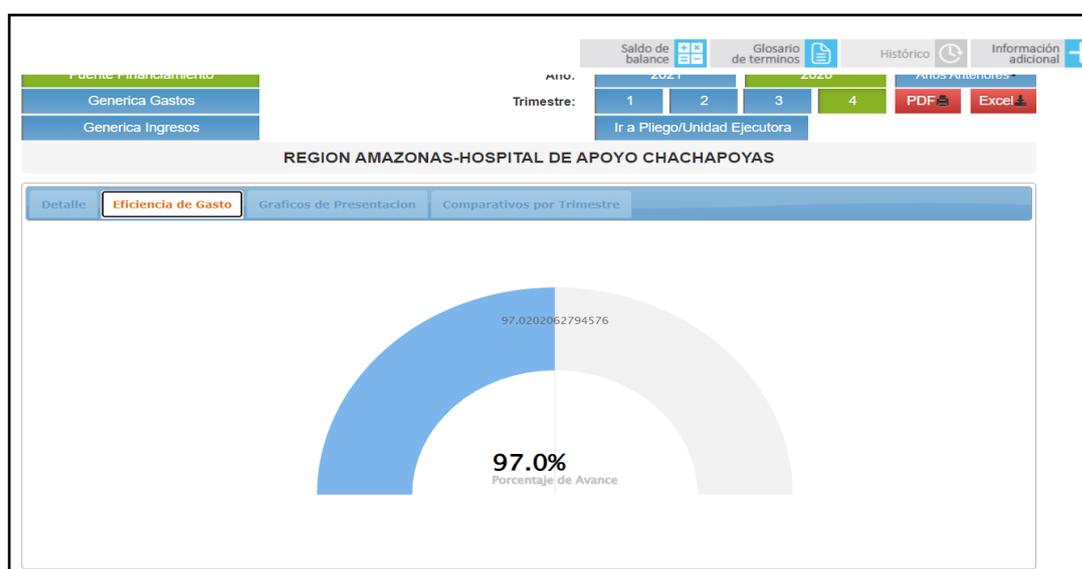
**Figura 48.** Instrumentos de gestión y planes y políticas publicados en la página web de la entidad.

Asimismo, con relación a la dimensión de Finanzas Públicas, se verificó que, durante el año 2020, el presupuesto asignado fue de S/ 34,477,500.00, cuya ejecución total fue de

S/ 33,450,142.00 con un avance de ejecución del gasto en un 97% (ver Figura 49 y 50), determinándose que la gestión de la entidad por parte del titular de la entidad y funcionarios públicos es aceptable, y de acuerdo al cuestionario realizado a los funcionarios respecto a la interrogante de *¿ Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital?*, el 50% de encuestados manifestaron estar de acuerdo respecto a que en el Hospital existe eficiencia en la ejecución del gasto público, es decir perciben que existe una buena capacidad de manejo de presupuesto, un adecuado análisis financiero para la ejecución del gasto, entre otros; no obstante, el 50% restante indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

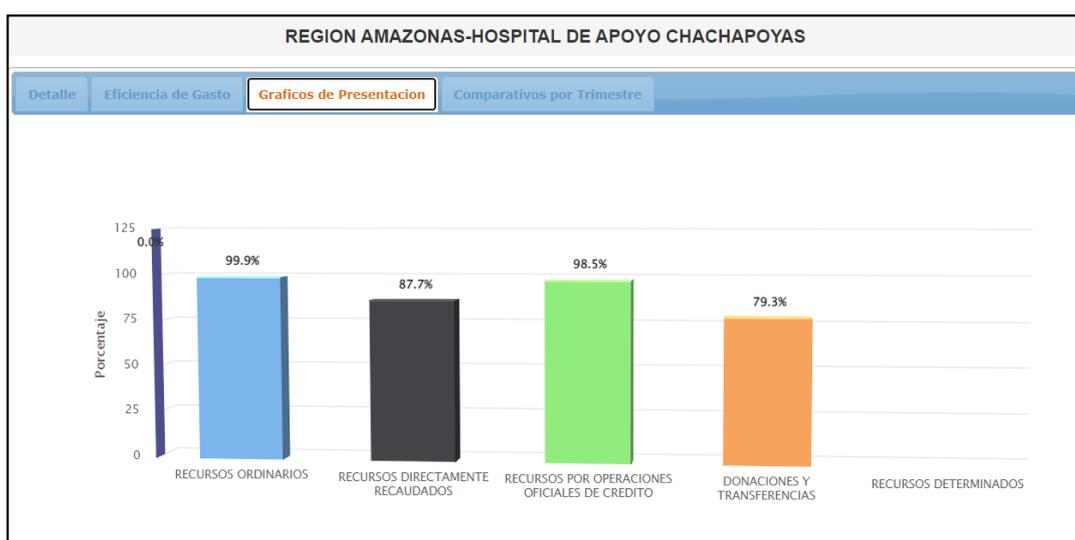
Fuente Financiamiento		Año:		2021		2020		Años Anteriores																																																																																																																	
Generica Gastos		Trimestre:		1	2	3	4	PDF	Excel																																																																																																																
Generica Ingresos		Ir a Pliego/Unidad Ejecutora																																																																																																																							
<b>REGION AMAZONAS-HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS</b>																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Detalle</th> <th>Presupuesto Institucional de Apertura (1)</th> <th>Presupuesto Institucional Modificado (2)</th> <th>Ejecucion al Trimestre Anterior (3)</th> <th>Ejecucion al Trimestre (4)</th> <th>Ejeción Total (5)=(3)+(4)</th> <th>Saldo (6)=(2)-(5)</th> <th>Avance % (7)=(5)/(2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>1. RECURSOS ORDINARIOS</b></td> <td>18,961,923</td> <td>25,658,579</td> <td>18,472,780</td> <td>7,165,659</td> <td>25,638,439</td> <td>20,140</td> <td>99.9</td> </tr> <tr> <td><b>2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS</b></td> <td>889,707</td> <td>971,451</td> <td>460,968</td> <td>391,016</td> <td>851,984</td> <td>119,467</td> <td>87.7</td> </tr> <tr> <td><b>3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO</b></td> <td>0</td> <td>3,823,776</td> <td>219,600</td> <td>3,548,086</td> <td>3,767,686</td> <td>56,090</td> <td>98.5</td> </tr> <tr> <td><b>4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS</b></td> <td>33,627</td> <td>4,023,694</td> <td>1,609,992</td> <td>1,582,041</td> <td>3,192,032</td> <td>831,662</td> <td>79.3</td> </tr> <tr> <td><b>5. RECURSOS DETERMINADOS</b></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUANAS Y PARTICIPACIONES</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- IMPUESTOS MUNICIPALES</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- FONDO DE COMPENSACION MUNICIPAL</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- CONTRIBUCIONES A FONDOS</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- PARTICIPACION EN RENTAS DE ADUANAS</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td>- CANON, SOBRECANON, REGALIAS Y PARTICIPACIONES</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td><b>SUB - TOTAL DE RECURSOS DETERMINADOS:</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>0.0</b></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL:</b></td> <td><b>19,885,257</b></td> <td><b>34,477,500</b></td> <td><b>20,763,340</b></td> <td><b>12,686,802</b></td> <td><b>33,450,142</b></td> <td><b>1,027,358</b></td> <td><b>97.0</b></td> </tr> </tbody> </table>										Detalle	Presupuesto Institucional de Apertura (1)	Presupuesto Institucional Modificado (2)	Ejecucion al Trimestre Anterior (3)	Ejecucion al Trimestre (4)	Ejeción Total (5)=(3)+(4)	Saldo (6)=(2)-(5)	Avance % (7)=(5)/(2)	<b>1. RECURSOS ORDINARIOS</b>	18,961,923	25,658,579	18,472,780	7,165,659	25,638,439	20,140	99.9	<b>2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS</b>	889,707	971,451	460,968	391,016	851,984	119,467	87.7	<b>3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO</b>	0	3,823,776	219,600	3,548,086	3,767,686	56,090	98.5	<b>4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS</b>	33,627	4,023,694	1,609,992	1,582,041	3,192,032	831,662	79.3	<b>5. RECURSOS DETERMINADOS</b>	0	0	0	0	0	0	0.0	- CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUANAS Y PARTICIPACIONES	0	0	0	0	0	0	0.0	- IMPUESTOS MUNICIPALES	0	0	0	0	0	0	0.0	- FONDO DE COMPENSACION MUNICIPAL	0	0	0	0	0	0	0.0	- CONTRIBUCIONES A FONDOS	0	0	0	0	0	0	0.0	- PARTICIPACION EN RENTAS DE ADUANAS	0	0	0	0	0	0	0.0	- CANON, SOBRECANON, REGALIAS Y PARTICIPACIONES	0	0	0	0	0	0	0.0	<b>SUB - TOTAL DE RECURSOS DETERMINADOS:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>19,885,257</b>	<b>34,477,500</b>	<b>20,763,340</b>	<b>12,686,802</b>	<b>33,450,142</b>	<b>1,027,358</b>	<b>97.0</b>
Detalle	Presupuesto Institucional de Apertura (1)	Presupuesto Institucional Modificado (2)	Ejecucion al Trimestre Anterior (3)	Ejecucion al Trimestre (4)	Ejeción Total (5)=(3)+(4)	Saldo (6)=(2)-(5)	Avance % (7)=(5)/(2)																																																																																																																		
<b>1. RECURSOS ORDINARIOS</b>	18,961,923	25,658,579	18,472,780	7,165,659	25,638,439	20,140	99.9																																																																																																																		
<b>2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS</b>	889,707	971,451	460,968	391,016	851,984	119,467	87.7																																																																																																																		
<b>3. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO</b>	0	3,823,776	219,600	3,548,086	3,767,686	56,090	98.5																																																																																																																		
<b>4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS</b>	33,627	4,023,694	1,609,992	1,582,041	3,192,032	831,662	79.3																																																																																																																		
<b>5. RECURSOS DETERMINADOS</b>	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- CANON Y SOBRECANON, REGALIAS, RENTA DE ADUANAS Y PARTICIPACIONES	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- IMPUESTOS MUNICIPALES	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- FONDO DE COMPENSACION MUNICIPAL	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- CONTRIBUCIONES A FONDOS	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- PARTICIPACION EN RENTAS DE ADUANAS	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
- CANON, SOBRECANON, REGALIAS Y PARTICIPACIONES	0	0	0	0	0	0	0.0																																																																																																																		
<b>SUB - TOTAL DE RECURSOS DETERMINADOS:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>																																																																																																																		
<b>TOTAL:</b>	<b>19,885,257</b>	<b>34,477,500</b>	<b>20,763,340</b>	<b>12,686,802</b>	<b>33,450,142</b>	<b>1,027,358</b>	<b>97.0</b>																																																																																																																		

**Figura 49.** Asignación Presupuestal del Hospital en el periodo 2020.



**Figura 50.** Avance del gasto público del Hospital en el periodo 2020.

Cabe señalar que, del 100% de los ingresos programados por cada fuente de financiamiento (R.O, R.O.O.C., R.D.R. y D y T) para el año 2020, el Hospital recaudó por la fuente de financiamiento de recursos ordinarios en un 99.9%, seguido de recursos por operaciones oficiales de crédito en un 98.5%, recursos directamente recaudados en un 87.7% y se recibió donaciones y transferencias en 79.3% conforme se muestra en la Figura 51. De acuerdo al cuestionario realizado a los funcionarios respecto a la interrogante de *¿Los ingresos que se recauda por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente?*, el 60% de encuestados indicaron que los ingresos recaudados a través de la fuente de financiamiento son administrados de manera eficiente; no obstante, el 40% indicó no estar de acuerdo ni en desacuerdo con dicha afirmación.



**Figura 51.** Ingresos recaudados a través de las fuentes de financiamiento – periodo 2020

#### **D. Identificar los factores influyentes del control concurrente en la gestión pública del Hospital**

Producto de la evaluación realizada a las dos variables de investigación, se determina que los factores influyentes del control concurrente para que mejore la gestión pública del Hospital son los siguientes:

- La aplicación de control concurrente en la entidad es concluyente, es decir genera valor público, lo que significa que fortalece la gestión, mayor transparencia, rendición de cuentas, buena gestión del Hospital, lo cual permite optimizar sus sistemas administrativos, de administración y de control interno.

- El control concurrente permite dar un acompañamiento de manera simultánea, interdisciplinario, pertinente, rápida y preventivo al administrador público durante los diferentes momentos relevantes de la adquisición de un bien o contratación de servicios con la finalidad de advertir de forma adecuada respecto a las situaciones adversas que se logran identificar durante el servicio de control, todo ello con el fin de que se adopten las medidas preventivas y correctivas de ser el caso. Cabe señalar que, de este aspecto, se logra minimizar el riesgo de que los funcionarios y servidores públicos cometan irregularidades que perjudiquen la finalidad de la Intervención estatal y se inicien responsabilidades de índole administrativo, civil y penal, cuya sanción es solicitada en los servicios de control posterior.
- En relación a la adquisición de servicios y bienes, el primer hito se ha desarrollado a los actos preparatorios para el procedimiento de contratación y el último hito contiene el desembolso final y cierre del contrato. Sin embargo, se ha alertado que varios problemas se suscitan en las solicitudes del área solicitante y de forma frecuente. En ese aspecto, en el caso de servicios y bienes, el control concurrente debe contener desde la necesidad hasta la adquisición.
- En cierta forma comparando con el servicio de control posterior, ejecutado mediante las auditorías de cumplimiento y servicios de control específico respecto a hechos con supuesta alteración, el control concurrente resulta más efectivo y provechoso en el mediano y corto plazo, no solo en términos monetarios teniendo la ocasión en la que son informadas las situaciones adversas, sino en términos del incremento de la calidad de vida del ciudadano con el fortalecimiento en términos del incremento de la satisfacción del servicio estatal.
- Cabe señalar que los resultados del control concurrente ejecutado en las obras de la reconstrucción con cambios, muestra su efecto en la eficacia del gasto público y el cumplimiento de salvaguardar, con un enfoque de acompañamiento técnico, los recursos del Estado y la adecuada administración de proyectos a nivel nacional.
-

### 3.2 Discusión

Para evidenciar los resultados se desarrollaron las técnicas de la encuesta, observación y el análisis documental, las que se desarrollaron a los funcionarios de las unidades orgánicas de la entidad, a través de los instrumentos del cuestionario y las guías documentales. Dichas acciones de recolección de información estuvieron limitadas, debido al estado de emergencia por la COVID -19 decretado por el Poder Ejecutivo, donde parte del personal se encuentra realizando trabajo remoto, lo que no permitió la realización de todas las encuestas de manera presencial, las mismas que se aplicaron vía WhatsApp, permitiendo superar el impase y obtener la información para posteriormente realizar una evaluación y análisis de los datos.

Teniendo en cuenta dicha investigación, se ha establecido como objetivo principal; determinar la incidencia del control concurrente en la gestión pública del Hospital Regional virgen de Fátima Chachapoyas; para lo cual se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson arrojando un resultado igual a 0,774 con un nivel de significancia menor a 0,01, afirmándose la hipótesis, es decir existe una incidencia significativa entre las variables de control concurrente y gestión pública de la entidad. Ante lo descrito, se da inicio a la discusión de los objetivos específicos del estudio y comparar los resultados con las teorías descritas en las bases teóricas en los párrafos posteriores.

En el primer objetivo; diagnosticar el control concurrente que se viene desarrollando en el Hospital, se determinó que la aplicación del servicio de control concurrente en esta entidad es aún incipiente a razón de que actualmente no cuentan con un OCI que se encargue directamente de la evaluación en la contratación de bienes, servicios y obras públicas, así también el bajo presupuesto asignado para este fin, inexistencia de personal, entre otros, lo cual se requiere mayor gestión por parte del titular de la entidad para poder contribuir con la correcta ejecución del gasto público y cumplimiento de objetivos de la entidad.

Asimismo, se determina que el OCI del Gobierno Regional de Amazonas y la Gerencia Regional de Control Amazonas emitieron nueve (9) informes del servicio de control concurrente durante el 2020 y 2021 conteniendo un total de 15 situaciones adversas, siendo que la entidad mantiene (10) situaciones adversas en estado de “Pendiente”, así

como tres (3) en estado de “No Implementada”, una (1) en estado de “Implementada” y una situación adversa (1) en estado de “En Proceso”.

Con los resultados que se obtuvieron se valida con el estudio realizado por (Rojas, 2017), debido que en su estudio recabó opiniones de los auditores de la Contraloría Regional de Huánuco, en relación a la incidencia que se tiene en los servicios de control simultáneo con la detección y prevención de la corrupción en las adquisiciones de las instituciones del Estado; no obstante, éstas no fueron validadas con el grado de respuestas que los funcionarios otorgaron a las situaciones adversas comunicados en los diversos informes resultantes de los citados servicios de control, expresados por la Contraloría General y por ello determinó que a través de la correlación de Pearson que el servicios de control simultáneo no se correlaciona en la prevención de la corrupción en las adquisiciones de las instituciones del Estado, en la Contraloría Regional Huánuco.

En el segundo objetivo; evaluar la gestión pública del Hospital, se desarrolló una encuesta de escala Likert, dirigido a diez funcionarios públicos de la entidad con la finalidad de analizar la percepción, conocimientos y actitudes respecto a la gestión de la entidad en el año 2021, determinándose que en mayoría la conformidad y una posición neutral respecto a las siguientes afirmaciones; se cuenta con un plan operativo anual, la adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron en relación al plan anual de adquisiciones, el personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado, los ingresos que se recaudad por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente, se comunica a la población sobre información de la administración de la entidad, se viene desarrollando la eficacia, economía y eficiencia en el manejo de los recursos públicos, etc.

Lo citado en el párrafo anterior, se valida con (Flores, 2015) al mencionar que de la evaluación de su estudio logró determinar que la información y comunicación incrementa la eficacia, economía y eficiencia de la administración y recomienda que se diseñe los instrumentos de control interno con la finalidad de analizar los objetivos que se hallan en el plan estratégico de la institución para finalmente ejecutar un seguimiento hacia la identificación de las carencias que están impidiendo el logro de las metas a nivel institucional.

En el tercer objetivo específico, identificar los factores influyentes del control concurrente en la gestión del Hospital, se indica que respecto a la aplicación de control concurrente en la entidad es concluyente, es decir genera valor público, lo que significa que fortalece la administración, mayor transparencia, optima rendición de cuentas, buen gobierno de la institución lo cual permite mejorar sus sistemas administrativos, de administración y de control interno. Así también con el control concurrente permite dar un acompañamiento de manera simultánea, interdisciplinario, pertinente, rápida y preventivo al administrador público durante los diferentes momentos relevantes de la adquisición de un bien o contratación de servicios con la finalidad de advertir de forma adecuada respecto a las situaciones adversas que se logran identificar durante el servicio de control, todo ello con el fin de que se adopten las medidas preventivas y correctivas de ser el caso.

Se compara con la investigación realizada por Beltrán y Belzusarri, (2015) al realizar un estudio tuvo como objetivo principal, determinar el nivel de influencia del control interno en la optimización de las entidades no gubernamentales de la ciudad de Huancayo, quien llegó a concluir que el control interno influye de forma positiva en la optimización de la administración de las instituciones no gubernamentales de Huancayo, es decir que, cuando el control interno se implante como mecanismo de análisis que coadyuve al uso de los recursos administrativos, debe mejorar la efectividad en la ejecución de las acciones de las instituciones no gubernamentales de la citada provincia.

Así mismo el autor Bados (2014) determinó en su investigación que se posee poco conocimiento sobre controles internos; así mismo no cuentan con la capacitación necesaria para el manejo efectivo y transparente de los recursos financieros y humanos, siendo éstos manejados de forma empírica. A través de este estudio, concluyó la necesidad de diseñar un modelo de procedimiento administrativo y de control interno para el manejo de los recursos financieros y humanos de San Pedro de Copán y la necesidad de la implementación de éste, lo que garantizará el uso óptimo, íntegro y transparente de los recursos lo que asegurará el buen desempeño institucional.

#### IV. Conclusiones

Respecto al objetivo principal, determinar la incidencia del control concurrente en la gestión pública del Hospital; se desarrolló el coeficiente de correlación de Pearson arrojando un resultado igual a 0,774 con un grado de significancia menor a 0,01, afirmándose la hipótesis, con lo cual se concluye que existe una incidencia significativa, es decir a mayor control concurrente que se aplique en la contrataciones de bienes, servicios y obras públicas, afectará de manera positiva en la gestión pública de la entidad.

En relación al primer objetivo; diagnosticar el control concurrente que se viene desarrollando en el Hospital, se determinó que la aplicación del servicio de control concurrente en esta entidad es aún incipiente a razón de que actualmente no cuentan con un OCI que se encargue de forma directa de la evaluación en la contratación de bienes, servicios y obras públicas, el bajo presupuesto asignado para este fin, inexistencia de personal, entre otros, lo cual se requiere mayor gestión por parte del titular de la entidad para poder contribuir con la correcta ejecución del gasto público y cumplimiento de objetivos institucionales.

Asimismo, se logró determinar que el OCI del Gobierno Regional de Amazonas y la Gerencia Regional de Control Amazonas emitieron nueve (9) informes del servicio de control concurrente durante el 2020 y 2021 conteniendo un total de 15 situaciones adversas, siendo que la entidad mantiene (10) situaciones adversas en estado de “Pendiente”, así como tres (3) en estado de “No Implementada”, una (1) en estado de “Implementada” y una situación adversa (1) en estado de “En Proceso”, lo cual demuestra que el titular de la entidad no realiza de forma eficiente la adopción de actividades correctivas y preventivas de los situaciones adversas en el plazo establecido por la normativa de Contraloría.

En el segundo objetivo; analizar la gestión pública del Hospital, se aplicó un cuestionario dirigido a diez funcionarios públicos de la entidad con la finalidad de analizar el nivel de percepción, actitudes y conocimientos acerca de la gestión de la entidad en el año 2021, determinándose que en su mayoría mostraron su conformidad y una posición neutral respecto a las siguientes afirmaciones; se cuenta con un plan operativo anual, la adquisición de bienes y prestación de servicios se desarrollaron en relación al plan

anual de contrataciones, el personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado, los ingresos que se recaudan por diversas fuentes de financiamiento son administrados de manera eficiente, se comunica a la población sobre información de la administración de la entidad, se viene desarrollando la economía, eficacia y eficiencia en el manejo de los recursos del Estado, etc.

En el tercer objetivo específico, identificar los factores influyentes del control concurrente en la gestión del Hospital, se indica que respecto a la aplicación de control concurrente en la entidad es concluyente, es decir genera valor público, lo que significa que fortalece la gestión, mayor transparencia, mejor rendición de cuentas, buen manejo de la entidad lo cual permite mejorar sus sistemas administrativos, de administración y de control interno.

Así también con el control concurrente permite dar un acompañamiento de manera simultánea, interdisciplinario, pertinente, rápida y preventivo al administrador público durante los diferentes momentos relevantes de la adquisición de un bien o contratación de servicios con la finalidad de advertir de forma adecuada respecto a las situaciones adversas que se logran identificar durante el servicio de control, todo ello con el fin de que se adopten las medidas preventivas y correctivas de ser el caso.

## V. Recomendaciones

Se recomienda al responsable de la Entidad en coordinación con los jefes de las unidades orgánicas, propicie talleres de capacitación, charlas de sensibilización acerca del control simultáneo, específicamente la modalidad del servicio de control concurrente dirigido a todo el personal del Hospital a fin de que puedan contribuir a la labor del control gubernamental mediante las alertas que puedan generar acerca de los riesgos y situaciones adversas acontecidas durante el procedimiento de adquisición de bienes y servicios públicos.

Se recomienda al Jefe del OCI de la Dirección Regional de Salud Amazonas designar a quien corresponda la evaluación de manera periódica del plan de acción suscrito por el responsable de la entidad con los funcionarios públicos del Hospital a fin de verificar el grado de implementación de las situaciones adversas, que conlleva a la adopción de las acciones preventivas y correctivas de las que se encuentran en estado “no implementada, en proceso y pendiente” resultante de los nueve informes de control concurrente de los años del 2020 y 2021.

Se recomienda al Titular de la entidad desarrollar un análisis de las deficiencias y debilidades de los colaboradores para ser capacitado, cumplir con la base legal en relación a la proporción estipulada del gasto, el personal de las diversas unidades orgánicas deberá mantener actualizada y documentada la información más importante para cualquier inquietud de la ciudadanía. El Hospital, debe actuar como institución que conlleva a tener una visión estratégica e integradora, asimismo, debe ser abierta y comprensible dentro de una cultura a nivel institucional integral y accesible, lo cual involucra una información eficaz con la población y una postura sensible a las necesidades de la población como también actuar de manera participativa de la población organizada.

Resulta primordial que la Contraloría General reciba mayor apoyo por parte del Ejecutivo a fin de que cuente con los recursos necesarios para ampliar el servicio de control concurrente a nivel de todo el país con la finalidad de dar cobertura a las más importantes obras públicas y a las adquisiciones de bienes y servicios en el país. Hoy en día, dicho control se desarrolla de forma sistemática en relación al marco de la Ley N° 30556, Ley que aprueba lineamientos de carácter extraordinario en las intervenciones del Estado frente a desastres y que establece la creación de la Autoridad para la Reconstrucción con

Cambios, Ley N° 30737, donde determina el pago urgente de la reparación civil a favor del Gobierno en situaciones de delitos y corrupción; y la Ley N° 31016, que determina aspectos de despliegue del control concurrente durante la Emergencia Sanitaria por Covid-19, que se ha realizado su financiamiento, dejando sin cobertura presupuestal y técnica al control de otras inversiones y principales compras de servicios y bienes que están fuera del ámbito legal de las citadas leyes.

Finalmente, frente a la situación que atraviesa el país ocasionado por la pandemia por Covid-19, resulta relevante que las instituciones del Estado apoyen en base al análisis técnico de la información, prontas soluciones que estén encaminadas a mejorar los compromisos que se han asumido con la población y que están pendientes aún, que no solo apoyen a reducir el efecto propio de la pandemia sino también mejoren a restaurar el nivel de confianza en las entidades públicas y sus colaboradores ad portas del Bicentenario de la Independencia.

## Referencias

- Alvarado, V. M y Tuquiñahui, P. S (2014). *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) recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe>
- Bados Z. L (2014). *Diseño de un modelo de control interno administrativo COSO para la Municipalidad de San Pedro de Copán, Departamento de Copán.* (Tesis para optar el título de Máster en Administración de Empresas con orientación en Finanzas). Recuperado de <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/bitstream/handle/123456789/6565/T-MSc00167.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Beltrán, P. M y Belzugarri, P. K (2015). *Control Interno para la optimización de la gestión en las organizaciones no gubernamentales de la provincia de Huancayo.* (Tesis para optar el título profesional de contador público, Huancayo-Perú). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3279/Beltran%20Poma-Belzugarri%20Perez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bernal, T. C (2010). *Métodos del Proceso de Investigación Científica.* Metodología de la Investigación Científica (pp. 64-66). Colombia: Pearson Educación.
- Contralores México (26 de febrero 2019). *A partir de este 2019 todos los funcionarios municipales deben remitir su declaración a sus órganos de control interno.* Recuperado de <http://comisioncontralores.gob.mx/2017/sala-de-prensa/noticias/1571-a-partir-de-este-2019-todos-los-funcionarios-municipales-deben-remitir-su-declaraci%C3%B3n-a-sus-%C3%B3rganos-de-control-interno.html>
- Contraloría General de la República (2014). *Orientaciones básicas para el fortalecimiento del control interno en gobiernos locales.* Recuperado de [http://doc.contraloria.gob.pe/Control-Interno/web/documentos/Publicaciones/Orientaciones\\_basicas\\_CI\\_Gobiernos\\_Locales.pdf](http://doc.contraloria.gob.pe/Control-Interno/web/documentos/Publicaciones/Orientaciones_basicas_CI_Gobiernos_Locales.pdf)
- Coopers & Lybrand (1997). *Control interno.* Los nuevos conceptos de control interno, informe COSO. (pp. 16-17). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Diario El Mundo (7 de marzo 2019). *La Intervención del Ayuntamiento desvela "importantes deficiencias" en Madrid Destino.* Recuperado de <https://www.elmundo.es/madrid/2019/03/07/5c800f1621efa0ab1d8b4581.html>.

- Diario W. Radio (25 de setiembre 2018). *Contraloría dice que entidades públicas tienen un control interno deficiente*. Recuperado de <https://www.wradio.com.co/noticias/actualidad/contraloria-dice-que-entidades-publicas-tienen-un-control-interno-deficiente/20180925/nota/3803501.aspx>
- Directiva N° 006-2019-CG/INTEG. *Implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado* (2019). Aprobado mediante Resolución de Contraloría n.° 146-2019-CG de 15 de mayo de 2019.
- Flores, V. E (2015). *Repercusión del control interno en la gestión municipal de la municipalidad provincial de San Román*. (Tesis de maestría en Administración). Recuperado de <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/341/P27-002.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Flores, V. E. (2015). *Repercusión del control interno en la gestión municipal de la municipalidad Provincial de San Román*” (Tesis de Maestría para obtener el grado académico de magister en Administración - Juliaca –Perú).
- Gestión (27 de agosto 2014). *Deficiente gestión en gobiernos demuestra ausencia de un órgano de control*”. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/deficiente-gestion-gobiernos-municipales-demuestra-ausencia-organo-control-69343-noticia/>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Holmes, A. (1997). *Auditorías Principios y Procedimientos*. México: Editorial Limusa.
- Huerta, T. E (2017). *El control interno y la gestión administrativa de las Municipalidades Distrital de la provincia de Carhuaz- Ancash, 2017*. (Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gestión Pública”. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/11994>.
- Koontz, H., Weihrich, H. y Cannice, M. (2012). *Administración una perspectiva global y empresarial*. McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. DE C.V
- La República (18 de abril 2018). *Denuncian que comuna de Trujillo compró una caja de clips a 190 soles*”. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/1229275-denunciaran-ante-fiscalia-a-funcionarios-de-mpt-por-presunta-corrupcion/>.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República (2002). Publicado el 23 de julio de 2002.
- Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las entidades del Estado (2006). Publicado el 18 de abril de 2006.

- Miguel, S.R. (2016). *La teoría de la gestión en el proceso de cambio organizacional de centros de elaboración de fórmulas lácteas de los servicios de nutrición de Hospitales Públicos de Alta Complejidad*. (Tesis de maestría en dirección de empresas). La Plata –Argentina.
- Monteflores. C y Ramírez, A. (2017). *Instrumento para la autoevaluación de la gestión en San Salvador, El Salvador*.
- Paredes, M.L. (2018). *Documentos de gestión para operadores del sector público*. Lima, Perú: editorial El Búho EIRL.
- Portal Transparencia de Municipalidad Provincial de Chiclayo (15 de agosto 2016). *Alcalde refuerza sistema de control interno en la MPCH*. Recuperado de <https://www.munichiclayo.gob.pe/index.php?prmelc=cG5vdA==&id=MzkkOA==&incam=NDA0MA==&pag=MA==&mod=bmV4dA==>
- Portal Transparencia de Municipalidad Provincial de Piura (27 de junio 2017). *Alcalde de Piura indicó que Control Interno investiga compra de alimentos para el PCAM*. Recuperado de <http://www.munipiura.gob.pe/carlos-emilio-ruesta-zapata/item/2763-alcalde-de-piura-indico-que-control-interno-investiga-compra-de-alimentos-para-el-pcam>
- Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG (2006). Normas de Control Interno. Recuperado de [http://doc.contraloria.gob.pe/libros/2/pdf/RC\\_320\\_2006\\_CG.pdf](http://doc.contraloria.gob.pe/libros/2/pdf/RC_320_2006_CG.pdf)
- Salnave, S.M & Lizarazo, B.J (2017). *Sistema de Control Interno en el Estado colombiano como instancia integradora de los sistemas de gestión y control para mejorar la eficiencia y efectividad de la gestión pública a 2030*. (Tesis de maestría en pensamiento estratégico y prospectiva). Bogotá-Colombia. Recuperado de [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/661/1/ASA-Spa-2017-El\\_sistema\\_de\\_control\\_interno\\_en\\_el\\_estado\\_colombiano\\_como\\_instancia\\_integradora\\_Trabajo\\_de\\_grado.pdf](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/661/1/ASA-Spa-2017-El_sistema_de_control_interno_en_el_estado_colombiano_como_instancia_integradora_Trabajo_de_grado.pdf)
- Santisteban, L. G (2018). *El control interno y su influencia en la gestión administrativa de las municipalidades del Perú: caso Municipalidad Provincial de Lambayeque-2017*. (Tesis para optar el título de Contador Público). Recuperado de [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/8726/CONTROL\\_INTerno\\_NORMAS\\_DE\\_CONTROL\\_INTERNO\\_SANTISTEBAN\\_GRANADOS\\_LILIANA\\_GASDELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/8726/CONTROL_INTerno_NORMAS_DE_CONTROL_INTERNO_SANTISTEBAN_GRANADOS_LILIANA_GASDELI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tinaya, F. A. (2013). *Gestión Pública*. Recuperado de <http://blogdealejandrotintaya.blogspot.pe/2013/07/gestion.html>

## Anexo 1

## Operacionalización de la variable independiente

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas
CONTROL CONCURRENTE	Cultura organizacional	Ambiente de control	<p>Durante el presente año, ¿la entidad ha realizado al menos una charla de sensibilización, dirigido a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su importancia en la función pública?</p> <p>¿La entidad cuenta con lineamientos o normas internas aprobadas que regulen la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?</p> <p>¿La entidad cuenta con un procedimiento aprobado que permita recibir denuncias contra sus funcionarios y servidores que vulneran la ética o normas de conducta?</p> <p>¿Los funcionarios y servidores que son parte del órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI han recibido al menos un curso de capacitación en Control Interno durante los dos últimos años?</p> <p>¿El órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI en la entidad, durante el presente año, ha capacitado a los demás órganos o unidades orgánicas que participan en la implementación del SCI sobre temas de control interno?</p> <p>¿La entidad cuenta con al menos un funcionario o servidor que se dedique permanentemente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a los órganos o unidades orgánicas para la implementación del SCI?</p> <p>¿La entidad ha difundido a sus colaboradores la información del cumplimiento de sus objetivos, metas o resultados a través de los canales de comunicación e información que dispone (e-mail, intranet, periódico mural, etc)?</p> <p>¿La entidad realiza una evaluación anual del desempeño de los funcionarios?</p> <p>¿La entidad utiliza indicadores de desempeño para medir el logro de sus objetivos, metas o resultados?</p>	Encuesta de tipo dicotómico
		Información y Comunicación	<p>¿El titular de la entidad ha presentado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente y en los plazos establecidos?</p> <p>¿La entidad ha cumplido con difundir a la ciudadanía la información de su ejecución presupuestal de forma semestral a través de los canales de comunicación que dispone?</p> <p>¿La entidad/dependencia revisa mensualmente la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador a fin de identificar si alguno de sus funcionarios se encuentra comprendido en dicha relación y proceder a cumplir con la correspondiente normativa?</p> <p>¿La entidad incorpora en una cláusula contractual con los proveedores o consultores la manifestación de ambas partes del</p>	

			rechazo total y absoluto a cualquier tipo de ofrecimiento, dádiva, forma de soborno, regalo, atención o presión indebida que pueda afectar el desarrollo normal y objetivo de los contratos o de ser el caso, solicita una declaración jurada bajo los mismos términos?	
	Gestión de riesgos	Evaluación de riesgos	<p>¿Existe alineación entre el Plan Operativo Institucional, el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura?</p> <p>¿La entidad ha presentado la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en los plazos establecidos y de acuerdo a las disposiciones normativas que lo regulan?</p> <p>¿Se ha desarrollado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha identificado los factores que podrían afectar negativamente el cumplimiento de plazos y estándares establecidos en dicho producto?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si existen riesgos de sobornos (coima), fraudes financieros o contable, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobrecostos o transferencia de recursos para fines distintos al original?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si los funcionarios y servidores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos (coimas)?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si es posible que actores o consultores externos influyeran sobre las decisiones de los funcionarios para realizar sus requerimientos de servicios?</p> <p>Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que se realicen pagos tardíos a los proveedores?</p> <p>En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que los correspondientes funcionarios no realicen una adecuada supervisión de la ejecución de las obras públicas?</p> <p>En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad que en un proceso de contratación se favorezca a un postor o postulante?</p>	
		Actividades de control	<p>Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos?</p> <p>Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad?</p> <p>¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control?</p>	

			¿La entidad ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción?	
		Supervisión	¿La entidad cumple los plazos establecidos para la implementación de las recomendaciones del control concurrente, contenidas en el informe de CC?  ¿La entidad cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?	
	Fases del control concurrente	-Planificación -Ejecución -Informe	-Planificación -Ejecución -Informe	
	Seguimiento y evaluación de los resultados del control concurrente	Responsabilidad del titular de la entidad para el tratamiento de riesgos  Responsabilidades del OCI para el seguimiento del tratamiento de riesgos	-Responsabilidad del titular de la entidad para el tratamiento de riesgos.  -Responsabilidades del OCI para el tratamiento de riesgos	Análisis Documental

**Anexo 2**  
**Operacionalización de la variable dependiente**

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas
GESTIÓN PÚBLICA	Desarrollo institucional	Operar de acuerdo a objetivos y metas	La Entidad cuenta con un Plan Operativo Anual para monitorear y evaluar las actividades.	Encuesta tipo Likert (TD, D, I, A, TA)
			Los proyectos de inversión pública, adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones.	
		Contar con personal capacitado	El personal de la entidad con varios años de experiencia es frecuentemente capacitado.	
		Implementar sistemas mecanizados	La entidad cuenta con varios sistemas mecanizados implementados.	
	Finanzas públicas	Potenciar y optimizar la recaudación	Los ingresos que se recauda son administrados de manera eficiente.	
		Manejo de presupuesto	Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital	
		Manejo responsable de la deuda	La entidad cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total.	
		Capacidad administrativa financiera	Se cuenta con información financiera oportuna y confiable. Se cuenta con estudios de costos elaborados y/o actualizados para el cálculo de las tasas por los servicios prestados.	
	Servicios y proyectos	Diversificar y ampliar el servicio de atención	La población es beneficiada con los servicios hospitalarios brindados por el Hospital	
		Interactuar con beneficiarios	Existe y funciona un mecanismo institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios.	
		Contratar, monitorear y evaluar la ejecución de los servicios y proyectos	Se aplica la normativa legal para la atención de servicios de salud. Existe unidad o responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital.	
	Gobernabilidad democrática	Implementar la transparencia pública	Se comunica o permite acceso a la población sobre información relevante de la gestión del Hospital.	
	Desarrollo económico y social	Eficiencia, eficacia y economía	La entidad viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos.	
			La gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población.	

### Anexo 3

#### Cuestionario para la variable Control Concurrente

Sr. Colaborador del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, mucho agradeceremos en responder las preguntas planteadas en el presente cuestionario a fin de recabar información para la variable “control concurrente” cuyo título de investigación es “**Control Concurrente y su incidencia en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas**”.

Le aseguramos que la información que ustedes que registraron es de estricta reserva y solo será utilizado para culminar la investigación y presentar las propuestas y alternativas.

El autor de la presente investigación agradece su valioso aporte y le garantiza el anonimato y la confidencialidad de su información. Gracias.

Instrucciones: Marque con una (X) la alternativa que crea correcta

	Valor = 0	Valor = 1	Valor = 2			
	No	Parcialmente	Sí			
<b>N°</b>	<b>CUESTIONARIO PARA LA VARIABLE CONTROL CONCURRENTE</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>AMBIENTE DE CONTROL</b>						
1	Durante el presente año, ¿la entidad ha realizado al menos una charla de sensibilización, dirigido a sus funcionarios y servidores sobre la ética, integridad y su importancia en la función pública?					
2	¿La entidad cuenta con lineamientos o normas internas aprobadas que regulen la conducta de sus funcionarios y servidores en el ejercicio de sus funciones?					
3	¿La entidad cuenta con un procedimiento aprobado que permita recibir denuncias contra sus funcionarios y servidores que vulneran la ética o normas de conducta?					
4	¿Los funcionarios y servidores que son parte del órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI han recibido al menos un curso de capacitación en Control Interno durante los dos últimos años?					
5	¿El órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI en la entidad, durante el presente año, ha capacitado a los demás órganos o unidades orgánicas que participan en la implementación del SCI sobre temas de control interno?					
6	¿La entidad cuenta con al menos un funcionario o servidor que se dedique permanentemente a la sensibilización, capacitación, orientación y soporte a los órganos o unidades orgánicas para la implementación del SCI?					
7	¿La entidad ha difundido a sus colaboradores la información del cumplimiento de sus objetivos, metas o resultados a través de los canales de comunicación e información que dispone (e-mail, intranet, periódico mural, etc)?					
8	¿La entidad realiza una evaluación anual del desempeño de los funcionarios?					
9	¿La entidad realiza una evaluación anual del desempeño de los funcionarios?					
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>						
10	¿El titular de la entidad ha presentado el Informe de Rendición de Cuentas de Titulares de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente y en los plazos establecidos?					
11	¿La entidad ha cumplido con difundir a la ciudadanía la información de su ejecución presupuestal de forma semestral a través de los canales de comunicación que dispone?					
12	¿La entidad/dependencia revisa mensualmente la relación de funcionarios inhabilitados en el procedimiento administrativo sancionador a fin de identificar si alguno de sus funcionarios se encuentra comprendido en dicha relación y proceder a cumplir con la correspondiente normativa?					
13	¿La entidad incorpora en una cláusula contractual con los proveedores o consultores la manifestación de ambas partes del rechazo total y absoluto a cualquier tipo de ofrecimiento, dádiva, forma de soborno, regalo, atención o presión indebida que pueda afectar el desarrollo normal y objetivo de los contratos o de ser el caso, solicita una declaración jurada bajo los mismos términos?					

<b>EVALUACION DE RIESGOS</b>				
14	¿Existe alineación entre el Plan Operativo Institucional, el Cuadro de Necesidades y el Presupuesto Institucional de Apertura?			
15	¿La entidad ha presentado la información financiera y contable para la elaboración de la Cuenta General de la República, en los plazos establecidos y de acuerdo a las disposiciones normativas que lo regulan?			
16	¿Se ha desarrollado talleres participativos o entrevistas para identificar y valorar los riesgos?			
17	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha identificado los factores que podrían afectar negativamente el cumplimiento de plazos y estándares establecidos en dicho producto?			
18	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si existen riesgos de sobornos (coima), fraudes financieros o contable, entre otras clases de riesgo de conductas irregulares?			
19	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si se presentan registros contables y administrativos falsos, sobre costos o transferencia de recursos para fines distintos al original?			
20	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si los funcionarios y servidores pueden estar motivados, influenciados, inducidos o presionados a recibir sobornos (coimas)?			
21	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado si es posible que actores o consultores externos influyan sobre las decisiones de los funcionarios para realizar sus requerimientos de servicios?			
22	Durante la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que se realicen pagos tardíos a los proveedores?			
23	En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad de que los correspondientes funcionarios no realicen una adecuada supervisión de la ejecución de las obras públicas?			
24	En la identificación de riesgos, ¿se ha analizado la posibilidad que en un proceso de contratación se favorezca a un postor o postulante?			
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>				
25	Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas permitirán reducir significativamente los correspondientes riesgos?			
26	Durante la determinación de las medidas de control, ¿se ha analizado si dichas medidas son factibles de implementar por la entidad?			
27	¿Se han desarrollado talleres participativos, entrevistas o panel de expertos para determinar las medidas de control?			
28	¿La entidad ha determinado los órganos o unidades orgánicas responsables de la ejecución de las medidas de control contenidas en el Plan de Acción?			
<b>SUPERVISIÓN</b>				
29	¿La entidad cumple los plazos establecidos para la implementación de las recomendaciones del control concurrente, contenidas en el informe de CC?			
30	¿La entidad cuenta por lo menos con un 50% de grado de cumplimiento de situaciones adversas reportadas en los informes de control concurrente?			

## Anexo 4

### Cuestionario para la variable Gestión Pública

Sr. Colaborador del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, mucho agradeceremos en responder las preguntas planteadas en el presente cuestionario a fin de recabar información para la variable “gestión pública” cuyo título de investigación es “**Control Concurrente y su incidencia en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas**”.

Le aseguramos que la información que ustedes que registraron es de estricta reserva y solo será utilizado para culminar la investigación y presentar las propuestas y alternativas.

El autor de la presente investigación agradece su valioso aporte y le garantiza el anonimato y la confidencialidad de su información. Gracias.

Instrucciones: Marque con una (X) la alternativa que crea correcta

TA	A	I	D	TD
<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>

Nº	CUESTIONARIO PARA LA VARIABLE GESTIÓN PÚBLICA	TA	A	I	D	TD
<b>DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>						
1	La Entidad cuenta con un Plan Operativo Anual para monitorear y evaluar las actividades.					
2	Los proyectos de inversión pública, adquisición de bienes y prestación de servicios se ejecutaron conforme al plan anual de contrataciones.					
3	El personal de la entidad cuenta con varios años de experiencia y es frecuentemente capacitado.					
4	La entidad cuenta con varios sistemas mecanizados implementados.					
<b>FINANZAS PÚBLICAS</b>						
5	Los ingresos que se recauda son administrados de manera eficiente.					
6	Existe eficiencia en la ejecución de los gastos públicos del Hospital					
7	La entidad cuenta con deuda bancaria que excede al ingreso total.					
8	Se cuenta con información financiera oportuna y confiable.					
9	Se cuenta con estudios de costos elaborados y/o actualizados para el cálculo de las tasas por los servicios prestados.					
<b>SERVICIOS Y PROYECTOS</b>						
10	La población es beneficiada con los servicios hospitalarios brindados por el Hospital					
11	Existe y funciona un mecanismo institucional de registro, seguimiento y resolución de quejas y demandas de los usuarios.					
12	Se aplica la normativa legal para la atención de servicios de salud.					
13	Existe unidad o responsable que le dé seguimiento a la ejecución efectiva de los servicios de salud que brinda el Hospital.					
<b>GOBERNABILIDAD DEMOCRÁTICA</b>						
14	Se comunica o permite acceso a la población sobre información relevante de la gestión del Hospital.					
<b>DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL</b>						
15	La entidad viene aplicando la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos públicos.					
16	La gestión del Hospital mejoró la calidad de atención sanitaria de la población.					

**Anexo 5**  
**Guía Documental**

<b>DATOS GENERALES</b>	
<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>Control Concurrente y Gestión Pública</b>
<b>NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Control concurrente y su incidencia en la gestión pública del Hospital Regional Virgen de Fátima -Chachapoyas
<b>Documentación</b>	<b>Contenido a evaluar</b>
Instrumentos de gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento de Organización y Funciones</li> <li>• Organigrama de la entidad</li> <li>• Manual de organización y funciones de los cargos jefaturales</li> <li>• Manual de Procedimientos</li> <li>• Plan estratégico de la entidad</li> <li>• Plan operativo institucional</li> </ul>
Informes de control concurrente realizado por el OCI	Resultados de los informes de control simultáneo realizados a la contratación de bienes y servicios.
Revisión del portal de Transparencia de la entidad	Revisar la publicación de los instrumentos de gestión, POI, PEI, EEFF, Presupuesto asignado, adquisiciones de bienes y contratación de servicios.
Relación de personal que labora en la entidad	Solicitar información del personal contratado bajo la modalidad CAS, SNP y nombrado.

## ANEXO 01

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS**

Yo, Dr. JOSE HUMBERTO BECERRA SANTA CRUZ, asesor de tesis de Tulio Cesar Aldana Monja, titulada: MAESTRÍA EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN CONTROL Y AUDITORÍA EN LA GESTIÓN GUBERNAMENTAL, luego de la revisión exhaustiva del documento, constato que la misma tiene un índice de **similitud del 19% verificable** en el reporte de similitud del programa turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. La tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, 7 de noviembre de 2022



---

**Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz**  
Asesor

## 20221101 Tesis TAM

## INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[doc.contraloria.gob.pe](http://doc.contraloria.gob.pe)

Fuente de Internet

2%

2

[repositorio.ucv.edu.pe](http://repositorio.ucv.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

3

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

2%

4

[repositorio.unsa.edu.pe](http://repositorio.unsa.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

5

[revistas.uss.edu.pe](http://revistas.uss.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[cdn.www.gob.pe](http://cdn.www.gob.pe)

Fuente de Internet

1%

7

[unjfsc.edu.pe](http://unjfsc.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

8

[repositorio.uladech.edu.pe](http://repositorio.uladech.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

9

[repositorio.unprg.edu.pe](http://repositorio.unprg.edu.pe)

Fuente de Internet

1%



10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1 %
11	core.ac.uk Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.sbn.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
16	s3.amazonaws.com Fuente de Internet	<1 %
17	vvallejo.com Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %



22	<a href="https://repositorio.unamba.edu.pe">repositorio.unamba.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
24	<a href="https://repositorio.upagu.edu.pe">repositorio.upagu.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
25	<a href="https://siga.regionlambayeque.gob.pe">siga.regionlambayeque.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
26	<a href="https://maxwellsci.com">maxwellsci.com</a> Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
28	<a href="https://mrelbalsamo.com">mrelbalsamo.com</a> Fuente de Internet	<1 %
29	<a href="https://www.congreso.gob.pe">www.congreso.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
30	<a href="https://repositorio.upci.edu.pe">repositorio.upci.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
31	<a href="https://servicios.uss.edu.pe">servicios.uss.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
32	<a href="https://www.gob.pe">www.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
33	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %



&lt;1 %

34

**vsip.info**

Fuente de Internet

&lt;1 %

35

**www.cofopri.gob.pe**

Fuente de Internet

&lt;1 %

36

**www.epsgrau.pe**

Fuente de Internet

&lt;1 %

37

**Submitted to Universidad Nacional de San  
Cristóbal de Huamanga**

Trabajo del estudiante

&lt;1 %

38

**Submitted to Escuela Nacional de Control**

Trabajo del estudiante

&lt;1 %

39

**repositorio.unc.edu.pe**

Fuente de Internet

&lt;1 %

40

**www.itp.gob.pe**

Fuente de Internet

&lt;1 %

41

**pesquisa.bvsalud.org**

Fuente de Internet

&lt;1 %

42

**prezi.com**

Fuente de Internet

&lt;1 %

43

**diariocorreo.pe**

Fuente de Internet

&lt;1 %

44

**repositorio.uandina.edu.pe**

Fuente de Internet



&lt;1 %

---

45 [tesis.unap.edu.pe](https://tesis.unap.edu.pe)  
Fuente de Internet

&lt;1 %

---

46 [www.app.minsa.gob.pe](http://www.app.minsa.gob.pe)  
Fuente de Internet

&lt;1 %

---

47 [www.emapasanmartin.com](http://www.emapasanmartin.com)  
Fuente de Internet

&lt;1 %

---

48 [www.mdsmp.gob.pe](http://www.mdsmp.gob.pe)  
Fuente de Internet

&lt;1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



---

Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz  
Asesor



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Tulio Aldana Monja
Título del ejercicio:	Verificación de similitud tesis
Título de la entrega:	20221101 Tesis TAM
Nombre del archivo:	20221101_Tesis_TulioAM.docx
Tamaño del archivo:	3.8M
Total páginas:	109
Total de palabras:	23,994
Total de caracteres:	131,392
Fecha de entrega:	02-nov.-2022 10:27a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	1942479508

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
ESCUELA DE POSGRADOS  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN  
COMISIÓN DE CONTROL Y AUDITORÍA EN LA GESTIÓN  
CORPORATIVA



**TENSA**

"Formar profesionales y su conciencia en el poder político del  
Estado Peruano" (Plan de Tesis "Chicla")

Investigador:

F.P.R. Tulio Aldana Monja

Asesor:

Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz

Lima, Perú, 2022

Dr. José Humberto Becerra Santa Cruz  
Asesor