



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 22 de diciembre de 2021

VISTO: Informe N° 730-2021-GERESA-HRM-06 de fecha 21 de diciembre del 2021; Informe N° 925-2021-DIRESA-HRM/03 de fecha 20 de diciembre del 2021 Informe N° 001-2021-HBTC-DIRESA-HRM-06 de fecha 10 diciembre del 2021, Informe N° 257-2021-DIRESA-HRM/0/PLAN, Informe N° 1293-2021-DIRESA-HRM/6.1 de fecha 05 de noviembre del 2021 Informe N° 762-2021-DIRESA-HRM-03 de fecha 26 octubre del 2021;

CONSIDERANDO:

Que, La presente Ley N° 28716 tiene por objeto establecer las normas para regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado, con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales. Cuando en ella se mencione al control interno, se entiende éste como el control interno gubernamental a que se refiere el artículo 7° de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República;

Que, Mediante La LEY N° Declárase al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;

Que, según Decreto Legislativo N° 635 Código Penal Peruano que mediante violencia o amenaza obliga a una persona o a una institución pública o privada a otorgar al agente o a un tercero una ventaja económica indebida u otra ventaja de cualquier otra índole, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de diez ni mayor de quince años;

Que, mediante el decreto supremo N°004-2019-JUS Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. Apruébase el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, que consta de cinco (5) títulos, diecinueve capítulos (19), doscientos sesenta y cinco (265) artículos, diez (10) Disposiciones Complementarias Finales, trece (13) Disposiciones Complementarias Transitorias; y, tres (3) Disposiciones Complementarias Derogatorias.

Que, en efecto a la Resolución de la Contraloría N° 004-2017-CG Aprueba la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado:

Que, Directiva N° 006-2019-CG/INTEG Implementa del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG, publicado el 17 de mayo de 2019 y vigente desde el 20 de mayo de 2019;

Qué; en ese sentido, con el Informe N° 730-2021-GERESA-HRM-06 de fecha 21 de diciembre del 2021; Informe N° 925-2021-DIRESA-HRM/03 de fecha 20 de diciembre del 2021, emite la Directiva N° 001-2021-HRM-ADM, para su aprobación mediante acto resolutivo;

Qué; en atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 22 de diciembre de 2021

Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°: APROBAR, la Directiva Especifica N° 001-2021-HRM-ADM denominada: "Lineamientos para Prevenir y Disuadir el Riesgo de Fraude y Corrupción en el Hospital Regional de Moquegua", conforme se detalla en el ANEXO: que forma parte integrante de la presente resolución en diecisiete (17) folios.

Artículo 2°: Encárguese a la Oficina de Administración la difusión e implementación de lo aprobado en la presente resolución.

Artículo 3°: Remítase copia simple a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe)

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. RAUL FORTUNATO ZEA CALCINA
C.M.P. 34884 R.N.E. 30316
DIRECTOR EJECUTIVO



MPUH/HRM
KOCB/AL
C/O D. GENERAL
PLANEAMIENTO
ADMINISTRACION
INFORMATICA E ESTADISTICA
ADM
ARCHIVO

CODIGO DE DIRECTIVA 001-2021-HRM-ADM TIPO DE DIRECTIVA ESPECIFICA FECHA FOLIOS 15-12-2021 017	DENOMINACION: Lineamientos para prevenir y disuadir el riesgo de fraude y corrupción en el Hospital Regional Moquegua
REEMPLAZA A: Ninguna	ELABORADA POR: Oficina de Administración

I. OBJETIVO

Establecer lineamientos para prevenir y disuadir el riesgo de fraude y corrupción en el Hospital Regional Moquegua.

II. FINALIDAD

Crear conciencia sobre el riesgo de fraude y corrupción, así como sobre sus consecuencias con la finalidad de fomentar una cultura de prevención y disuasión que permita reducir los casos, detectándolos en etapas tempranas para reducir las pérdidas causada por estos, resguardándolos contra su materialización.

III. BASE LEGAL

- 3.1. Ley N° 28716
Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- 3.2. Ley N° 27658 (30.01.2002)
Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y modificatoria Decreto Legislativo N° 1446-2018-PCM.
- 3.3. Ley N° 27444 (10.04.2001)
Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 3.4. Decreto Legislativo N° 635
Código Penal Peruano y modificaciones (Ley N° 31178 y 31182).
- 3.5. Decreto Supremo N° 030-2002-PCM
Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- 3.6. Decreto Supremo N° 123-2018-PCM (19.12.2018)

Aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.

- 3.7. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS (25.01.2019)
Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 3.8. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG
Normas de Control Interno.
- 3.9. Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG
Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado.
- 3.10. Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM (28.09.2017).
Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones – ROF de la Gerencia Regional de Salud de Moquegua y sus órganos desconcentrados.
- 3.11. Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG (18.08.2010) y modificatorias
Aprueba el Manual de Organización y Funciones – MOF, del Hospital Regional de Moquegua.
- 3.12. Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado"; aprobada con Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG y modificada con; Resolución de Contraloría N° 130-2020-CG, Resolución de Contraloría N° 093-2021-CG.
- 3.13. La Política Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción fue aprobada por el Gobierno del Perú, el 14 de septiembre del 2017, mediante Decreto Supremo 092-2017-PCM.
- 3.14. El Decreto Supremo N° 044-2018-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción 2018-2021.
- 3.15. Ley código Ética de la Función Pública y su modificatoria Ley N° 28496.
- 3.16. Ley N° 30077 del 20.08.2013 – Ley contra el crimen organizado, relacionado entre otros, a los delitos de violación del secreto de las comunicaciones, delitos contra el patrimonio, extorsión usurpación, delitos informáticos, delito contra la propiedad industrial, delitos monetarios, tenencia, fabricación, delitos contra salud pública, delitos ambientales, delito de marcaje o reglaje, delitos contra la administración pública, delito de falsificación de documentos, lavado de activos, y crimen organizado, que se encuentran tipificados en el código penal.
- 3.17. Ley N° 30111 del 26.11.2013 – Incorpora la pena de multa en los delitos cometidos por funcionarios Públicos.
- 3.18. Ley N° 30424 del 21.04.2016 – Modificada por el Decreto Legislativo N° 1352 del 07.01.2017, que regula la responsabilidad administrativa de las personas jurídicas por diversos tipos de cohecho y el lavado de activos.
- 3.19. Ley N° 29733 del 03.07.2011 – Ley de protección de datos personales.
- 3.20. Ley N° 28024 del 12.07.2003 – Regula la Gestión de Intereses en la Administración Pública.
- 3.21. D.S N° 099-2003-PCM – Reglamento de la Ley N° 28024, Ley que regula la gestión de intereses en la Administración Pública.
- 3.22. D. Leg. N° 1307 del 30.12.2016 – Modifica el Código Procesal Penal para dotar de medidas de eficacia a la persecución y sanción de los delitos de corrupción de funcionarios y de criminalidad organizada.
- 3.23. Ley N° 30161 del 28.01.2014 – Regula la presentación de declaraciones juradas de bienes, ingresos y rentas de los funcionarios y servidores públicos del estado.



- 3.22. Ley 26771 del 15.04.1997 – prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentesco, modificada por ley 30294 del 28.12.2014.
- 3.23. D.S. 021-2000-PCM – Reglamento de Ley que establece la prohibición que ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentescos.
- 3.24. Ley N° 27588 del 13.12.2001 – Establecen prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual.
- 3.25. Decreto Supremo N° 019-2002-PCM- Reglamenta la Ley que estableció prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de personas que presten servicios al estado bajo cualquier modalidad contractual.



IV. ALCANCE

La presente directiva es de alcance, aplicación y cumplimiento de toda la estructura organizacional del Hospital Regional de Moquegua, cualquiera sea la modalidad de contratación.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones

- 5.1.1 **Conducta Ética:** Desempeño del personal basado en la observancia de valores, principios y deberes que garantizan el profesionalismo y la eficacia en el ejercicio de sus funciones.
- 5.1.2 **Producto:** Bien o servicio que proporcionan las entidades del estado a una población beneficiaria con el objeto de satisfacer las necesidades.
- 5.1.3 **Identificar los productos:** La identificación de los productos depende del instrumento de gestión; Plan Estratégico Institucional (PEI), identifica las Acciones Estratégicas Institucionales que se derivan de los Objetivos Estratégicos Institucionales de Tipo 1 (bienes o servicios finales entregados a usuarios externos a la entidad). Estas Acciones Estratégicas Institucionales constituyen los productos. En los Programas Presupuestales los bienes o servicios finales entregados a usuarios externos a la entidad se denominan productos. En caso la entidad no cuente con un PEI, usar el Plan Estratégico Institucional del pliego o de la entidad de la región.
- 5.1.4 **Priorizar los productos:** Considerar criterio el presupuesto asignado para su ejecución, incorporar progresivamente a la gestión de riesgos los productos que tienen mayor presupuesto.
- 5.1.5 **Riesgo:** Posibilidad de que ocurra un evento adverso que afecte el logro de los de la entidad.
- 5.1.6 **Conflicto de Interés:** Situación en la que los intereses personales del Personal colisionan con el interés público y el ejercicio de sus funciones, entendiéndose que cualquier actuación que realiza dicho personal debe estar dirigida a asegurar el interés público y no a favorecer intereses personales o de terceros.
- 5.1.7 **Disuasión:** se refiere a las acciones que inducen o motivan la modificación de la conducta o intención de delinquir a través de la amenaza de las sanciones que serán aplicadas y sus implicaciones o de mostrar lo que les ocurrió a compañeros

de otras áreas que incurrieron en acciones irregulares cuestionables, de tal modo que cese su acción o intención delictuosa.

5.1.8 **Fraude:** Es el acto ilegal o delito caracterizado por engaño, ocultación o violación de confianza o aprovechamiento del error en el que otro se encuentre, para apropiarse ilícitamente de una cosa u obtener un lucro indebido, en beneficio propio o de un tercero. No requiere la aplicación de amenaza de violencia o de fuerza física. Se trata de una actividad deshonesta capaz de causar una pérdida financiera real o potencial a cualquier persona o entidad incluyendo robo de dinero u otros bienes por parte de empleados o personas ajenas a la entidad y en la que el engaño es usado al mismo tiempo, inmediatamente antes o después de la actividad. Los fraudes son perpetrados por individuos y por organizaciones con el fin de obtener dinero, bienes o servicios; para evitar pagos o pérdidas de servicios o; en aras de asegurarse ventajas personales o de negocio.

5.1.9 El **fraude** incluye falsificaciones deliberadas, ocultamiento, destrucción o uso (o tentativa) de documentación falsificada con la intención de utilizarla para dentro del giro normal de los negocios o la utilización indebida de información o de una posición determinada para beneficio personal. El robo de bienes pertenecientes a una entidad, por una persona o personas al interior de la organización, en donde el engaño no es utilizado, se considera igualmente como "fraude". El concepto de fraude puede implicar conductas fraudulentas o corruptas por parte de personas internas o externas en contra de la Entidad o la conducta fraudulenta o corrupta por parte de miembros de la Entidad contra terceros.

5.1.10 **También definimos al fraude** como "el abuso deliberado de los procedimientos, sistemas, bienes, productos y/o servicios de la entidad, por aquellos que ilegalmente, engañando o aprovechando indebidamente su relación con laboral o posición estratégica, buscan obtener un beneficio indebido a favor de sí mismos o de terceros. Ésta conducta generalmente está asociada a la comisión de actos incorrectos malintencionados que se desprende del Código de Ética".

5.1.11 Triangulo del Fraude

Todo evento de fraude es una combinación de motivos: justificación, necesidad y oportunidad. La **oportunidad** suele darse ante la posibilidad de vulnerar los controles internos. La **necesidad** es lo que motiva o da lugar a que se materialice el evento de fraude o corrupción. La persona tiene problemas y no es capaz de resolverlos mediante acciones legítimas y por ello considera el cometer estos actos, puede tener su origen en importantes necesidades financieras, el establecimiento de altas metas de ventas, necesidad del logro de objetivos para obtener un beneficio por logro o a consecuencia de un clima hostil dentro del ambiente laboral.

La **justificación** es la percepción que tiene la persona, que su actividad ilícita es válida y está justificada. Se genera cuando los empleados, que sienten que no reciben un trato equitativo o una compensación adecuada, buscan esto por su cuenta para equilibrar la balanza, o bien actúan por resentimiento, lo que les permite justificar y racionalizar su mala conducta. Ejemplo:





El proceso de identificación del riesgo de fraude, incluye una evaluación de incentivos, presiones y oportunidades existentes para cometer fraude. Por esta razón, un apropiado control de la alta dirección, apoyado con la autodetección interna, es clave para la gestión del riesgo de fraude.

5.1.12 Algunos de los principales tipos de fraude y de corrupción a controlar:

- 5.1.12.1 **Administración fraudulenta:** Es el ejercicio de funciones en representación de una persona jurídica abusando de sus atribuciones, para realizar de manera dolosa, actos de ocultamiento o de entrega de información falsa o distorsionando balances para reflejar resultados distintos, o que omite comunicar al directorio, la existencia de intereses propios que son incompatibles con los de la persona jurídica que representa, usar el patrimonio de la persona jurídica en provecho propio.
- 5.1.12.2 **Fraudes Internos:** Actos encaminados a defraudar, apropiarse de bienes indebidamente o soslayar regulaciones, leyes o políticas de la entidad en los que se encuentre implicado, al menos, un miembro del Hospital Regional de Moquegua – en adelante HRM, independientemente de su relación jurídica con HRM, incluidos los trabajadores temporales, contratistas, consultores, asesores, practicantes y honorarios.
- 5.1.12.3 **Fraudes Externos:** Actos encaminados a defraudar, apropiarse de bienes indebidamente o soslayar regulaciones, leyes o políticas de la entidad en los que se encuentre implicado un externo a HRM. Se incluye en la categoría de externos a: proveedores, agencias externas, usuarios, entre otros.
- 5.1.12.4 **Fraude Contable o Financiero:** Alteración, distorsión o presentación falsa de las cuentas y registros financieros de la entidad de tal manera que no reflejan el valor razonable frente a las operaciones y transacciones realizadas.
- 5.1.12.5 **Fraude mediante cheque:** Emisión, transferencia ilegal, pago doble.

5.1.13 **Concusión:** Al ingresar a la función pública, el funcionario o servidor adquiere las potestades suficientes que le permitirían lesionar el fin prestacional que la administración pública cumple en un Estado Social y Democrático de Derecho. El

funcionario o servidor público que afecta la legalidad de los servicios públicos, abusando de su cargo obliga o induce a una persona para dar o prometer indebidamente un bien o beneficio patrimonial para sí o para otro, comete el delito de concusión.

5.1.14 **Hurto:** El que se apodera ilegítimamente de un bien mueble total o parcialmente ajeno, para obtener provecho, está hurtando. En el hurto no se usa violencia ni amenaza contra la integridad de las personas. Si se sustrae el bien del lugar donde se encuentra y la acción se realiza durante la noche, mediante el uso de destreza, escalamiento, destrucción o rotura de obstáculos y mediante el concurso de 2 o más personas se trata de hurto agravado. Se equiparán a bien mueble la energía eléctrica, el gas, el agua y cualquier otra energía o elemento que tenga valor económico.

5.1.15 **Infracción a la Propiedad Intelectual:** Copia y distribución ilegal de mercancías o información falsa, presentándose violación de marcas, patentes o derechos reservados. Incluye la adquisición ilegal de información de otras entidades.

5.1.16 **Malversación:** Dar el dinero o bienes de la Entidad, una aplicación diferente de la cual están destinados en beneficio propio o de terceros, por parte de sus funcionarios, trabajadores y/o terceros.

5.2 Lineamientos Generales

1. Son los titulares de los órganos y unidades orgánicas del Hospital Regional de Moquegua, en su calidad de responsables de los procesos y sistemas de gestión a su cargo, los que deben identificar los riesgos que puedan afectar el desarrollo de sus actividades para el logro de sus objetivos propuestos, y determinar los controles que puedan disminuir su impacto o probabilidad de ocurrencia.
2. Cuando en el cálculo del nivel del riesgo, se ubique en zona de riesgo alto o muy alto, los responsables de los procesos definirán las acciones preventivas y/o correctivas que el caso amerite.
3. En el proceso de identificación del riesgo residual sea tolerable, se aplicarán los controles establecidos y el monitoreo será constante.
4. En todo sistema de gestión en que se hayan identificado riesgos, se deben diseñar controles para evitar la materialización del riesgo o establecer acciones preventivas para disminuir la causa del riesgo posible.
5. Se deben establecer planes de contingencia cuando el impacto de materialización del riesgo sea desastroso, que permitan continuar con el desarrollo de actividades y el logro de los objetivos propuestos.
6. Se debe monitorear la aparición de nuevos riesgos y reportarlos para efectuar un debido control, registro y seguimiento.
7. Los responsables de los procesos y sistemas de gestión deben realizar la medición de sus controles en términos de eficacia, eficiencia y efectividad para determinar los ajustes o modificación según corresponda.
8. Los lineamientos y controles establecidos se revisarán periódicamente para adaptarse a los cambios, nuevas situaciones o circunstancias imprevistas.
9. Realizando una sólida gestión de supervisión y formación, comunicando con claridad las respectivas funciones y responsabilidades de todos los niveles jerárquicos de la Entidad y cómo su desempeño es monitoreado y evaluado.



10. Verificando el cumplimiento de las normas legales y los procedimientos internos
11. Promoviendo la cultura del accionar con total transparencia, ética y responsabilidad en todos los procesos, acciones y transacciones
12. Priorizando las actividades de prevención de Fraude, Soborno y Corrupción, sin disminuir los esfuerzos encaminados a la detección y corrección de situaciones relacionados con los mismos flagelos.
13. Gestionando de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con Fraude, Soborno o Corrupción, independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, respeto y transparencia. Ningún funcionario sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar un acto de esta naturaleza.
14. Evaluando los indicios de presuntos actos de Fraude, Soborno o Corrupción, bajo los principios de confidencialidad, integridad, transparencia, objetividad, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones

5.3 Componentes de la gestión de riesgos

1. Ambiente Interno
Comprende entre otros los valores éticos y la moral de sus funcionarios, la estructura organizacional, y las condiciones para la asignación de autoridad y responsabilidades.
2. Establecimiento de objetivos
Comprende los objetivos organizacionales, que deben encontrarse alineados a la visión y misión de la entidad, y ser compatibles con la tolerancia al riesgo y el grado de exposición al riesgo aceptado.
3. Identificación de riesgos
Consiste en identificar los riesgos internos y externos que pueden tener un impacto negativo sobre los objetivos de la organización.
4. Evaluación de riesgos
Evalúa los riesgos que enfrenta la organización y que podrían impactar en el logro de los objetivos.
La evaluación puede realizarse desde dos perspectivas:
 - Impacto
 - Probabilidad
5. Respuesta al riesgo
Proceso por el cual se debe optar por aceptar el riesgo, disminuir la probabilidad de ocurrencia, disminuir el impacto, transferirlo total o parcialmente, evitarlo o una combinación de las medidas anteriores, de acuerdo con el nivel de tolerancia al riesgo definido.
6. Actividades de control
Busca asegurar que las políticas, estándares, límites y procedimientos para el tratamiento de los riesgos son apropiadamente tomados y ejecutados.
Asimismo, busca la eficacia y efectividad de las operaciones de la organización, la confiabilidad de la información financiera u operativa interna y externa, así como el cumplimiento de las disposiciones legales que le sean aplicables.
7. Información y comunicación
Proceso por el que se genera y transmite información apropiada y oportuna a la alta dirección y a los interesados, siendo interna y externa, puede incluir información de gestión, financiera y operativa.



8. Seguimiento

Es la evaluación del adecuado funcionamiento de la Gestión integral de Riesgos y la implementación de las modificaciones que sean requeridas.
Incluye reporte de deficiencias encontradas y su corrección.

5.4 Objetivos de la política integral de gestión de riesgos

Los objetivos buscan disminuir la vulnerabilidad de los procesos y procedimientos frente a situaciones no previstas ni controladas por factores ya sean internos o externos, pudiendo estos interferir en el cumplimiento de funciones y metas trazadas.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar una cultura de identificación de riesgos.
2. Que la gestión de riesgos se articule con la gestión por procesos y la prevención de actos de corrupción.
3. Proteger los recursos del Hospital Regional de Moquegua, resguardándolos contra la materialización de riesgos.

5.5 Orientaciones Ante Intento de Soborno

Los intentos de soborno deben ser rechazados con cortesía, pero con contundencia y total claridad. Se debe evitar que las respuestas den la impresión de que se está de acuerdo. Es necesario, hacer saber al solicitante que el HRM tiene políticas estrictas y que podemos perder el trabajo si nos involucramos en conductas que violan las políticas, pero además deben reportar lo ocurrido por los canales respectivos.

- "No quiero saber cómo conseguirás la meta, la información, el servicio, etc, pero consíguela y rápido".
- "No te voy a preguntar nada porque no quiero saber la respuesta"
- "Si hay mucha corrupción, así que no le preguntaré a nuestro contratista cómo se las arregla con el pago de impuestos u obligaciones, por el costo bajo de su servicio".

5.6 Prohibiciones

1. No participe en ninguna forma de soborno, directa o indirectamente.
2. No exija, ni reciba dinero o cualquier cosa de valor a cambio de dar una ventaja o un beneficio a alguien.
3. No haga ningún pago prohibido.
4. No falsifique información, libros y/o registros de la Entidad, con asientos o data engañosa, incompleta o inexacta.
5. No restrinja la competencia, actuando en concierto con otra(s) persona(s), en un proceso de licitación o concurso público, con el fin de alterar ilícitamente el procedimiento contractual.
6. No denuncie a sabiendas que el hecho denunciado es falso.
7. No intente influenciar en los tratos comerciales con proveedores o contratistas, donde pueda tener una relación personalmente beneficiosa.
8. No participe en ninguna situación que involucre o parezca involucrar un conflicto de intereses. Un conflicto de intereses generalmente surge cuando sus intereses personales, interfieren con los intereses del HRM.



VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Metodología para la implementación de la gestión de riesgos

Para identificación de Riesgos deben ejecutar los siguientes pasos:

6.1.1. Paso 1: Evaluación de Riesgos

a. Identificar los riesgos

Por cada producto priorizado, se identifican los riesgos que afecten su provisión. Para ello, pueden utilizarse las siguientes herramientas de recojo de información: entrevistas, encuestas, talleres participativos, lluvia de ideas, diagrama o ficha técnica de procesos, entre otros. Para el desarrollo de dichas herramientas puede tomarse en cuenta las preguntas guías de identificación de riesgos que se presentan en el Anexo N° 1.

Aplicabilidad Anexo N° 01

Población y Muestra

La población a utilizar para el siguiente estudio serán los servidores que laboran en las diferentes áreas de Hospital Regional de Moquegua, cada Jefatura de forma aleatoria realizara el muestreo para la recopilación de la información.

Técnicas de procesamientos y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizará en Microsoft Excel o el programa estadístico SPSS. Para su análisis e interpretación pudiendo utilizar para los resultados la escala porcentual del 0 al 100%

De los resultados se procederá hacer la equivalencia entre valores para determinar la probabilidad e impacto del riesgo y los resultados obtenidos de la encuesta de acuerdo al detalle siguiente:

NIVEL	VALOR para determinar la Probabilidad-Riesgo	En porcentaje (%)
Baja	4	40%
Media	6	60%
Alta	8	80%
Muy alta	10	100%

b. Valorar los riesgos

Por cada riesgo identificado se procede a valorar su probabilidad de ocurrencia y el impacto que podría generar en la provisión del producto priorizado. Estos dos valores se multiplican para obtener el nivel de riesgo, que puede ser: bajo, medio, alto y muy alto.



La fórmula y criterios utilizados para valorar los riesgos se describen en el Anexo N° 2.

c. Determinar la tolerancia al riesgo

Identificado los riesgos y sus niveles, la entidad determina cuáles de ellos van a ser reducidos a través de medidas de control, de acuerdo a la tolerancia al riesgo que la entidad establezca, según los criterios que se proponen a continuación:

- ✓ Las entidades del grupo 2, establecen medidas de control, al menos para los riesgos que presentan niveles alto y muy alto.

Las valoraciones y clasificación utilizadas se describen en el Anexo N° 3.

6.1.2. Paso 2: Plan de Acción- Sección Medidas de Control

Por cada riesgo determinado en el paso anterior, debe establecerse las medidas de control que permitan reducirlo de manera eficaz, oportuna e eficiente. Estas medidas constituyen las medidas de control y pueden ser definidas como las políticas, procedimientos, técnicas u otros mecanismos que permiten reducir dicho riesgo.

Los planes deben documentarse indicando el responsable y plazos estimados para implementarlos, como se muestra en el Anexo N.º 4.

Posteriormente, debe ser remitido al órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI, para su revisión y posterior aprobación por el Titular de la Ejecutora – Hospital Regional de Moquegua y el funcionario responsable de Implementar el SCI.

6.3. Informes y periodicidad

Los funcionarios responsables de los órganos y unidades orgánicas de los procesos consolidan la información de su competencia para informar a su superior jerárquico, según corresponda.

VII. DISPOSICION UNICA

Todo aspecto no regulado y/o incluido en la presente directiva no interfieren con las disposiciones establecidas ni limitan las normas dictadas por los sistemas administrativos, así como otras normas que se encuentren vigentes.

VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Las disposiciones de la presente directiva se aplican a fin de implementar las medidas de control interno institucional.

1. ¿Qué es la corrupción?

Todo acto realizado por el funcionario público que haciendo mal ejercicio de su cargo no tenga en cuenta los fines de la función pública o el interés público, sino que actúa por un beneficio particular, violando la ley.

- De manera activa (hacer algo que está prohibido).
- De manera omisiva (no haciendo algo que el funcionario público está obligado a hacer).

Funcionario público

Para el derecho penal, funcionario público es quien ejerce una función o cargo en la Administración Pública, independientemente del vínculo contractual que aquel tenga con el Estado o de su régimen laboral.

2. Actos de corrupción

Son actos de corrupción:

2.1. Actos de corrupción que son delitos

Actos más graves de abuso de la función pública y que se encuentran prohibidos por la ley penal. Casi siempre están sancionados con pena de privación de la libertad y siempre implican la inhabilitación del cargo público.

2.1.1. Delito de cohecho activo

Pagar o prometer un soborno o coima aun empleado público (Art. 397 Código Penal).

2.1.2. Delito de cohecho pasivo

Empleado público recibe o acepta un soborno o coima (Art. 393 y 394 Código Penal).

- **Cohecho pasivo propio**
Funcionario público que recibe o solicita a una persona que le entregue dinero o algún beneficio a cambio de que realice un acto que es contrario a sus obligaciones.
- **Cohecho pasivo impropio**
Acto que es parte de sus obligaciones.
- **Delito de colusión ilegal**
Acordar clandestinamente con un particular para hacer que este gane un contrato con el Estado o no lo cumpla como corresponde (Art. 384 del Código Penal).
- **Delito de peculado**
Apropiarse de dinero o bienes del estado para beneficio propio o de un tercero (Art. 387 y 388 Código Penal), que le pertenecen al estado y sobre los cuales el empleado público tenía responsabilidad de cuidar, custodiar o vigilar.
- **Delito de tráfico de influencias**
Ofrecer interceder ante jueces, fiscales u otros empleados públicos que conocen un caso para que lo solucionen en favor de una persona (Art. 400 Código Penal).
- **Delito de enriquecimiento ilícito**
Enriquecerse económicamente sin justificación

2.2. Actos de corrupción que solo son faltas administrativas

Actos menos graves de abuso de la función pública y que se encuentran prohibidos por normas administrativas. Están sancionados con medidas disciplinarias: destitución, inhabilitación, la suspensión del cargo o amonestaciones.

2.3. ¿Cómo y dónde denunciar los delitos de corrupción de empleados públicos?



Denuncia penal

Acto mediante el cual una persona pone en conocimiento de la autoridad hechos que podrían constituir delito.

El numeral 1° del artículo 326 del nuevo Código Procesal Penal (NCP), todo ciudadano tiene derecho a denunciar, ante la autoridad competente, los hechos de corrupción que lleguen a conocer.

Por otro lado, los funcionarios públicos que toman conocimiento de algún delito de corrupción en el ejercicio de sus cargos tienen la obligación de denunciarlos ante la autoridad encargada. El incumplimiento de esta obligación se encuentra sancionado penalmente (Art. 407° del Código Penal).

Actos de corrupción con contenido administrativo

Documento que tiene por finalidad precisar aspectos técnico operativos y de acciones en materias específicas referentes a procedimientos técnicos u operativos en obediencia a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una Norma Técnica de Salud (NTS), o por necesidad del hospital.



IX. VIGENCIA

- 9.1. La presente directiva tendrá vigencia a partir de su aprobación mediante acto resolutivo y de su publicación en la página web del hospital (www.hospitalmoquegua.gob.pe).
- 9.2. Toda modificación, actualización, ampliación o su reemplazo; entrarán en vigencia a partir de su aprobación vía acto resolutivo y de su publicación en la página web del hospital.



X. RESPONSABILIDAD

- ✓ Los jefes de los órganos y unidades orgánicas del Hospital Regional Moquegua, son responsables de la implementación y cumplimiento de la presente Directiva, en el marco de sus competencias y funciones
- ✓ Oficina de Planeamiento Estratégico, es la encargada de la conducción y revisión de las directivas.
- ✓ La oficina de Asesoría Jurídica es responsable de revisar y analizar los proyectos de Directivas en los aspectos de su competencia emitiendo la correspondiente opinión legal, y de encontrarlos conforme, elaborara y visara el proyecto de resolución que aprobara la Directiva.
- ✓ La oficina de Administración elabora, socializa y realizará el seguimiento continuo hasta la aprobación de la Directiva.
- ✓ Para asegurar una gestión eficaz que mitigue el riesgo de fraude en Hospital Regional de Moquegua, es importante comprender las funciones y responsabilidades que el personal de todos los niveles y en todas las áreas, tienen con respecto a la gestión de este riesgo.
- ✓ Los funcionarios y trabajadores del Hospital Regional de Moquegua, son responsables de que los "terceros" con los que se relacionan cumplan con esta Política. Para ello, los contratos, reflejarán formalmente una cláusula explícita sobre el conocimiento y cumplimiento de la presente Directiva Anticorrupción. Dejando claro, que es ilegal pagar, ofrecer, prometer o autorizar la entrega de dinero o cualquier cosa de valor a cualquier representante del HRM, con el propósito de, retener u obtener alguna ventaja indebida.
- ✓ Participar activamente en la identificación, evaluación, tratamiento, control, seguimiento y reporte de los riesgos que afecten el logro de los objetivos estratégicos y específicos bajo su ámbito de acción.

Anexos

Anexo 01

Preguntas guía para la identificación de riesgos de corrupción (fraude)

Variables: P= Probabilidad; (preguntas 01,02)
I= Impacto (preguntas 03,04,05 y 06)

1. ¿Cree Ud. que algunos funcionarios, directivos y/o servidores del HRM incurren en actos de fraude y corrupción? (P)
 - a) totalmente de acuerdo
 - b) de acuerdo
 - c) ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - f) No sabe no conoce
2. En los últimos doce meses, ¿ha tomado conocimiento o ha sido testigo de la entrega de regalos, propinas, u otro beneficio a funcionarios, directivos y/o servidores del HRM? (P)
 - a) Si
 - b) No
3. ¿Por qué cree usted que los trabajadores del HRM no denuncian los casos de fraude y corrupción? (I)
 - a) Por temor a represalias
 - b) Por temor a verse involucrados
 - c) Por desconocimiento
 - d) Por indiferencia
 - e) Otros
4. ¿Sabe usted dónde denunciar un caso de fraude y corrupción? (I)
 - a) Si
 - b) no
5. ¿cuán efectivos cree que son los resultados de las denuncias por casos de fraude y corrupción en el HRM? (I)
 - a) totalmente efectivos
 - b) bastante efectivos
 - c) Medianamente efectivos
 - d) Poco efectivos
 - e) Nada efectivos
 - f) No precisa
6. ¿Conoce las acciones de lucha contra el fraude y corrupción que viene desarrollando en el HRM? (I)
 - a) si conoce
 - b) no conoce
7. ¿cree usted que el fraude y corrupción está siendo combatida en el HRM? (I)
 - a) totalmente de acuerdo
 - b) de acuerdo
 - c) ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) en desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
 - f) No sabe no conoce

NOTA: Puede utilizar otras herramientas para el recojo de la información de acuerdo al paso 01 del capítulo VI Disposiciones Específicas, numeral 6.1.1

Anexo 02

Crterios para la Valoración de Riesgos

Fórmula para determinar el valor del riesgo

Para la determinación del valor del riesgo se debe utilizar la siguiente fórmula:

$$\text{Valor del riesgo (Vr)} = \text{Po} \times \text{I}$$

Donde

Vr : Valor del riesgo

Po : Probabilidad de ocurrencia del riesgo

I : Impacto del riesgo

Valores para determinar la probabilidad del riesgo

Nivel	Valor
Baja	4
Media	6
Alta	8
Muy Alta	10

Para determinar la probabilidad de ocurrencia del riesgo (Po), debe efectuarse la siguiente pregunta: ¿Cuál es la probabilidad de ocurrencia del riesgo en el producto priorizado?

Valores para determinar el impacto de riesgo

Nivel	Valor
Bajo	4
Medio	6
Alto	8
Muy Alto	10

Para determinar el impacto del riesgo (I), debe efectuarse la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto del riesgo en el cumplimiento del objetivo del producto priorizado?

Mapa de riesgos

En base a los valores utilizados para determinar la probabilidad e impacto, se construye una matriz que permite visualizar los distintos niveles de riesgo por colores. Esta herramienta es denominada como el mapa de riesgos.

		Impacto			
		Bajo 4	Medio 6	Alto 8	Muy Alto 10
Probabilidad	Muy Alta 10	40	60	80	100
	Alta 8	32	48	64	80
	Media 6	24	36	48	60
	Baja 4	16	24	32	40

Valores y Niveles del riesgo por intervalos

Para determinar el nivel de riesgo por intervalo, debe efectuarse la siguiente pregunta: ¿A qué intervalo pertenece el valor del riesgo obtenido?

RB (Riesgo Bajo)	RM (Riesgo Medio)	RA (Riesgo Alto)	RMA (Riesgo Muy Alto)
16-24	32-40	48-64	80-100

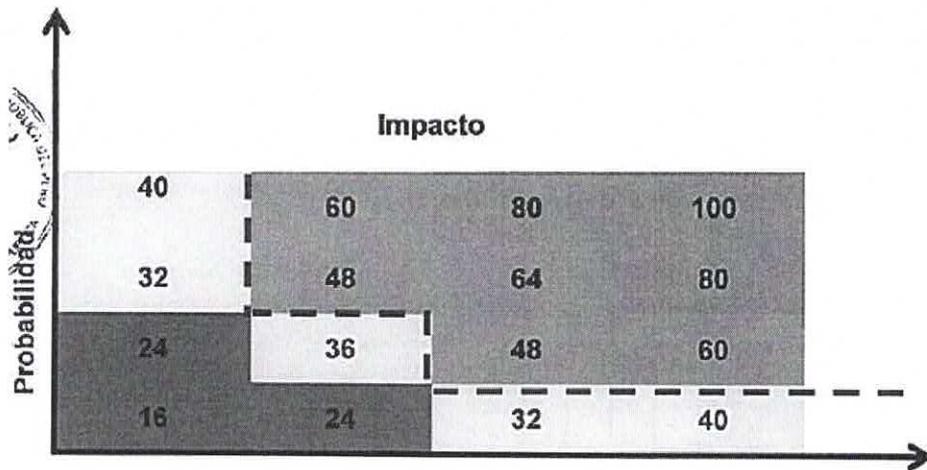


Anexo 03

Tolerancia al Riesgo

a) Para Entidades de los Grupos 2.

Las entidades que se encuentran en los Grupos 2 y 3 deben asegurar al menos la adopción de controles para reducir los riesgos que se encuentran en los niveles alto y muy alto.



Anexo 04

Plan de Acción Anual

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	MEDIDA DE CONTROL	ORGANO Ó UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	COMENTARIOS U OBSERVACIONES
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO		

FIRMA DEL TITULAR DE LA ENTIDAD

Cargo: DIRECTOR EJECUTIVO, NIVEL REMUNERATIVO F-4 DE HRM

Nombre y Apellidos:

DNI:

Vº Bº DEL FUNCIONARIO A CARGO DE LA U/O RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR EL SCI

Cargo: JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Nombre y Apellidos:

DNI:

