



Resolución *Directoral N° 266* -2020-MIDIS/P65-DE

Lima, 11 DIC. 2020

VISTO:

El Informe N° 00028-2020-MIDIS/P65-CAL, expedido por el Coordinador de Calidad y el Informe N° 00395-2020-MIDIS/P65-DE/UAJ de la Unidad de Asesoría Jurídica del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, y sus modificatorias, se crea el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" con la finalidad de brindar protección social a los adultos mayores de 65 años, que viven en situación de vulnerabilidad, entregándoles una subvención monetaria que les permita incrementar su bienestar; y mejorar sus mecanismos de acceso a los servicios públicos que brinda el Estado;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 0273-2017-MIDIS se aprobó el Manual de Operaciones del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", cuyo artículo 5° establece como objetivos de la entidad: i) Diseñar e implementar servicios de calidad orientados a brindar protección social a los adultos mayores a partir de 65 años, facilitando el incremento de su bienestar; y ii) Fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental orientada a la implementación de servicios sociales de apoyo a sus usuarios;

Que, el literal h) del artículo 9 del mencionado Manual de Operaciones, establece como función de la Dirección Ejecutiva: Aprobar, modificar y derogar las directivas, reglamentos y otras normas técnico-operativas y administrativas internas que requiera el programa para su funcionamiento, de acuerdo a las políticas sectoriales y lineamientos que establezca el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social;

Que, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, declara 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, mediante Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, se aprobó el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, cuyo artículo 3 señala que el mencionado sistema se rige bajo varios principios siendo uno de ellos lo referido a la eficacia y eficiencia, es decir que las entidades públicas orientan su actuación hacia el logro de objetivos institucionales y el manejo racional y óptimo de los recursos;

Que, mediante Resolución Directoral N° 054-2020-MIDIS/P65-DE se aprobó el Plan Anual de Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Antisoborno del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" para el periodo 2020, el mismo que tiene como objetivo general fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Antisoborno en los procesos de la sede central del Programa, tomando como base la Norma Internacional ISO 9001:2015: Sistema de Gestión de Calidad, así como la Norma Internacional ISO 37001:2016: Sistema de Gestión Antisoborno o sus equivalentes;

Que, mediante Resolución Directoral N° 118-2020-MIDIS/P65-DE de fecha 01 de junio de 2020, se actualizó el Anexo 1 del referido plan, aprobando cuatro procedimientos: i) auditorías



internas, ii) mejora continua, iii) gestión de riesgos y iv) salida no conforme, a fin de adecuar los sistemas de gestión del programa a través de documentos normativos que permitan gestionar su mejora continua;

Que, mediante los artículos 7 y 8 de la Resolución Directoral N° 020-2018-MIDIS/P65-DE de fecha 16 de febrero de 2018, se aprobó el Procedimiento de Revisión por la Dirección y del Procedimiento de Control de Documentos y Registros, respectivamente;

Que, mediante el informe de VISTO, el Coordinador de Calidad señala que de acuerdo al Plan Anual de Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Antisoborno del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" periodo 2020, se hace necesario actualizar cinco procedimientos: i) auditorías internas, ii) mejora continua, iii) gestión de riesgos, iv) revisión por la dirección y v) control de documentos y Registros, a fin de adecuar los sistemas de gestión del programa a través de documentos normativos que permitan gestionar la mejora continua en el Programa;

Que, asimismo en el mencionado documento solicita la aprobación y/o formalización de las matrices de los Sistemas de Gestión Integradas, para su utilización dentro del sistema ISO 9001:2015 e ISO 37001:2016 siendo las siguientes: i) matriz de contexto de la organización, ii) matriz de objetivos de calidad y antisoborno, iii) matriz de partes interesadas y iv) matriz de gestión de riesgo;

Que, adicionalmente el Coordinador de Calidad solicita el cambio de denominación del "Comité de Gestión de la Calidad" conformado mediante Resolución Directoral N° 131-2019-MIDIS/P65-DE, por el de "Comité de Sistemas de Gestión Integrados", debido a que además, de realizar actividades propias del Sistema Gestión de Calidad ejecutan acciones del Sistema de Gestión Antisoborno;

Que, mediante Informe N° 00395-2020-MIDIS/P65-DE/UAJ, la Unidad de Asesoría Jurídica brinda opinión legal favorable a la expedición de la resolución directoral que actualiza cinco (05) procedimientos y las cuatro (04) matrices de los Sistemas de Gestión Integradas, conforme a la propuesta remitida por el Coordinador de Calidad relacionados al Plan Anual del Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y Sistema de Gestión Antisoborno del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", debido a que estos cambios ofrecen una mejora continua a las actividades y servicios que brinda este Programa Nacional las cuales se encuentran adecuadas a los objetivos y funciones generales que la entidad se ha propuesto alcanzar en el presente año fiscal;

Que, asimismo, la referida unidad emite opinión legal favorable respecto al cambio de denominación del "Comité de Gestión de la Calidad" por el de "Comité de Sistemas de Gestión Integrados", debido a que dicha denominación abarca la ejecución de actividades propias del Sistema de Gestión Antisoborno;

Que, estando a las facultades de la Dirección Ejecutiva, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, y sus modificatorias, la Resolución Ministerial N° 273-2017-MIDIS, que aprueba el Manual de Operaciones del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65" y la Resolución Directoral N° 054-2020-MIDIS/P65-DE que aprueba el Plan Anual de Desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión Antisoborno del Programa para el periodo 2020 y contando con las visaciones del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica; y el Coordinador de Calidad del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Procedimiento de Auditorías Internas, versión 5, Código de versión actualizada PR-GCAL-02/05; detallada en el anexo adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Aprobar el Procedimiento de Mejora Continua, versión 3, Código de versión actualizada PR-GCAL-07/003; detallada en el anexo adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3°.- Aprobar el Procedimiento de Gestión de Riesgos, versión 3, Código de versión actualizada PR-GCAL-09/03; detallada en el anexo adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 4°.- Aprobar el Procedimiento de Revisión por la Dirección, versión 3, Código de versión actualizada PR-GCAL-06/03; detallada en el anexo adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 5°.- Aprobar el Procedimiento de Control de Documentos y Registros del Sistema de Gestión Integrado, versión 5, Código de versión actualizada PR-GCAL-01/05; detallada en el anexo adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 6°.- Aprobar la Matriz de Contexto de la Organización, la Matriz de Objetivos de Calidad y Antisoborno, la Matriz de Partes Interesadas y la Matriz de Gestión de Riesgo; detalladas en los anexos adjuntos, que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 7°.- Aprobar el cambio de denominación del "Comité de Gestión de Calidad", conformado mediante Resolución Directoral N° 131-2019-MIDIS/P65-DE, por el de "Comité de Sistemas de Gestión Integrados", por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

Artículo 8°.- Dejar sin efecto, los artículos 7 y 8 de la Resolución Directoral N° 020-2018-MIDIS/P65-DE debido a la actualización del Procedimiento de Revisión por la Dirección y del Procedimiento de Control de Documentos y Registros del Sistema de Gestión Integrado, respectivamente.

Artículo 9°.- Dejar sin efecto, los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución Directoral N° 118-2020-MIDIS/P65-DE, debido a la actualización de una nueva versión del Procedimiento de Auditorías Internas, del Procedimiento de Mejora Continua y del Procedimiento de Gestión de Riesgos.

Artículo 10°.- Notificar la presente resolución al Coordinador de Calidad del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", para los fines pertinentes.

Artículo 11°.- Publicar la presente resolución en el Portal Institucional del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65".

Regístrese y comuníquese.

.....
MABEL GALVEZ GALVEZ
Directora Ejecutiva
DIRECCIÓN EJECUTIVA
PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA
PENSIÓN 65



AUDITORÍAS INTERNAS

(Vs. 05)



Coordinador de Calidad	Comité SIG	Alta Dirección	19/11/2020
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de Aprobación
Resolución Directoral N°			

Matriz de Control de Cambios en Documentos

Versión	Ítem	Modificación respecto a la versión anterior	Sustento	Unidad que solicitó el cambio	Observaciones
2	4	Se retiraron términos no utilizados en el procedimiento	RD 01-2016	Coordinación de Calidad	
2	8/9	Retiro del formato de Lista de verificación.	RD 01-2016	Coordinación de Calidad	
2	8/9	Simplificación del formato de Plan Anual de Auditorías	RD 01-2016	Coordinación de Calidad	
3	6	Se incluyó el perfil completo de Auditor Interno	PM 2017-02	Coordinación de Calidad	
3	6	Se incluyó dentro de las disposiciones la opción de reprogramación	PM 2017-03	Coordinación de Calidad	
3	9	Se modificó el Plan Anual de Auditorías, incluyendo el campo de reprogramación	PM 2017-03	Coordinación de Calidad	
3	9	Adecuación del flujograma retirando las Listas de Verificación las cuales ya habían sido eliminadas en la versión 2.0	AI 2017-01	Coordinación de Calidad	
3	Todos	Adecuación a la Norma ISO 37001	Migración a la Norma ISO 9001:2015 e Implementación de la Norma ISO 37001	Coordinación de Calidad	
4	6.1	Se incorpora "Taller: Formación de auditores internos"	Actualización y repaso de metodología.	Coordinación de Calidad	
4	6.3	Participación de los auditores internos	Actualización de la estructura documentaria	Coordinación de Calidad	
4	6.4	Alternativa de contratación de auditores externos			
4	6.6	Programación y temas de las auditorías internas			
4	6.7	Difusión de las Programación de auditoría interna			
4	9.1 al 9.4	Actualización de todos los anexos			
5	Todos	Se modificó el documento en su totalidad	Simplificación de proceso	Coordinación de Calidad	



PR-GCAL-01-F05 Vs.01

1.	OBJETIVO
	Establecer las actividades para la planificación, realización, documentación y seguimiento de las auditorías internas, con el objeto de verificar que las actividades de los procesos cumplen las disposiciones establecidas en los Sistemas de Gestión Integrado en el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65.
2.	ALCANCE
	Este procedimiento es aplicable a todas las auditorías internas realizadas al Sistema de Gestión de Calidad y Antisoborno del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, por los Auditores Internos o externos debidamente autorizados.
3.	RESPONSABLES
3.1	Coordinador de Calidad: Responsable de la planificación de las auditorías internas a nivel de Sede central y Unidades Territoriales.
3.2	Equipo Auditor: Programa y lleva a cabo las auditorías a los procesos seleccionados.
3.3	Dirección Ejecutiva: Aprueba el Plan de Auditorías Internas del programa.
4.	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS
4.1	Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
4.2	Auditor: Persona calificada para llevar a cabo una auditoría. Puede ser un auditor interno calificado del Programa Social Pensión 65, o en caso se requiera, un auditor externo calificado.
4.3	Criterios de auditoría: Conjunto de políticas, normativas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
4.4	Auditado: organización o persona que es auditada.
4.5	Evidencia: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
4.6	Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de las evidencias de auditoría contra los criterios de auditoría.
4.7	No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.
5.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
5.1	ISO 9001 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos
5.2	ISO 37001 Sistema de Gestión Antisoborno - Requisitos
6.	DISPOSICIONES ESPECIFICAS
6.1	Los auditores internos deben cumplir los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Deben ser independientes del área auditada. • Educación: Grado académico universitario. • Formación: Cursos de Sistemas de Gestión ISO. • Taller: Formación de auditores internos. • Experiencia: Haber laborado al menos 06 meses en el programa (no requerido si se tratase de un proveedor externo)
6.2	Para desempeñarse como auditor líder debe contar con el siguiente perfil: <ul style="list-style-type: none"> • Educación: Grado académico universitario. • Formación: Curso de Auditor Interno en Sistemas de Gestión ISO, Curso de Interpretación de la Norma ISO 9001, Curso de Interpretación de la Norma ISO 37001. • Experiencia mínima: haber participado en el rol de Auditor en 3 oportunidades.
6.3	La participación de los auditores internos en las auditorías, es supervisada por un auditor líder, quien conformará un Equipo de Auditores Internos, el cual deberá ser formalizado y comunicado por la Dirección Ejecutiva a toda la organización, a través de una Resolución Directoral, cuya vigencia será de 1 año.



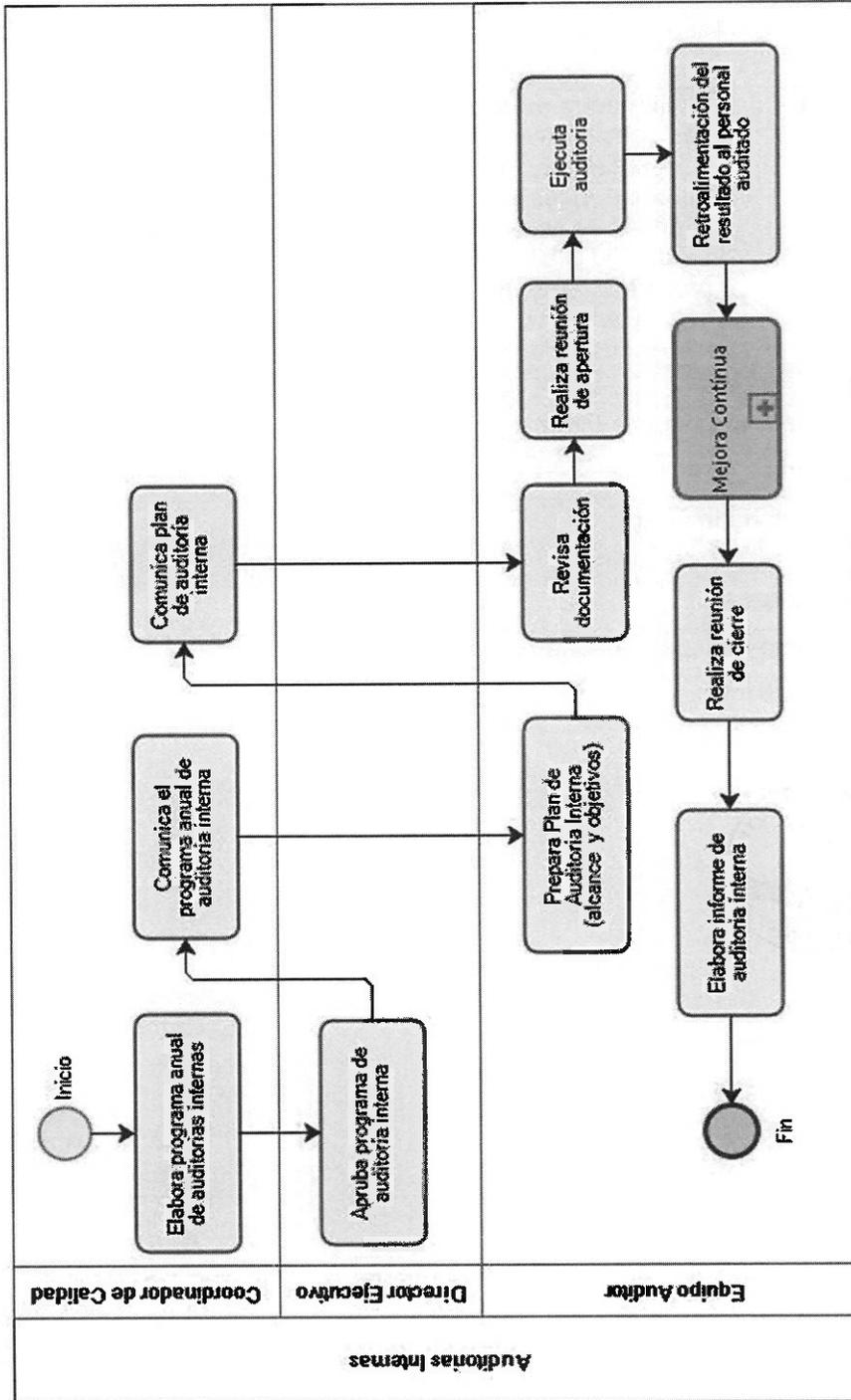
6.4	Para la realización de auditorías internas, se puede considerar la contratación de un proveedor externo, personal de otros programas o sectores que puedan acreditar sus competencias de acuerdo al ítem 6.1	
6.5	Los Sistemas de Gestión del PNAS - Pensión 65 son auditados por lo menos una vez al año.	
6.6	La programación y los temas de las auditorías se realiza en función a la importancia y el estado de las actividades o procesos a auditar, a los resultados del proceso de auditorías internas y externas anteriores, considerar las recomendaciones del órgano de control institucional, la matriz de riesgos y las propuestas que el Comité del Sistema de Gestión Integrado pueda sugerir como temas auditables.	
6.7	La programación elaborada por el equipo auditor deberá ser comunicada al Comité del Sistema de Gestión Integrado y a las Unidades involucradas en dicho proceso.	
6.8	El responsable del área auditada: <ul style="list-style-type: none"> • Cooperar y acompañar (personalmente o por delegación) al equipo auditor. • Facilita el acceso a las instalaciones y documentos relevantes para la auditoría. • Propone las acciones correctivas necesarias para solucionar las desviaciones (no conformidades) encontradas durante la auditoría. 	
6.9	En caso la auditoría interna sea realizada por un proveedor externo, se podrán utilizar los formatos de los auditores externos.	
6.10	En caso sea necesaria una reprogramación, se deberá actualizar el formato del Programa Anual de Auditorías, en los campos correspondientes.	
6.11	El Programa Anual de Auditorías Internas forma parte del Plan Anual de Desarrollo del Sistema de Gestión Calidad y el Sistema de Gestión Antisoborno, el cual es aprobado mediante Resolución Directoral.	
7.	DESARROLLO	
	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
7.1	Coordinador de Calidad	Planificación de la auditoría. Elabora el Programa Anual del Sistema de Gestión Integrado
7.2	Director Ejecutivo	Aprueba Programa Anual de Auditorías Internas.
7.3	Coordinador de Calidad	Comparte el Programa Anual de Auditorías Internas a través de la intranet del programa.
7.4	Equipo Auditor	Preparación de la auditoría. Prepara el Plan de Auditoría (Ver Anexo N°2) definiendo alcances y objetivos.
7.5	Coordinador de Calidad	Comunica el Plan de Auditoría a las áreas a ser auditadas con la debida anticipación. De ser necesario reajusta el cronograma en coordinación con el auditado.
7.6	Equipo Auditor	Revisa la documentación relacionada con los objetivos y alcance de la auditoría, incluyendo informes de auditorías anteriores y no conformidades.
7.7	Auditor Líder	Realización de la Reunión de Apertura. Realiza una reunión de apertura, indicando el objetivo y alcance de la auditoría y la dinámica de su ejecución, entre otros puntos que crea necesario indicar.
7.8	Equipo Auditor	Ejecución de la auditoría. Realiza la auditoría buscando evidencias objetivas de la ejecución de los procesos. Concluida la auditoría, el auditor retroalimenta al auditado los hallazgos encontrados.
7.9	Equipo Auditor	Retroalimentación de la Auditoría Una vez terminada la auditoría, el equipo auditor se reúne para analizar las evidencias obtenidas y elaborar el informe preliminar.
7.10	Auditor Líder	Realización de la Reunión de Cierre. Comunicar los resultados del proceso de auditoría mediante un informe preliminar.



7.11	Auditor Líder	Elaboración del Informe de Auditoría. El auditor líder elabora el informe de auditoría interna (Ver Anexo N° 3), el cual es presentado al Comité del Sistema de Gestión Integrado, adjuntando los Planes de Mejoramiento formulados, los mismos que son tratados de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento Mejora Continua. El informe de auditoría es archivado por el Coordinador de Calidad.
7.12	Equipo Auditor	Actividades de Seguimiento de las Auditorías Internas Las conclusiones de las auditorías pueden indicar no conformidades detectadas y la necesidad de acciones, correctivas, preventivas o de mejora según sea aplicable, tales acciones serán decididas y emprendidas por el auditado en un intervalo de tiempo acordado y no se considerará como parte de la auditoría. La Unidad Orgánica del Programa debe asegurarse de que se tomen las acciones proactivamente, para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. El seguimiento incluye la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.
8.	REGISTROS	
8.1	Programa Anual de Auditorías Internas	
8.2	Plan de Auditoría	
8.3	Informe de Auditoría Interna	
9.	ANEXOS	
9.1	Anexo 1: Flujograma	
9.2	Anexo 2: Formato Plan de Auditoría	
9.3	Anexo 3: Formato Informe de Auditoría Interna	



Anexo N° 1
Flujograma



	Procedimiento	Código: PR-GSGI-02/03
	Auditorías Internas	Fecha: 06/02/2018 Páginas: 7 de 8

Anexo N°2
Formato de Plan de Auditoría

N° AUDITORÍA:	FECHAS DE AUDITORIA:
TIPO DE AUDITORIA:	Hora de Inicio: _____ / Hora de cierre: _____
ALCANCE:	
OBJETIVOS:	
AUDITADOS:	
AUDITORES:	
Auditor Líder: _____	
Apoyo: _____	
2do Auditor: _____	
3er Auditor: _____	
CRITERIOS DE AUDITORIA:	
Exclusión:	

AGENDA

DIA	HORA	PROCESOS A AUDITAR	Personal a Auditar	Autoriza (Jefatura)	Requisito a auditar	AUDITOR



Fecha:



.....
VºBº Auditor Líder

PR-GCAL-02-F02 Vs.02



Anexo N°3
Formato de Informe de Auditoría

N° de auditoría:					Fecha:
Objetivos:					
Alcance:					
Auditados:					
Equipo Auditor:					
Criterios de Auditoría:					
RESULTADOS DE LA AUDITORIA					
N°	Incumplimiento/Hallazgo	Genera			Criterio/ Requisito asociado
		No Conformidad	Oportunidad de Mejora	Observación	
CONCLUSIONES					
RECOMENDACIONES					
Firma del Auditor Líder: _____					
Coordinador del SGI _____					
Fecha: _____					



pensión65 tranquilidad para más peruanos	Procedimiento	Código: PR-GCAL-07/03 Fecha: 20/11/2020 Páginas: 1 de 11
	Mejora Continua	

MEJORA CONTINUA

(Vs. 03)



Coordinador de Calidad	Comité del Sistema Integrado de Gestión	Dirección Ejecutiva	20/11/2020
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de Aprobación
Resolución Directoral N°			

Prohibida su reproducción sin autorización del Representante de la Dirección

Matriz de Control de Cambios en Documentos

Versión	Ítem	Modificación respecto a la versión anterior	Sustento	Unidad que solicitó el cambio	Observaciones
2	1	Se modifica la totalidad del objetivo	En este documento se consolida toda acción de que involucre mejora de los procesos.	Dirección Ejecutiva / Coordinación de Calidad	
2	2	Se modifica la totalidad del alcance			
2	4.2 4.3 4.4 4.5 4.6 4.11 4.13 4.14	Se modifican la totalidad de los ítems mencionados.			
2	6.3	Fuentes de detección de No Conformidades.			
2	7.1	Actualizar ítem de Identificación de las Salidas No Conformes, Acciones Correctivas u Oportunidades de Mejora.			
2	7.2	Actualizar ítem de Registros			
2	7.3	Actualizar ítem de Análisis de Causas			
2	7.4	Actualizar ítem de Plan de Acción de Mejora.			
2	7.5	Actualizar ítem Acción Correctiva.			
2	7.6	Actualizar ítem Oportunidad de Mejora.			
2	8.0	Se modifica la totalidad de registros.			
2	9.1 al 9.5	Se modifica la totalidad de los anexos.			
3	Todos	Se modificó el documento en su totalidad	Simplificación de proceso	Coordinador de Calidad	



PR-GCAL-01-F05 Vs.01



1. OBJETIVO	Establecer los lineamientos necesarios para la toma de acciones de mejora que pueden ser del tipo correctivo y/o preventivo, con la finalidad de identificar y/o eliminar las causas que originan las no conformidades del tipo reales o potencial, tratando de prevenir su repetición; mejorando para ello los procesos de los sistemas de gestión de la organización.
2. ALCANCE	El presente procedimiento aplica a las acciones correctivas, oportunidades de mejoras y salidas no conformes; orientadas a minimizar o eliminar las causas que lo originan, sean reales o potenciales, Esta se inicia desde la identificación de la desviación o hallazgo (no conformidad) hasta el seguimiento y cierre de las acciones de mejora.
3. RESPONSABLES	
3.1	Coordinador de Calidad: Responsable de gestionar la ejecución de los Planes de Acción de Mejora.
3.2	Personal del programa: Responsable de identificar y reportar las salidas No Conformes de sus respectivos procesos.
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
4.1	No Conformidad (NC): Incumplimiento a una Normativa, Reglamento, Ley, Directiva, Cláusula de Contrato y/o Convenio etc.
4.2	No Conformidad Menor (NCm): Incumplimiento que solo afecta parcialmente a un punto de la norma de los sistemas de gestión de calidad o antisoborno.
4.3	No Conformidad Mayor (NCM): Incumplimiento que afecta a un punto completo de la norma de los sistemas de gestión de calidad o antisoborno.
4.4	Salidas No Conforme (SNC): Es el resultado de un proceso que no cumple requisitos, pautas, estándares de calidad o lineamientos específicos; que origina una No conformidad o desviación de los parámetros convencionalmente establecidos.
4.5	Plan de Acción de Mejora (PAM): Se utiliza cuando se apertura una mejora de un proceso, producto de hallazgos en las auditorías internas y/o externas; u otra actividad (de similar criterio), como las recomendaciones del órgano de control institucional. Como producto de la identificación de las salidas de "No Conformes"; resultado de actividades que requieren corrección inmediata, u oportunidades de mejora que son identificadas en los procesos de la organización. También generan los PAM las consideradas "fallas" o "errores" producidos por los sistemas informáticos, los servicios que presta el programa, procesos en general y las DQR (Denuncias, Quejas y Reclamos). Los resultados de las encuestas también suelen ser una fuente de oportunidades de mejora para desarrollar un PAM.
4.6	Potencial No Conformidad (PNC): Incumplimiento que no ha ocurrido aún; pero, si no se toman las acciones correspondientes terminará ocurriendo, convirtiéndose en un incumplimiento real.
4.7	Acción Correctiva: Es aquella que busca eliminar la causa raíz de una no conformidad o salida no conforme presentada, de un defecto o de cualquier otra situación indeseable existente para evitar que vuelva a ocurrir.
4.8	Acción Preventiva: Es aquella que busca eliminar la causa de una no conformidad presentada, de un defecto o de cualquier otra situación indeseable potencial existente para evitar que ocurra.
4.9	Oportunidad de Mejora (OM): Es aquella que se implementa sin de que por medio exista una no conformidad y se origina por una iniciativa de mejora
4.10	Efectos o consecuencia: Son aquellas situaciones originadas por las desviaciones identificadas.
4.11	Mejora Continua: Es un conjunto de actividades coordinadas y controladas llevadas a cabo para lograr un objetivo que permita la mejora permanente del Sistema de Gestión en el PNAS-Pensión 65.
4.12	Plan de Mejoramiento: conjunto de actividades coordinadas y controladas llevadas a cabo para lograr un objetivo que permita la mejora continua.
4.13	5 ¿Por qué?: Técnica básica para analizar las causas que originan un problema. Consiste en realizar preguntas repetitivas, para explorar las relaciones de causa y efecto subyacentes a un problema particular. ¹ El objetivo principal de la técnica es determinar la causa raíz de un defecto o problema repitiendo la pregunta "¿Por qué?". Cada respuesta forma la base de la siguiente pregunta. El "5" en el



Prohibida su reproducción sin autorización del Coordinador del SGI

	nombre se deriva de la observación empírica en el número de iteraciones típicamente requeridas para resolver el problema.
4.14	Diagrama de Ishikawa: Diagrama de causa y efecto representado de manera gráfica, que ayuda a levantar las causas-raíces de un problema, analizando todos los factores que involucran la ejecución del proceso. Comúnmente conocida como espina de pescado, es una herramienta que complementa el análisis, logrando que las alternativas de soluciones sean más precisas.
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
5.1	Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG "Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado"
5.2	Norma ISO 9001:2015
5.3	Norma ISO 37001:2016
5.4	Procedimiento de Auditorías Internas.
5.5	Procedimiento de Salidas No Conforme.
5.6	Procedimiento de Gestión de Riesgos.
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS	
6.1	Una acción correctiva y/o de mejora es eficaz si cumple el objetivo planteado.
6.2	En el caso que las acciones correctivas no sean efectivas o exitosas, se procederá a generar un nuevo Plan de Acción de Mejora.
6.3	Las no conformidades reales o potenciales pueden detectarse después de llevarse a cabo o de ocurrir alguno de los eventos que se indican a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rutina en cualquiera de las áreas de Pensión 65. • Como consecuencia de una Salida No Conforme. • Revisión del Sistema de Calidad por parte de la Dirección. • Auditorías internas y/o Auditorías externas. • Resultados de los registros de denuncias, quejas y reclamos. • Resultados de las mediciones de la satisfacción del cliente (encuestas) • Otros
6.4	<p>Interacción del Procedimiento de Mejora Continua con los otros documentos normativos como el de Gestión de Riesgos, Salidas No Conformes y Auditorías internas y externas, entre otros.</p> <p>Esquema de interacción de los procedimientos y actividades con el Procedimiento de Mejora Continua</p>



7. DESARROLLO		
	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
7.1	Personal de P65	<p>Identificación de las Salidas No Conformes, Acciones Correctivas u Oportunidades de Mejora. Analizar información proveniente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de rutina en cualquiera de las unidades de Pensión 65 (Salida No Conforme) - Matriz de Monitoreo del Plan de Acción de Mejora (PAM). - Desempeño de los indicadores de gestión. - Denuncias, Quejas y/o Reclamos (DQR). - Incumplimiento de requisitos legales o normativos. - Sistema de Control Interno - Gestión de los riesgos. - Análisis del contexto de la organización. - Revisión por la Dirección. - Auditorías internas o externas. - Resultados de las encuestas a los usuarios - Determinación de los requisitos de las partes interesadas.
7.2	Personal de P65	<p>Registro de las Salidas No Conformes, Acciones Correctivas u Oportunidades de Mejora De acuerdo a la información analizada, definir si se genera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acción Correctiva - Oportunidad de Mejora
7.3	Personal de P65	<p>Análisis de Causa Identifica y analiza la causa raíz de la No Conformidad y registrar en el formato Plan de Acción de Mejora, pudiendo emplear la metodología de los 5 por qué o del diagrama de Ishikawa. En caso de Oportunidad de Mejora describir el objetivo</p>
7.4	Personal de P65	<p>Plan de Acción de Mejora Registra en el formato Plan de Mejora (Anexo N°02) el plan de acción considerando las actividades a desarrollar, responsables, fechas de inicio-fin y los recursos orientado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erradicar la(s) causa(s) raíz (ces) de la No Conformidad - Lograr el objetivo de mejora <p>Envía la acción correctiva y/o de mejora al Jefe de Área para su revisión.</p>
7.5	Personal de P65	<p>Acción Correctiva Plantear la acción inmediata a fin de corregir desviaciones de las No Conformidades.</p>
7.6	Personal de P65	<p>Oportunidad de Mejora Plantear las acciones que correspondan con la finalidad de evitar la el riesgo de materialización de una no conformidad o de mejorar la eficacia de los procesos.</p>
7.7	Coordinador de Calidad	<p>Aprobación del Plan de Acción de Mejora Evalúa y aprueba el registro Plan de Acción de Mejora, caso contrario señalar las observaciones para las correcciones necesarias.</p>
7.8	Personal de P65	<p>Ejecución del Plan de Acción de Mejora Ejecuta lo establecido en el registro Plan de Acción de Mejora, registrar el avance y cumplir los plazos establecidos.</p>
7.9	Coordinador de Calidad / Auditores internos	<p>Seguimiento y Verificación de la Eficacia: Realiza el seguimiento de los Planes de Mejora y verifica la eficacia de las acciones tomadas. Registra en el formato Seguimiento a los Planes de Mejora (Anexo 03).</p>

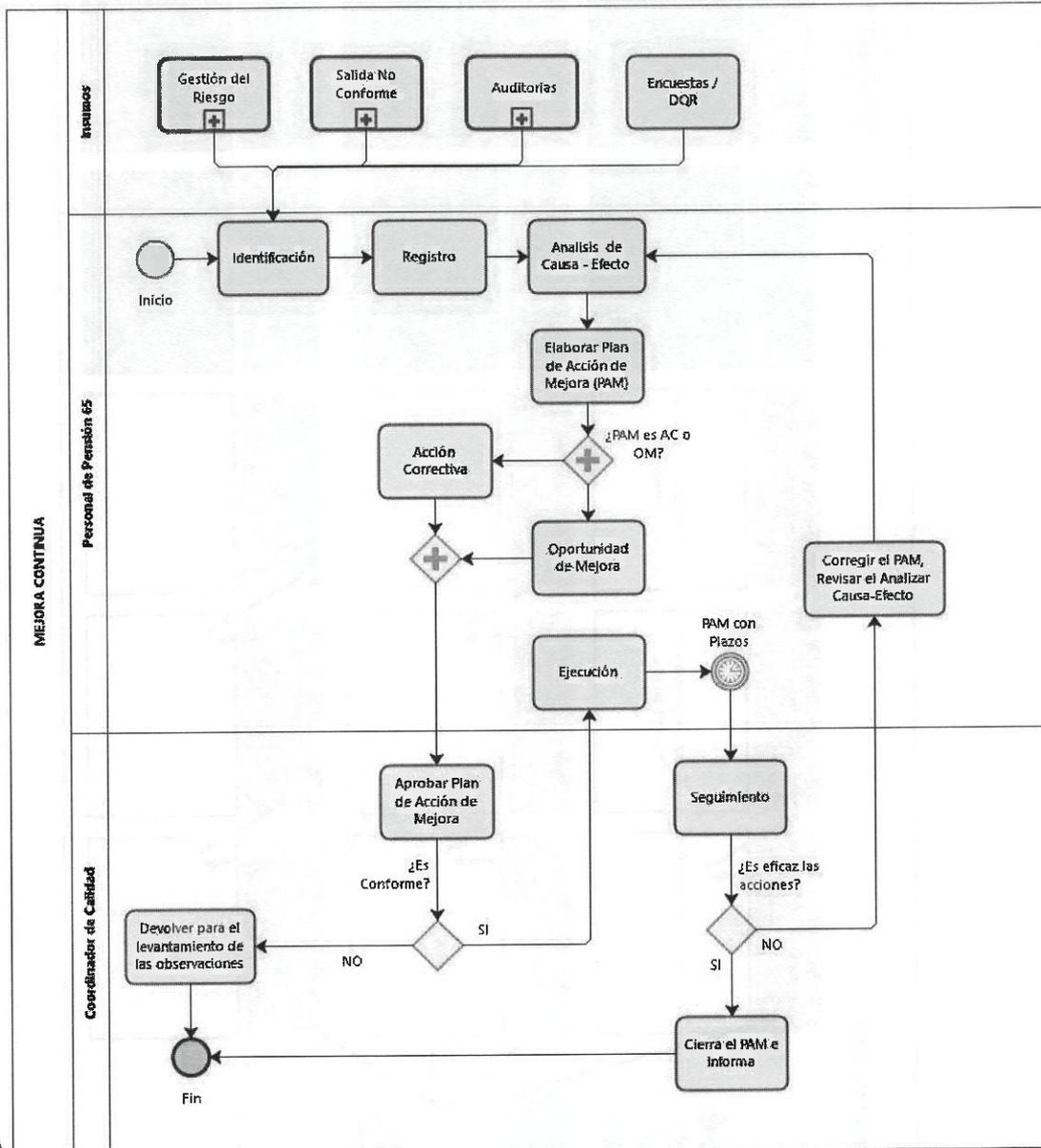
Prohibida su reproducción sin autorización del Coordinador del SGI



8.	REGISTROS
8.1	Plan de Acción de Mejora.
9.	ANEXOS
9.1	Anexo 1: Flujograma de Mejora Continua
9.2	Anexo 2: Metodología de los 5 ¿Porqués?
9.3	Anexo 3: Formato de Plan de Acción de Mejora
9.4	Anexo 4: Matriz de Seguimiento a los Planes de Mejora
9.5	Anexo 5: Matriz de Identificación y Tratamiento de Salidas No Conformes



Anexo N° 01
Flujograma: Mejora Continua



Prohibida su reproducción sin autorización del Coordinador del SGI

Anexo N°02

Metodología de 5 Porques (MODELO SIMPLE)

pensión65
tranquilidad para más peruanos

5a° Porqué		5b° Porqué		5c° Porqué	
4a° Porqué		4b° Porqué		4c° Porqué	
3a° Porqué colocar aquí el porque de la segunda respuesta?	Colocar la respuesta al tercer porque	3b° Porqué?		3c° Porqué?	
2a° Porqué colocar aquí el porque de la primera respuesta?	Colocar la respuesta al segundo porque	2b° Porqué?		2c° Porqué?	
1a° Porqué "colocar aquí el primer porque?"	Colocar la respuesta al primer porque	1b° Porqué?		1c° Porqué?	

**Por qué
Porque
Porqué
Por que**

PROBLEMA

Colocar aquí el enunciado del problema, el problema pueda tener varias partes a, b y c. una de ellas será analizado por una de las filas del "Porqué"



Anexo N° 04

MATRIZ DE BASE DE DATOS PARA EL MONITOREO DE PLANES DE ACCION Y MEJORA CONTINUA
(nombre de columnas)

MATRIZ DE BASE DE DATOS PARA EL MONITOREO DE PLANES DE ACCION Y MEJORA CONTINUA												pensión65 <small>tranquilidad para más peruanos</small>	
N°	Fecha1 de Registro	Sis.Ges	Tipo Tratamiento	Tipo Hallazgo	Origen	Descrip_1	Identificado por	Ubicado en	Accion Inmediata	Unidad /Area	F4.Program		

Unidad/ Area Responsable	Fecha2 de realizada la accion	Analisis de Causa_Electro	Elaborado por	Fecha3 de elaboracion	Tipo de Accion	Descrip_2	N°Plan, Acc	Actividades	Responsable2	F4.Program
--------------------------	-------------------------------	---------------------------	---------------	-----------------------	----------------	-----------	-------------	-------------	--------------	------------

F5.Ejecuc	Tipo de Mejora	Obs.1	Responsables	Aprobado	Verificado por	Fecha6 programada para la Verificaci	Verificación de la Efectividad de la Implementaci	Descrip_3	Calificación	Resp. Verif/ Auditor
-----------	----------------	-------	--------------	----------	----------------	--------------------------------------	---	-----------	--------------	----------------------

Fecha/ Cierre	Fecha8 de Prox.Plazo	ESTADO	Archivo	Observaciones	Evidencias
---------------	----------------------	--------	---------	---------------	------------

Prohibida su reproducción sin autorización del Coordinador Técnico





pensión65
tranquilidad para más peruanos

Procedimiento

Mejora Continua

Código: PR-GCAL-07/02

Fecha: 20/11/2020

Páginas: 11 de 11

Anexo N° 05

Matriz de Identificación y Tratamiento de Salidas No Conformes

Salida No Conforme	Descripción del Tratamiento
1. Afiliación de un Usuario que no cumple los requisitos establecidos en el DS 081-2011.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión y/o actualización del padrón de usuarios en el proceso Afiliaciones. 2. Solicitud de la actualización de datos a RENIEC 3. Retiro del usuario de la RBU y activación del proceso de recupero (cuando aplique) 4. Generar un plan de acción de mejora en casos de repetitividad
2. Transferencia de un monto mayor o menor a la emitida en la carta orden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la Transferencia emitida en el proceso de subvenciones monetarias. 2. Solicitud del monto recibido por el Banco de la Nación. 3. Solicitud de la devolución del monto excedido (monto mayor). 4. Generación de la nueva carta orden por el monto faltante (monto menor). 5. Generar un plan de acción de mejora en casos de repetitividad.
3. Transferencia Monetaria a Usuario (por desfase en el reporte de fallecidos por RENIEC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de la data enviada por RENIEC 2. Solicitud de extorno del dinero al Banco de la Nación 3. Activación del proceso de recuperos (cuando aplique) 4. Generar un plan de acción de mejora en casos de repetitividad.
4. Incumplimiento de un requisito determinado en las Actas de Acuerdos u Ordenanzas Municipales para la implementación de los Saberes Productivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar a las partes involucradas en la implementación de la intervención. 2. Revisión de la última asistencia técnica brindada por Pensión 65. 3. Revisión de las últimas actas de acuerdos. 4. Visita técnica extraordinaria (cuando aplique) 5. Generar un Plan de Mejora en casos de repetitividad.
5. Usuario no incorporado en la RBU, por fallas en actualización de los cotejos que determinan cambios en su CSE (SISFOH), la actualización de datos (RENIEC) o por cobro de pensiones públicas o privadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar a los usuarios afectados por este tipo de fallo. 2. Solicitar la confirmación o revalidación con las entidades (SISFOH, RENIEC u otras), que han afectado a los usuarios en el proceso de su cotejo. 3. Confirmar con la Unidad de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, la habilitación de la partida presupuestal para poder emitir una RUA¹

¹ Modificación de la Directiva de gestión de la entrega de la subvención monetaria, RD N°162-2019-MIDIS/P65-DE, del 20/12/2019, numeral 5.11 y 6.2

GESTIÓN DE RIESGOS

(Vs.03)



Coordinador de Calidad	Comité del Sistema de Gestión Integral	Director Ejecutivo	20/11/2020
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de aprobación
Resolución Directoral N°			

Matriz de Control de Cambios en Documentos

Versión	Ítem	Modificación respecto a la versión anterior	Sustento	Unidad que solicitó el cambio	Observaciones
2	3	Se redefine los responsables de acatar este documento.	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
2	4.1 al 4.9	Se insertan y actualizan conceptos relacionados a la Gestión del Riesgo	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
2	5.2	Se reemplaza documento de Contraloría Directiva N°006-2019-CG/INTEG	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	No solamente se introducen aspectos de los Sistemas ISO, sino también de los sistemas de control interno.
2	6.4 al 6.10	En las disposiciones específicas se introduce parte de la metodología de Gestión del Riesgo desarrollada por el Sistema de Control Interno.	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
2	7	En la parte de desarrollo, se modifica la secuencia de flujo de la gestión del riesgo. Se toma en consideración que la matriz es dinámica y modificable acorde a los diferentes escenarios por el que atraviesa la organización	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
2	8	Se actualizan dos registros para monitorear el estado de la gestión del riesgo.	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
2	9	Se actualizan y se introducen 10 anexos relacionados a la metodología de cálculo de la medición del riesgo.	Actualización	Dirección Ejecutiva – Coordinación de Calidad	
3	Todos	Se modificó el documento en su totalidad	Simplificación de proceso	Coordinador de Calidad	

PR-GCAL-01-F05 Vs.01



1. OBJETIVO	Estandarizar la metodología para planificar la gestión de riesgos del programa, desde la identificación, análisis, evaluación hasta el tratamiento de los mismos en el Programa Pensión 65.
2. ALCANCE	Todos los procesos del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65.
3. RESPONSABLES	
3.1	Jefes de Unidades
3.2	Personal del PNAS-Pensión 65
3.3	Coordinador de Calidad
4. DEFINICIONES	
4.1	Riesgo: Efecto de la incertidumbre sobre la ocurrencia de un evento que podría afectar el logro de los objetivos institucionales. El riesgo es medido en términos de sus consecuencias (impacto) y posibilidades (probabilidad de ocurrencia)
4.2	Gestión del Riesgo: Actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización con relación al riesgo.
4.3	Fuente de Riesgo: Elemento que, por si solo o en combinación con otros, tiene el potencial de generar riesgo.
4.4	Parte Interesada: Persona u organización que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad.
4.5	Contexto de la Organización: es un nuevo requerimiento en ISO 9001, y básicamente indica que una organización debe considerar las cuestiones internas y externas que pueden impactar a sus objetivos estratégicos y a la planificación del sistema de gestión de la calidad.
4.6	Evento: ocurrencia o cambio de un conjunto articular de circunstancias.
4.7	Consecuencia: Es el resultado de un evento que afecta a los objetivos. Esta puede ser cierta o incierta, teniendo efectos positivos o negativos, directos o indirectos sobre los objetivos definidos. Las expresiones pueden ser cualitativas o cuantitativas, pudiéndose incrementar sus efectos de manera de cascadas o acumulativamente.
4.8	Probabilidad: Es la posibilidad que suceda algo.
4.9	Control: Medida que mantiene o modifica el riesgo.
4.10	Impacto: Es el resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente
4.11	Amenaza: Situación de origen humano o natural que puede afectar en forma negativa a la institución mediante la destrucción total o parcial de sus activos, y por consiguiente afectando la posibilidad de cumplir con sus objetivos
4.12	Identificación de riesgos: es el proceso de detectar las fuentes principales de riesgos y determinar que puede suceder, por qué y cómo en una situación determinada y en un período de tiempo definido.
4.13	Evaluación de riesgos: determinar la probabilidad de ocurrencia del riesgo y su impacto en el logro de objetivos
4.14	Nivel del riesgo: Valor obtenido por el producto entre la probabilidad e impacto asignados a un riesgo
4.15	Análisis FODA: Se analizan las fortalezas, las oportunidades, las debilidades y las amenazas de la organización para identificar los riesgos.
4.16	Técnica Delphi: Se busca llegar a un consenso basándose en la información proporcionada de manera anónima por expertos mediante cuestionarios. Las conclusiones se forman a partir de las estadísticas de los datos obtenidos.
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
5.1	Manual de Operaciones del programa aprobado mediante Resolución Ministerial N° 273-2017-MIDIS.
5.2	Directiva N°006-2019-CG/INTEG, del 15/05/2019 – “Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado” – Anexos: 5, 6, 7, 8 y 9
5.3	Directrices para la Gestión del Riesgo ISO 31000:2018 - UNE
5.4	Norma ISO 37001:2016



5.5	Norma ISO 9001:2015
5.6	NTP ISO 31000:2018 – Gestión del Riesgo
6.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
6.1	<p>La aprobación de la Matriz de Riesgos se realiza con una frecuencia anual, sin embargo, su revisión puede darse según la necesidad de la organización. Esta revisión incluye observar los valores de probabilidad, impacto, nivel, evaluación y significancia de los riesgos identificados en los procesos misionales del programa de acuerdo con el Mapa de Procesos aprobado en el Manual de Operaciones.</p>
6.2	<p>Los insumos para identificar los riesgos pueden ser los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujogramas. • Procedimientos. • Cronogramas de trabajo. • Factores internos: son los relacionados con la organización y sus actitudes respecto del riesgo y la tolerancia al riesgo. • Factores externos: son los relacionados con el entorno externo de la organización: Gobierno Central, Sector Ministerial, Proveedores, Partes Interesadas, Marco Legal, entre otras. • Objetivos de Calidad • Interacción con entre los procesos de la organización.
6.3	<p>Tipos de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca en asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas y el diseño y conceptualización de la entidad • Riesgo operativo: Comprende los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como técnica de la entidad, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional, en la desarticulación entre dependencias, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales.

DIRECCIÓN EJECUTIVA
VºBº
MABEL GÁLVEZ GÁLVEZ
Directora Ejecutiva
PENSION 65

DIRECCIÓN EJECUTIVA
VºBº
MICHAEL ANSEL
COORDINADOR DE
CALIDAD
PENSION 65

UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA
VºBº
JOSÉ GABRIEL
QUEVEDO CHONG
JEFE
PENSION 65

	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo Financiero: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad e incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes. De la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos, así como su interacción con las demás áreas dependerá en gran parte el éxito o fracaso de toda entidad. • Riesgos de cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad. • Riesgos de corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. • Riesgos de tecnología: Se asocian con la capacidad de la entidad para que la tecnología disponible satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte el cumplimiento de su misión. • Riesgos de desastres: Aquellos asociados a eventos de origen externo. • Riesgos informáticos: es una debilidad del sistema informático que puede ser utilizada para causar un daño. Las debilidades pueden aparecer en cualquiera de los elementos de un computador, tanto en el hardware, el sistema operativo, cómo en el software.
<p>6.4</p>	<p>Comprensión de la Organización y de su contexto: Elaborar la matriz de contexto del programa que servirá de marco referencial para la matriz de riesgo. (ver anexo 11). Este puede incluir, pero no limitarse:</p> <p>Contexto Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociales, culturales, políticos, legales, reglamentarios, financieros, tecnológicos. • Impulsores claves y las tendencias que puedan afectar a los objetivos de la organización. • Valores, necesidades y expectativas de las partes interesadas. • Relaciones contractuales y compromisos. • Complejidad de las redes y dependencia. <p>Contexto Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la misión, visión y valores. • Gobernanza, roles y rendición de cuentas. • Cultura Organizacional, Objetivos y/o Políticas, Directrices, Capacidades, Recursos, Datos, sistemas de información, flujos de información, encuesta de clima laboral, Interdependencia e interconexiones. <p>Otra forma de análisis del contexto del PNAS-Pensión 65, es a través de Factores, en los cuales se identifica las condiciones y los efectos potenciales que involucran a la organización. Entre estos factores tenemos al tamaño de la organización, la estructura de la organización, el alcance del programa, el crecimiento de su servicio, el modelo de intervención empleado, las entidades con las cuales entrega el servicio, articulación con aliados estratégicos, entidades, aliados, Gobierno y los temas normativos y de control interno.</p> <p>Los criterios para la Actualización de la Matriz de Contexto (ver anexo 11) son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia Anual - Cambio de Alcance de los Sistemas de gestión - Cambios Políticos y estratégicos del sector MIDIS
<p>6.5</p>	<p>Partes Interesadas: La identificación de las necesidades y expectativas de las Partes Interesadas, se considera un punto fundamental dentro de la evaluación del Contexto de la organización, y clave para definir una estrategia adecuada.</p> <p>Una vez identificadas, cada organización en base a sus intereses en cada momento deberá determinar cuáles de ellas pasan a formar parte de nuestro Sistema Integrado de Gestión, y cuáles no. Es importante diferenciar entre lo que son necesidades de las Partes Interesadas de lo que son expectativas y deseos, ya que la prioridad debería ser distinta en cada caso (ver anexo 12)</p>



Los grupos para analizar y/o considerados como partes interesadas, son los siguientes:

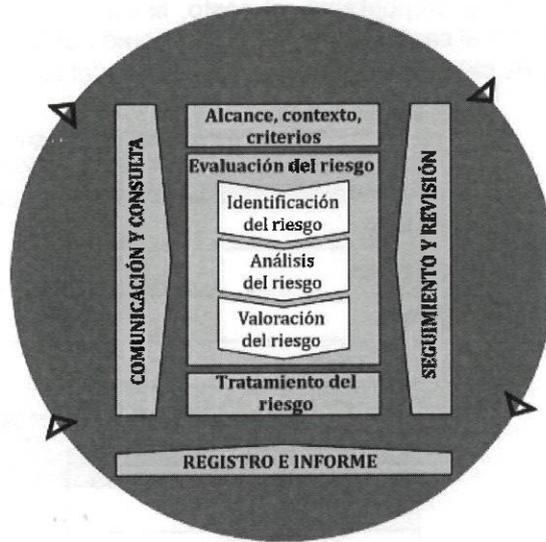
- **Usuarios:** Los receptores directos y que utilizan su producto o servicio afectan directamente su capacidad para satisfacer sus necesidades. Es necesario comprender las necesidades, las expectativas y los requisitos de las partes interesadas. Es importante conocer que se va a utilizar su producto o servicio que determina como deben hacerse llegar. Estas pueden ser algunas de sus partes interesadas más importantes.
- **Entidades del Gobierno y Organizaciones no gubernamentales.** Como Programa Social perteneciente al Sector Público, tienen requisitos legales que sus productos y servicios deben cumplir y puede que exista un gran costo social en caso de no cumplir, por lo tanto, es importante entender las expectativas del sector al cual pertenece el programa, como el monitoreo de las condiciones de los usuarios, los servicios complementarios que se ofrece, entre otros aspectos relevantes para el sector público. Dentro de este grupo podemos encontrar a los Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales, entidades como: MINSA, MINEDU, MIMPV, Congreso de la República, MINPUB, Contraloría, CTVC, entre otros.
- **Los Colaboradores:** Personas que trabajan en la organización y viene a ser la parte fundamental del Programa, son responsables en gran medida del éxito a largo plazo, por lo tanto; conocer sus necesidades, expectativas y preocupaciones, nos ayudará a realizar acciones efectivas, que posiblemente no supongan un elevado gasto, sino que repercuta en un fuerte compromiso con los objetivos de la organización.
- **Autoridades del Sector:** Como Programa Social, pertenecemos al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), al cual se rinde cuentas a través de informes permanentes que indican el balance presupuestal, el cumplimiento de metas, entre otros aspectos de interés relacionado a ese nivel del sector. Los aspectos del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y las expectativas en cuanto a la mejora continua, no están ajenos al interés de las autoridades del sector y puede ser muy importante para este grupo de partes interesadas su monitoreo y evaluación permanente.
- **Proveedores de Información, de servicios y aliados estratégicos:** Muchas empresas pasan por alto los beneficios que suponen la relación ganar-ganar y el beneficio mutuo. Con respecto a los proveedores de servicio, tenemos al Banco de la Nación, y los proveedores logísticos y administrativos. Así mismo, los proveedores de información tales como: SISFOH, RENIEC, SBS, SUNAT, entre otros entes con los cuales se coteja el registro bimensual de usuarios (RBU). En cuanto a los temas de articulación contamos con los aliados estratégicos, entidades con las cuales la colaboración es sumamente importante para el desarrollo de las actividades complementarias al servicio de la subvención monetaria.

Los criterios para la Actualización de las Partes Interesadas (ver anexo 12) son:

- Frecuencia Anual
- Cambio de Alcance de los Sistemas de gestión
- Cambios Políticos y estratégicos del sector MIDIS

Proceso de la Gestión del Riesgo: Esta implica la aplicación sistemática como se muestra en la siguiente figura:





6.7 Identificación del riesgo: El propósito es encontrar, reconocer y describir los riesgos que pueden ayudar o impedir a una organización lograr sus objetivos. Se debería considerar los factores siguientes y la relación de los riesgos es importante contar con información pertinente, apropiada y actualizarla.

- Fuente de riesgos tangibles e intangibles.
- Las causas y los eventos.
- Las amenazas y las oportunidades.
- Las vulnerabilidades y las capacidades.
- Los cambios en los contextos externo e interno.
- Los indicadores de riesgos emergentes.
- La naturaleza y el valor de los activos y los recursos.
- Las consecuencias y los impactos en los objetivos.
- Las limitaciones de conocimiento y confiabilidad de la información.
- Los factores relacionados con el tiempo.
- Los sesgos, los supuestos y las creencias de las personas involucradas.

6.8 Análisis del Riesgo: El propósito es comprender la naturaleza del riesgo y sus características, incluyendo cuando sea apropiado, el nivel de riesgo.

Para este análisis se debe considerar los siguientes factores:

- La probabilidad de los eventos y las consecuencias.
- La Naturaleza y la magnitud de la consecuencia.
- La complejidad y la interconexión.
- Los factores relacionados con el tiempo y la volatilidad.
- La eficacia de los controles existentes, madurez del control (ver anexo n°02).
- Los niveles de sensibilidad y de confianza.

6.9 Valoración de los riesgos:

Proceso que consiste en priorizar los riesgos para realizar otros análisis o acciones posteriores, evaluando y combinando la probabilidad de ocurrencia y el impacto de dichos riesgos. En este proceso, se evalúa la prioridad de los riesgos identificados usando la probabilidad relativa de ocurrencia, el impacto correspondiente sobre los objetivos del proyecto si los riesgos se presentan, así como otros factores, tales como el plazo de respuesta y la tolerancia al riesgo por parte de los encargados de los procesos.

Las técnicas utilizadas para realizar este análisis incluyen:

- **Evaluación de probabilidad e impacto:** La evaluación de la probabilidad de los riesgos estudia la probabilidad de ocurrencia de cada riesgo específico. Por otro lado, la evaluación del impacto de los riesgos investiga el efecto potencial de los mismos sobre un objetivo del proyecto. Como



pueden ser, el cronograma, el costo, la calidad o el desempeño. Incluidos tanto los efectos negativos en el caso de las amenazas, como positivos, en el caso de las oportunidades.

- Los valores para determinar la probabilidad y el impacto del riesgo:

Valores para determinar la probabilidad del riesgo

Nivel	Valor
Baja	4
Media	6
Alta	8
Muy Alta	10

Valores para determinar el impacto de riesgo

Nivel	Valor
Bajo	4
Medio	6
Alto	8
Muy Alto	10

- Fórmula para determinar el valor del riesgo:

$$\text{Valor del riesgo (Vr)} = \text{Probabilidad} \times \text{Impacto}$$

- Matriz de probabilidad e impacto: Tabla de doble entrada que combina la probabilidad de que ocurra un evento, con el impacto que éste puede causar en el proceso. De esta manera, conseguimos establecer una priorización de los riesgos.

		Impacto				
		Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
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 de riesgo por intervalos:

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

- Se adoptarán medidas de tratamiento de control para aquellos riesgos que se encuentren en los niveles de riesgo medio, alto y muy alto.
- De acuerdo a los riesgos identificados estos pueden conducir a una toma de decisión de:
 - No hacer nada más.
 - Considerar opciones para el tratamiento de riesgo.
 - Realizar un análisis adicional para comprender mejor el riesgo.
 - Mantener controles existentes.



	<p>➤ Reconsiderar los objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de las valoraciones se validarán en los grupos de trabajos, comités u otro similar dentro de la organización.
<p>6.10</p>	<p>Tratamiento de Riesgos: Es el proceso por el cual se desarrollan opciones y acciones para mejorar las oportunidades y reducir las amenazas a los objetivos del programa. Incluye la identificación y asignación del propietario del riesgo, para que asuma la responsabilidad de la ejecución de la respuesta al riesgo.</p> <p>Consiste en determinar la respuesta a los riesgos de acuerdo con el Anexo N°08. Esto involucra identificar el rango de opciones para tratar cada uno de los riesgos identificados, la evaluación de las opciones y la preparación de planes para su implementación.</p> <p>Las opciones de tratamiento pueden ser evaluadas sobre la base del alcance, la reducción del riesgo y el alcance de los beneficios creados.</p> <p>La selección de la opción más apropiada involucra balancear costos, contra los beneficios derivados de la misma.</p> <p>El abordar el riesgo mediante un tratamiento implica un proceso iterativo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular y seleccionar opciones para el tratamiento del riesgo. • Planificar e implementar el tratamiento del riesgo. • Evaluar la eficacia de ese tratamiento. • Decidir si el riesgo residual es aceptable. • De no ser aceptable iniciar un tratamiento adicional • Evitar el riesgo decidiendo no iniciar o continuar con la actividad que genera el riesgo. • Aceptar o aumentar el riesgo en busca de una oportunidad. • Eliminar la fuente de riesgo. • Modificar la Probabilidad. • Modificar las consecuencias o mitigar los impactos. • Compartir el riesgo (por ejemplo: a través de contratos, compra de seguros) • Trasladar el riesgo • Retener el riesgo con base a una decisión informada.
<p>6.11</p>	<p>Monitoreo y control: Es el proceso por el cual se implementan planes de respuesta a los riesgos, se rastrean los riesgos identificados, se monitorean los riesgos residuales, se identifican nuevos riesgos y se evalúa la eficacia de la gestión riesgos. Las respuestas a los riesgos planificados que se incluyen en el Plan de Acción de Mejora (PAM) para el proceso, monitoreando continuamente, para detectar riesgos nuevos, riesgos que cambian o que se vuelven obsoletos.</p> <p>La actividad de Monitorear y Controlar los Riesgos requiere de la aplicación de técnicas, tales como el análisis de variación y de tendencias, que requieren el uso de información del desempeño generada durante el desarrollo de los procesos. Otras finalidades es determinar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los supuestos del proceso siguen siendo válidos. ○ Los análisis muestran que un riesgo evaluado ha cambiado o puede descartarse. ○ Se respetan las políticas y los procedimientos de gestión de riesgos. ○ Las reservas para contingencias de costo o cronograma deben modificarse para alinearlas con la evaluación actual de los riesgos. <p>También implica la selección de estrategias alternativas, la ejecución de un plan de contingencia o de reserva, la implementación de acciones correctivas y la modificación del PAM para la mejora del proceso.</p> <p>Esto puede significar también una actualización a los activos de los procesos de la organización, incluidas las bases de datos de las lecciones aprendidas y las plantillas de gestión de riesgos.</p>



	Los riesgos y la eficacia de las medidas de control necesitan ser monitoreadas para asegurar que las circunstancias cambiantes no alteren las prioridades de los riesgos y para identificar amenazas no previstas originalmente.	
7.	DESARROLLO	
	Responsable	Actividad
7.1	Coordinador de Calidad	Formula la actualización de la Matriz de Riesgos, de manera anual o según los cambios que se suscitan en los procesos, en la organización, producto de las salidas no conformes, y planes de acción de mejora que permiten identificar nuevos riesgos durante el periodo.
7.2	Coordinador de Calidad	Enviar a cada dueño del proceso, la parte correspondiente a los riesgos identificados en la matriz para su revisión.
7.3	Jefe de la Unidad Orgánica	Revisar la matriz correspondiente a su unidad, realiza el Monitoreo y Control de los Riesgos identificados. Genera lista de eventos que han logrado un impacto positivo (oportunidad) o negativo (amenaza) en el cumplimiento de los objetivos de calidad. Evalúa los riesgos identificados inicialmente e identifica nuevos riesgos.
7.4	Jefe de la Unidad Orgánica	Verificar que el análisis y la evaluación del riesgo este conforme.
7.5	Jefe de la Unidad Orgánica	Elaborar o verificar que los planes y tratamientos de los riesgos sea el adecuado.
7.6	Jefe de la Unidad Orgánica	Si todo está conforme enviar al Coordinador de Calidad. Si no es conforme y agregar o modificar los riesgos y planes de tratamiento correspondientes, y enviárselo al Coordinador de Calidad.
7.7	Coordinador de Calidad	Si la matriz ha sido aprobada parcialmente por cada una de las unidades orgánicas, se coordina la convocatoria del comité de calidad para una fecha programada.
7.8	Comité de Calidad	Identifica de las oportunidades de mejora que puedan suscitarse de la evaluación de los riesgos o identifican nuevos riesgos.
7.9	Comité de Calidad	El comité aprueba la matriz de riesgo para el periodo anual correspondiente, consignándolo en un acta de sesión del Comité de Calidad.
7.10	Comité de Calidad	Caso contrario, se realizarán las modificaciones o ajustes necesarios según lo solicitado por el Comité.
7.11	Coordinador de Calidad	Aprobada la Matriz de Riesgos, se procede a realizar el monitoreo y actualización de los planes de tratamiento, Identificando oportunidades de mejora de controles midiendo la eficacia de estos, a través de los niveles de valoración de riesgos.
8.	REGISTROS	
8.1	Matriz de Gestión de Riesgos	
8.2	Matriz de Tratamiento de Riesgos	
9.	ANEXOS	
9.1	Anexo N° 01: Flujograma	
9.2	Anexo N° 02: Escala de Madurez de los controles	
9.3	Anexo N° 03: Escala de Probabilidades	
9.4	Anexo N° 04: Escala de Impactos	
9.5	Anexo N° 05: Escala de Nivel de Riesgo por intervalos	

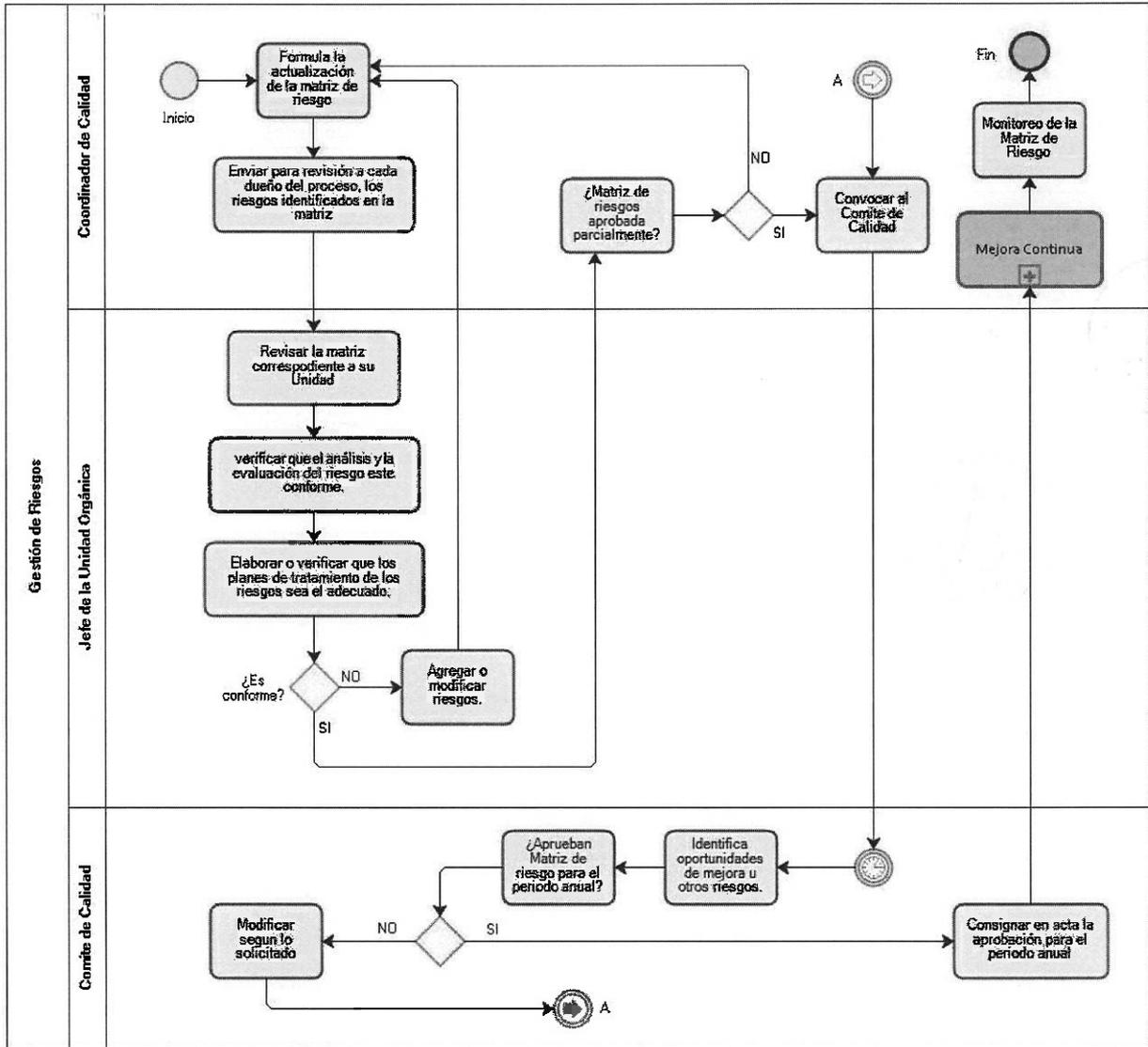


pensión65 tranquilidad para más peruanos	Procedimiento	Código: PR-GCAL-09/03 Fecha: 20/11/2020 Páginas: 11 de 19
	Gestión de Riesgos	

9.6	Anexo N° 06: Criterios de Evaluación de Riesgo
9.7	Anexo N° 07: Significancia del Riesgo
9.8	Anexo N° 08: Tratamiento de Riesgos.
9.9	Anexo N° 09: Tratamiento de Oportunidades.
9.10	Anexo N° 10 : Estructura de la Matriz de Gestión de Riesgos y Tratamientos
9.11	Anexo N° 11 : Estructura de la Matriz de Contexto.
9.12	Anexo N° 12 : Estructura de la Matriz de Partes Interesadas.



Anexo N°01
Flujograma



Anexo N°02
Escala de Madurez de los controles

Clasificación	Descripción
Débil	No existe ningún control planificado o implementado. Existe el control, sin embargo, éste no cumple con el fin establecido.
Moderado	Control implantado sin documentar (ya está hecho, pero falta documentarlo), Control implantado documentado, sin embargo, cumple en forma parcial.
Fuerte	Control implementado y documentado, cumple en forma eficaz

Anexo N°03
Escala de Probabilidades

Clasificación	Valor	Probabilidad
Baja	4	Podría realizarse Existen condiciones que hacen que su probabilidad de realización sea a largo plazo o nula
Media	6	Puede ocurrir su realización. Existen condiciones que hacen poco probable la realización en el corto plazo (1 año) pero que no son suficientes para evitarlo en el largo plazo.
Alta	8	Probablemente se realice. Se puede dar en el corto plazo y no existen condiciones que impidan la ocurrencia (mas de 2 veces al año)
Muy Alta	10	Se puede realizar en la mayoría de las circunstancias. La ocurrencia es inminente.

Anexo N°04
Escala de Impactos

Clasificación	Valor	Descripción
Bajo	4	Impacto no significativo, afectaría una actividad o proceso no críticos de la organización o terceros.
Moderado	6	Impacto que podría ocasionar un perjuicio en una actividad o proceso crítico o más de una actividad o proceso no crítico de la organización o terceros.
Alto	8	Impacto que podría ocasionar un perjuicio significativo para la organización o terceros y que podría impedir la ejecución de las actividades de la organización.
Muy Alto	10	Impacto que podría ocasionar un perjuicio significativo para la organización o terceros y que podría impedir la ejecución de las actividades de la organización, incumplimientos legales, regulatorios, normativos, hay multas y/o sanciones.



Anexo N°05
Escala de Nivel de Riesgo por intervalos

Clasificación	P° x I	Descripción
Riesgo Bajo	16 a 24	Riesgo Bajo , con probabilidad baja, impacto bajo o moderado en la consecución de los objetivos del proceso. No afecta las operaciones ni la productividad. No hay consecuencias.
Riesgo Medio	32 a 40	Riesgo medio , con probabilidad de ocurrencia media o alta e impacto leve o moderado en la consecución de los objetivos del proceso. Hay una posibilidad de que las operaciones y la productividad se vean afectados.
Riesgo Alto	48 a 64	Riesgo alto , con probabilidad de ocurrencia media o alta e impacto alto en la consecución de los objetivos del proceso . Lo que conlleva a una pérdida costosa o afectar parcialmente las operaciones y la productividad de los procesos.
Riesgo Muy Alto	80 a 100	Riesgo con impacto muy alto, con probabilidad de ocurrencia alta e impacto muy alto en la consecución de los objetivos del proceso. Lo que conlleva a una pérdida altamente costosa o afectar totalmente las operaciones y la productividad de los procesos.



Anexo N°06
Criterios de Evaluación de Riesgo

Clasificación	Nivel	Valor Estratégico	Multa / Sanciones/Incumplimientos	Ciliente Interno/Externo	Operacional
Bajo	16 a 24	El impacto sobre la estrategia de la organización es indirecto, pero bajo.	No existe posibilidad de multa o sanción, pero si de una recomendación. La(s) actividad(es) afectada(s) no está(n) sujeta(s) a supervisión por parte de otra Organización.	La materialización del impacto es leve y es percibida por el cliente interno, pero no es percibida por el cliente externo.	Impacto puede ser asimilado por la organización en un tiempo no muy prolongado. Los costos son bajos.
Medio	32 a 40	El impacto sobre la estrategia de la organización es directo, pero el efecto es moderado.	Posibilidad de multa o sanción. La(s) actividad(es) afectada(s) está(n) sujeta(s) a supervisión por parte de otra Organización.	La materialización del impacto es moderada y es percibida por el cliente interno y externo.	Impacto afecta la productividad del negocio en un horizonte de 1 día. Los costos son moderados.
Alto	48 a 64	El impacto sobre la estrategia de la organización es directo, y el efecto es alto.	Posibilidad de multa o sanción por falta(s) grave(s). Posibilidad de hallazgos de incumplimiento en auditorías.	La materialización del impacto es alta y puede originar sanciones.	Impacto potencial en el negocio y productividad; en un horizonte mayor a 2 días. El costo de interrupción es alto. Se requerirá de personal adicional.
Muy Alto	80 a 100	El impacto sobre la estrategia de la organización es catastrófico.	Posibilidad de multa o sanción, cierre de las instalaciones. Posibilidad de hallazgos de incumplimiento en auditorías.	Impacto elevado en el cliente interno y externo, lo que puede originar multa y/o sanciones graves.	Interrupción total de las actividades (operaciones) de la organización. El costo de interrupción es muy alto.



Anexo N°07
Significancia del Riesgo

Valor de Evaluación de Riesgos	Calificación del Riesgo	Descripción
16 a 24	Bajo	Es un riesgo aceptable, no genera riesgos en los procesos, en las operaciones, no afecta las estrategias organizacionales, no hay impactos legales, no afecta la imagen, los controles actuales son suficientes.
32 a 40	Medio	Es un riesgo aceptable. Podría generar riesgos en los procesos, pero no en las operaciones, no afecta las estrategias organizacionales, no hay impactos legales, no afecta la imagen, los controles actuales podrían ser no suficientes, por lo que se requerirá adoptar medidas de tratamiento.
48 a 64	Alto	Es un riesgo que amerita tratamiento para evitar que afecte la reputación, ocasionar pérdidas financieras, incurrir en investigación del regulador o causar interrupción parcial de los procesos
80 a 100	Muy Alto	Cuando la organización se encuentra expuesta a riesgos muy altos que ameritan ser tratados de manera inmediata porque afecta los procesos causando interrupción del negocio, dañará la reputación, ocasionará pérdidas financieras, se incurrirá en multas legales.



Anexo N°08
Tratamiento de Riesgos

Estrategia	Descripción
Evitar	Realizar cambios en el plan para eliminar el riesgo. Esto puede implicar cambios en el cronograma o el alcance del proceso para eliminar la amenaza.
Transferir	Trasladar el impacto de una amenaza a un tercero junto con la responsabilidad de la respuesta.
Mitigar	Disminuir la probabilidad y/o impacto de que se produzca el riesgo.
Aceptar	No tomar ninguna medida a menos de que el riesgo suceda. Esta estrategia se da cuando no es viable o rentable abordar el riesgo de otra manera. Hay dos tipos de aceptación de una amenaza: pasiva, no hacer nada, y activa, establecer una reserva de contingencia en tiempo o dinero.

Anexo N°09
Tratamiento de Oportunidades

Estrategia	Descripción
Explotar	Hacer realidad la oportunidad.
Mejorar	Aumentar la probabilidad y/o el impacto de una oportunidad.
Compartir	Pasarle la oportunidad a un tercero para que la concrete en beneficio del proceso.
Aceptar	Aprovechar la oportunidad cuando esta se presente sin haber hecho algo para que sucediera.



Anexo N°10
Estructura de la Matriz de Gestión de Riesgos y Tratamientos

PENSIÓN65

MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS - 2020

Fecha de actualización: 19/11/2020
Versión: 2020
Página: 1 de 2

IDENTIFICACION DE RIESGOS										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO				Tratamiento			
N°	Sistema de Gestión	Proceso / Modalidad de Pago	Descripción del Riesgo	Alineación con el Objetivo	Fuente del Riesgo	Descripción de las Causas	Origen de las Causas	Consecuencias	Duelo de Riesgo	Control Implementado	Probabilidad		Impacto		Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	Evidencias de Tratamiento
											Nivel	Tipo	Nivel	Tipo			
RELACIONADOS A LOS ANEXOS >>>>>>>																	
											2	3	4	5,6,7			8

IDENTIFICACION DE RIESGOS										TRATAMIENTO DE RIESGOS				RE-VALORACIÓN DEL RIESGO				Nivel de Eficacia			
ID.	Sistema de Gestión	Proceso / SN / Proyecto	Descripción del Riesgo	Medidas de Tratamiento	Actividades	Responsables	Fecha Inicio	Fecha Fin	Tiempo /Frecuencia por	Validado	Priorización	Estado Actual	Evidencias	MM	Probabilidad		Impacto		Nueva valoración		Nivel de Eficacia
															Nivel	Tipo	Nivel	Tipo	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
TRATAMIENTOS Y EFICACIA																					

PENSIÓN65

MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS

Fecha de actualización: 11/11/2021
Versión: 2020
Página: 2 de 2

RE-VALORACIÓN DEL RIESGO



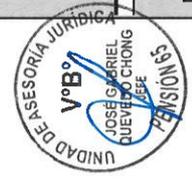
	Procedimiento	Código:
	Gestión de Riesgos	Fecha: 20/11/2020 Páginas: 19 de 19

Anexo N°11
Estructura de la Matriz de Contexto

MATRIZ DE CONTEXTO DEL PROGRAMA PENSION 65		
<i>Entorno del Programa, factores externos e internos que pueden afectar el enfoque del programa, sus productos, sus servicios complementarios y las partes interesadas.</i>		
Factores	Condiciones	Efectos Potenciales
Tamaño		
Organización		
Alcance		
Crecimiento		
Modelo		
Entidades		
Aliados		
Gobierno		
Normativas		

Anexo N°12
Estructura de la Matriz de Partes Interesadas

MATRIZ DE PARTES INTERESADAS			Fecha
		Código	
		Versión	
		n° de Páginas:	
N° INTERESADA	REQUISITOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (SABERES PRODUCTIVOS)	REQUISITOS DE SUBVENCIÓN MONETARIA	
	ISO 9001	ISO 37001	ISO 9001 ISO 37001
1			
2			
3			



REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
(Vs. 03)



Coordinador de Calidad	Comité de Sistema de Gestión Integrado	Dirección Ejecutiva	20/11/2020
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de Aprobación
Resolución Directoral N°.....			

Matriz de Control de Cambios en Documentos

Versión	Ítem	Modificación respecto a la versión anterior	Sustento	Unidad que solicitó el cambio	Observaciones
2	6	Se incorporó al Plan Anual de Gestión del SGC	Mejora de proceso	Coordinación de Calidad	
2	7	Simplificación del proceso	Mejora de proceso	Coordinación de Calidad	
3	Todo	Se modificó el documento en su totalidad	Mejora del proceso	Coordinación de Calidad	Auditoría externa extraordinaria del 26 de marzo CERPER y Auditoría Externa de Seguimiento de SGS del 22 de abril recomendaron mejorar la estructura de seguimiento de los temas tratados en la revisión por dirección.

PR-GCAL-01-F05 Vs.01



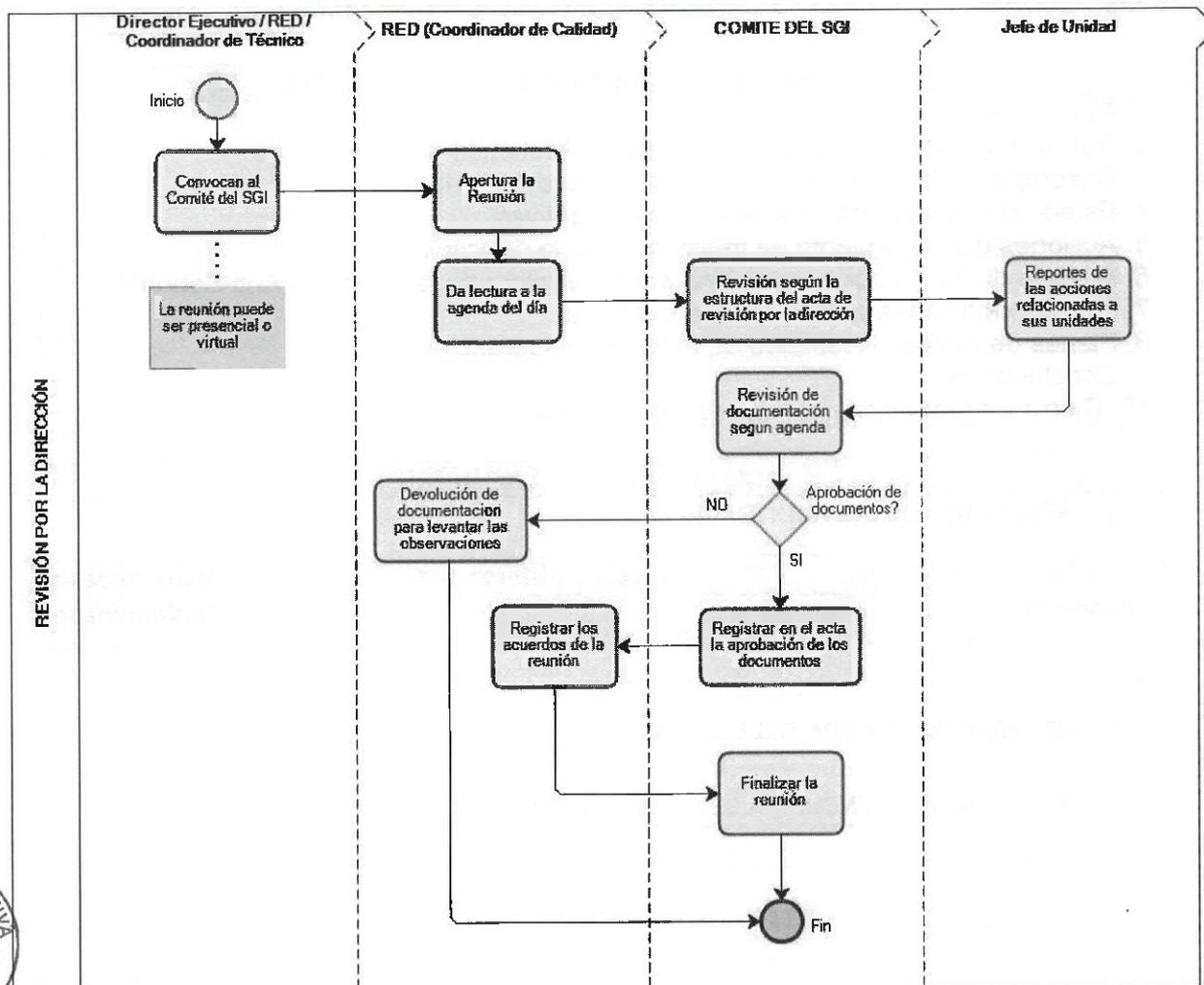
1. OBJETIVO	Establecer los lineamientos para mejorar continuamente la eficacia de los Sistemas de Gestión Integrado mediante la Revisión por la Dirección con la finalidad de asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia.
2. ALCANCE	Aplica a los procesos involucrados en los Sistemas de Gestión Integrado del Programa Pensión 65.
3. RESPONSABLES	
3.1	Coordinador Técnico
3.2	Coordinador de Calidad
3.3	Comité del Sistema de Gestión Integrado (SGI)
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
4.1	SGI: Sistema de Gestión Integrado.
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
5.1	ISO 9001:2015 – Requisitos
5.2	ISO 37001:2016 - Requisitos
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS	
6.1	<p>Preparación: La revisión del SGI se debe realizar, como mínimo, una vez al año en donde se revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas - Estado de las acciones de las Revisiones por la Dirección previas - Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes para el SGI - Información sobre el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integrado: <ul style="list-style-type: none"> o La Satisfacción del Cliente o Grado de cumplimiento de los Objetivos de la Calidad y Antisoborno o Desempeño de los procesos y conformidad de los servicios. o Retroalimentación de usuarios- Quejas y Reclamos de los usuarios. o Estado de las no conformidades, acciones correctivas y preventivas. o Resultados de las Auditorías o Reportes de soborno, cuando aplique o Investigaciones de Soborno, cuando aplique o Naturaleza y extensión de los riesgos de soborno que enfrenta la organización. o Análisis de los cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad y Anti-Soborno. o Recomendaciones para la Mejora Continua. o Desempeño de los Proveedores externos de servicios. o Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección. o Planes de Acción, Resultado de la Revisión Gerencial. - Ejecución presupuestal - Gestión de los riesgos y las oportunidades - La eficacia de las medidas adoptadas para hacer frente a los riesgos de soborno - Oportunidades de Mejora del SGI <p>Estos puntos pueden ser tratados en una revisión o en revisiones parciales, según su alcance.</p>
6.2	La programación de las reuniones Revisión por la dirección, se hará a inicios de año y quedará registrada en el Plan Anual del Sistema de Gestión Integrado, en el OE.04 Evaluar el nivel de madurez de los procesos del programa (Comités del Sistema de Gestión Integrado)
7. DESARROLLO	
RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD



7.1	Coordinador de Calidad	Convocatoria: El Coordinador de Calidad (en coordinación con la Dirección Ejecutiva) solicita a los Jefes de Unidad que recopilen toda la información y documentos pertinentes sobre el desempeño de sus procesos relacionados al sistema de gestión integrado.
7.2	Coordinador de Calidad	Reunión de Apertura: Apertura la reunión indicando el objetivo y alcance de la Revisión por la dirección, los cuales quedan registrados en el Acta de Revisión por la Dirección (PR-GCAL-06-F01 Vs.02).
7.3	Coordinador de Calidad	Registra los resultados de la reunión en el Acta, en donde se incluyen además todas las decisiones y acciones relacionadas con: - Las oportunidades de mejora. - Cualquier necesidad de cambio en el Sistemas de Gestión Integrado. - Las necesidades de recursos.
7.6	Director Ejecutivo / Coordinador Técnico	Luego de la revisión del SGI, da por concluida la reunión confirmando los acuerdos, decisiones y los plazos para ejecutar las acciones correctivas u oportunidades de mejora, en caso sea aplicable.
7.7	Coordinador de Calidad	Gestionar las acciones correctivas u oportunidades de mejora encontradas en la Revisión por la Dirección de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Mejora Continua.
8.	REGISTROS	
8.1	Acta de Revisión por la Dirección.	
8.2	Plan Anual del Sistema de Gestión Integrado	
9.	ANEXOS	
9.1	Anexo 01: Flujograma	
9.2	Anexo 02: Formato de Registro: Acta de Revisión por la Dirección	



Anexo N°01
Flujograma



Anexo N° 2
Acta de Revisión por la Dirección

No DE ACTA	LUGAR	FECHA Y Hora de Inicio
00#		dd/mm/aaaa – hh:mm am

AGENDA: LISTA DE CHEQUEO DE TEMAS A TRATAR

1. Resultados de las auditorías.	<input type="checkbox"/>
2. Retroalimentación del usuarios- Quejas y Reclamos de los usuarios	<input type="checkbox"/>
3. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.	<input type="checkbox"/>
4. Estado de las acciones correctivas y preventivas	<input type="checkbox"/>
5. Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección	<input type="checkbox"/>
6. Análisis de los cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad y Anti-Soborno	<input type="checkbox"/>
7. Recomendaciones para la Mejora Continua.	<input type="checkbox"/>
8. Planes de Acción, Resultado de la Revisión Gerencial.	<input type="checkbox"/>
9. Conclusiones	<input type="checkbox"/>
10. Cierre y Aprobación del Acta de Revisión por la Dirección.	<input type="checkbox"/>

DESARROLLO DE LA REUNION

1. RESULTADO DE LAS AUDITORIAS

No De Auditoria	Fecha	Proceso / Sistema de Gestión	Numero de no Conformidades

2. RETROALIMENTACION DEL USUARIO

2.1 RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

2.2 QUEJAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO.

4. ESTADO DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.



4.1 ACCIONES CORRECTIVAS

Tabla de no conformidades - Resumen

PROCESOS	NO CONFORMIDAD / Oportunidad de Mejora	ESTADO ACCION CORRECTIVA	
		ABIERTA	CERRADA
ESTRATEGICOS			
SISTEMAS DE GESTION			
OPERATIVOS			
SOPORTE-APOYO			

5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO POR LA DIRECCION.

Procesos	Actividad	Responsable	Fecha de Revisión	Ejecución

6. ANALISIS DE LOS CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR A EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y ANTISOBORNO.

7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA CONTINUA.

8. PLANES DE ACCION DE REVISION POR LA DIRECCION.

8.1 ACCIONES DE MEJORA DEL SGC-SGAS Y DE LOS PROCESOS.

Proceso	Actividad	Responsable	Fecha de Revisión

9. CONCLUSIONES

10. CIERRE Y APROBACION DEL ACTA DE REVISION POR LA DIRECCION

Siendo las _____ horas se dio por finalizada la reunión.
En constancia firman.

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA

PR-GCAL-06-F02 Vs.02



Prohibida su reproducción sin autorización del Representante de la Dirección

CONTROL DE DOCUMENTOS Y
REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTION INTEGRADO
(Vs. 05)



Coordinador del SGI	Coordinador del SGI	Comité del SGI	20/11/2020
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de aprobación
Resolución Directoral N°			

Matriz de Control de Cambios en Documentos

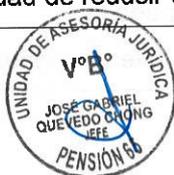
Versión	Ítem	Modificación respecto a la versión anterior	Sustento	Unidad que solicitó el cambio	Observaciones
2	7.5	Se incluyó la actividad correspondiente a la identificación de los nuevos registros que se deben incluir en la Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65, y una precisión respecto al manejo de la documentación en formato digital del Programa P65.	Oportunidad de Mejora 11-2015, 12-2015, 13-2015, 14-2015	Coordinación de Calidad	
2	6	Se detallaron disposiciones correspondientes a los cambios de versión en los procedimientos del SGC.	Solicitud de Modificación	Coordinación de Calidad	
2	7	Se simplificó el proceso de control de documentos.	Solicitud de Modificación	Coordinación de Calidad	
2	9	Se adecuó el flujograma de acuerdo a las modificaciones al procedimiento de control de documentos	Solicitud de Modificación	Coordinación de Calidad	
3	0	Modificación de Carátula: se eliminó cuadro de Copias controladas y se incluyó campo para registro de N° de Resolución Directoral	Control Documentario	Coordinación de Calidad	
3	7.1	Actualización de las siglas del proceso de acuerdo a la estructura organizacional del programa.	Nueva estructura organizacional	Coordinación de Calidad	
3	7.3	Se actualizó numeral a "Identificación de versión vigente"	Simplificación de proceso	Coordinación de Calidad	
3	7.4	Establece lineamientos para la difusión de los documentos aprobados a través de los jefes de Unidad	Simplificación de proceso	Coordinación de Calidad	
3	8	Retirar los registros correspondientes a los Formatos PR-GCAL-01-F01 Vs 01, PR-GCAL-01-F02 Vs 01 y PR-GCAL-01-F04 Vs 01	Simplificación de proceso	Coordinación de Calidad	
3	5	Incorpora el Plan Operativo Informático	Simplificación de proceso	Coordinación de Calidad	
4	Todos	Se modificó el documento en su totalidad	Migración a la Norma ISO 9001:2015 e Implementación de la Norma ISO 37001	Coordinador del SGI	
5	Todos	Se modificó el documento en su totalidad	Simplificación de proceso	Coordinador del SGI	



PR-GCAL-01-F05 Vs.01



1.	OBJETIVO
1.1	Establecer los lineamientos generales para la elaboración, revisión, aprobación, emisión, distribución, retiro y modificación de los documentos del Sistema de Gestión Integrado (SGI) del Programa Social Pensión 65. Así como, la identificación, legibilidad, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de conservación y disposición de los registros del SGI.
2.	ALCANCE
2.1	Este procedimiento es aplicable a todos los documentos (política, objetivos, manuales, procedimientos, instructivos, entre otros) y registros generados por P65 como resultado de la implementación y operación de su Sistema de Gestión Integrado (SGI).
3.	RESPONSABLES
3.1	Comité del Sistema de Gestión Integrado
3.2	Coordinador del SGI
3.3	Todo el personal del Programa Social P65
4.	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS
4.1	SGI: Sistema de Gestión Integrado, se considera los Sistemas de Gestión de Calidad, Antisoborno, y posteriores sistemas que se vayan implementando de la familia ISO.
4.2	P65: Programa Social Pensión 65
4.3	Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
5.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
5.1	ISO 9001:2015 - Requisito 7.5 Información Documentada ISO 37001:2016 – Requisito 7.5 Información Documentada
5.2	Plan Operativo Informático aprobado mediante Resolución Directoral N° 031-2017-MIDIS/P65-DE que establece la implementación del Sistema de Trámite Documentario "Cero Papeles"
6.	DISPOSICIONES
6.1	Cambios de un Documento del SGI. El control de los documentos del SGI se lleva a cabo de la siguiente manera: a) El número de versión (Vs) del documento se coloca inmediatamente debajo del Nombre del Documento en la carátula de este. Cuando el documento cambia de versión, el Coordinador del SGI procede a retirar la versión obsoleta. b) Los cambios que se realizan entre una versión y otra son registrados en el formato PR-GCAL-01-F05 Vs.01 "Matriz de Control de Cambios en Documentos" (Anexo N° 8), de cada documento. Siempre y cuando se reestructure el proceso, se colocará en la "Matriz de control de cambios", se modificó el documento en su totalidad.
6.2	Identificación de cambios: Cada uno de los cambios realizados, se pueden identificar: a) En la Matriz de Control de Cambios en Documentos (PR-GCAL-01-F05), donde se indica los cambios realizados en cada versión del documento. b) Por comparación con el documento anterior.
6.3	Los documentos y registros del Sistema de Gestión Integrado, que se generen, son creados y conservados electrónicamente para conocimiento de los colaboradores en la intranet, con la finalidad de reducir el uso del papel.



6.4	Los archivos electrónicos son conservados de acuerdo a los lineamientos del respaldo de la información, establecidos por la Unidad de Tecnología de la Información.
6.5	Para la representación gráfica de los procedimientos se recomienda utilizar los símbolos que se detallan en el Anexo N°6 del presente documento, no excluyendo el uso de otros símbolos como el usado en los programas BIZAGUI o VISIO.
6.6	Disposición Final de las Versiones Físicas (Vigentes y Obsoletas): La Unidad de Asesoría Jurídica es la encargada de velar por el almacenamiento de las Resoluciones Directorales las cuales contienen los documentos normativos que son aprobados y las normas legales y reglamentarias aplicables.
6.7	Ubicación de los documentos vigentes. Los documentos normativos vigentes se encuentran a disposición del personal en la intranet del programa. La documentación digital correspondiente al Sistema de Gestión Integrado se encuentra en custodia de la Coordinación de Calidad del programa.
6.8	Control y distribución de documentos externos controlados El control se realiza a través de la Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65 (Ver Anexo N°4)

7.	DESARROLLO	
	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

7.1	CARÁTULA Y CODIFICACIÓN	
-----	--------------------------------	--

<p>Coordinador de Calidad</p>	<p>Es responsable de asignar la carátula según el Anexo N° 3, y codificación a todos los documentos del Sistema de Gestión Integrado, según lo descrito a continuación:</p> <p>A. Directivas, Procedimientos, Manuales, Planes e Instructivos</p> <p>Los documentos normativos utilizarán la siguiente codificación:</p> <p style="text-align: center;">XX-YYYY-ZZ-VV</p> <p>Donde:</p> <p>XX: identifica al tipo de documento normativo YYYY: identifica al proceso ZZ: correlativo del procedimiento (comienza en 01) VV: versión del documento normativo (comienza en 01)</p> <p>Tipo de Documento:</p> <p>Puede ser Directiva (DI), Guía (GI), Instructivos (IN), Manual (MA), Plan (PL), Política (PO), Procedimiento (PR) y Reglamento (RE).</p> <p>Siglas del Proceso:</p> <p>GOPE: Gestión de Operaciones GADM: Gestión Administrativa GTEC: Gestión de Tecnologías de la Información GPPR: Gestión de Planeamiento y Presupuesto GCOM: Gestión de las Comunicaciones GSGI: Gestión del Sistema Gestión Integrado GPDI: Gestión de Proyectos y Diseño de Intervenciones</p>
-------------------------------	---



		<p>GRH: Gestión del Recurso Humano. GAJ: Gestión de Asesoría Jurídica</p> <p>Ejemplo: PR-GOPE-01-01</p> <pre> graph TD A[Procedimiento] --> B[Proceso de Gestión de Operaciones] B --> C[Procedimiento 01 de Gestión de Almacén.] C --> D[Versión 01 correspondiente al Procedimiento 01 de Gestión de Almacén.] </pre> <p>B. Otros documentos</p> <p>No se requiere establecer una codificación, debido a que el nombre del documento lo identifica.</p>
7.2	ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS	
	Personal de P65	<p>Desarrolla el documento, según lo descrito a continuación:</p> <p>A. Directivas, Procedimientos e Instructivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CARATULA 2. MATRIZ DE CONTROL DE CAMBIOS 3. OBJETIVO 4. ALCANCE 5. RESPONSABLES 6. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS 7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA 8. DISPOSICIONES 9. DESARROLLO 10. REGISTROS 11. ANEXOS <p>B. Otros Documentos No se requiere establecer una estructura definida.</p>
7.3	IDENTIFICACIÓN DE VERSIÓN VIGENTE	
	Coordinador de Calidad	Se consideran documentos vigentes los documentos del SGI que se encuentren a disposición en la intranet del programa P65 y aprobados por el Comité del Sistema de Gestión Integrado.
7.4	CONTROL DE DOCUMENTOS	
7.4.1	Unidad Orgánica / Dueño del Proceso	Elaboración o Modificación/Revisión/Aprobación de Documentos Elabora la propuesta de documento normativo según el formato vigente, luego enviar dicha propuesta al coordinador de calidad vía email.
7.4.2	Coordinador de Calidad	Revisa la propuesta de documento normativo y verifica que este cumpla con los lineamientos establecidos.



		<p>Si el documento no es conforme, se devuelve la propuesta con las observaciones para su levantamiento, finalizando el proceso.</p> <p>Si el documento es conforme, se envía la propuesta de documento normativo a los miembros del comité para su revisión, vía email.</p>
7.4.3	Comité del Sistema de Gestión Integrado	Revisar la propuesta de documento normativo enviado, luego remite el envío (vía email) al coordinador de calidad con las observaciones o conformidad del caso.
7.4.4	Coordinador de Calidad	<p>Recibir el documento propuesto por parte del comité; si este es no conforme o presenta observaciones, se devolverá al dueño del proceso para que realice el levantamiento de las correcciones.</p> <p>Si es conforme y no hay objeciones se realizará la aprobación bajo dos modalidades:</p> <p>Virtual: Presentación de la propuesta a los miembros del comité en la medida que no hubo objeciones y mediante un formulario proceder a realizar la aprobación virtual del documento.</p> <p>Comité de SGI (Sistema de Gestión Integral): Presentación dentro de la agenda del Comité, lo cual tendrá una condicionante que dependerá de la fecha de la próxima reunión de este.</p>
7.4.5	Comité del Sistema de Gestión Integrado	Revisar el documento normativo propuesto y aprueba.
7.4.6	Coordinador de Calidad	Elaborar el informe a la Dirección Ejecutiva para la elaboración de la Resolución Directoral.
7.4.7	Dirección Ejecutiva	Remitir el informe de propuesta de documento normativo a la unidad de asesoría jurídica para la elaboración de la resolución directoral.
7.4.8	Unidad de Asesoría Jurídica	Revisar y elaborar la resolución directoral y remitir a la Dirección Ejecutiva para la aprobación y firma.
7.4.9	Dirección Ejecutiva	Firma la Resolución Directoral.
7.4.10	Coordinador de Calidad	Actualizar la Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65
7.4.11	Coordinador de Calidad	Retira la versión electrónica obsoleta de la intranet y publica los documentos aprobados en la intranet del programa.
7.4.12	Coordinador de Calidad	Coordina la difusión del documento normativo a través de cada Jefe de Unidad y finaliza procedimiento.
7.5	CONTROL DE REGISTROS	
7.5.1	Coordinador de Calidad	<p>Identificación de Registros</p> <p>Identifican los nuevos registros generados como evidencia de los resultados del Sistema de Gestión Integrado.</p> <p>Registra en la matriz de documentos normativos, especificando en la columna de tipo de documento el nombre de "Registro".</p>
7.5.2	Responsable de la conservación del registro	<p>Conservación de Registros</p> <p>El responsable de la conservación del registro es el responsable del proceso, quien archiva y mantiene los registros de acuerdo con la matriz de documentos normativos.</p>

DIRECCIÓN EJECUTIVA
VPE
MABEL CALVERO LÓPEZ
Directora Ejecutiva
PENSION 65

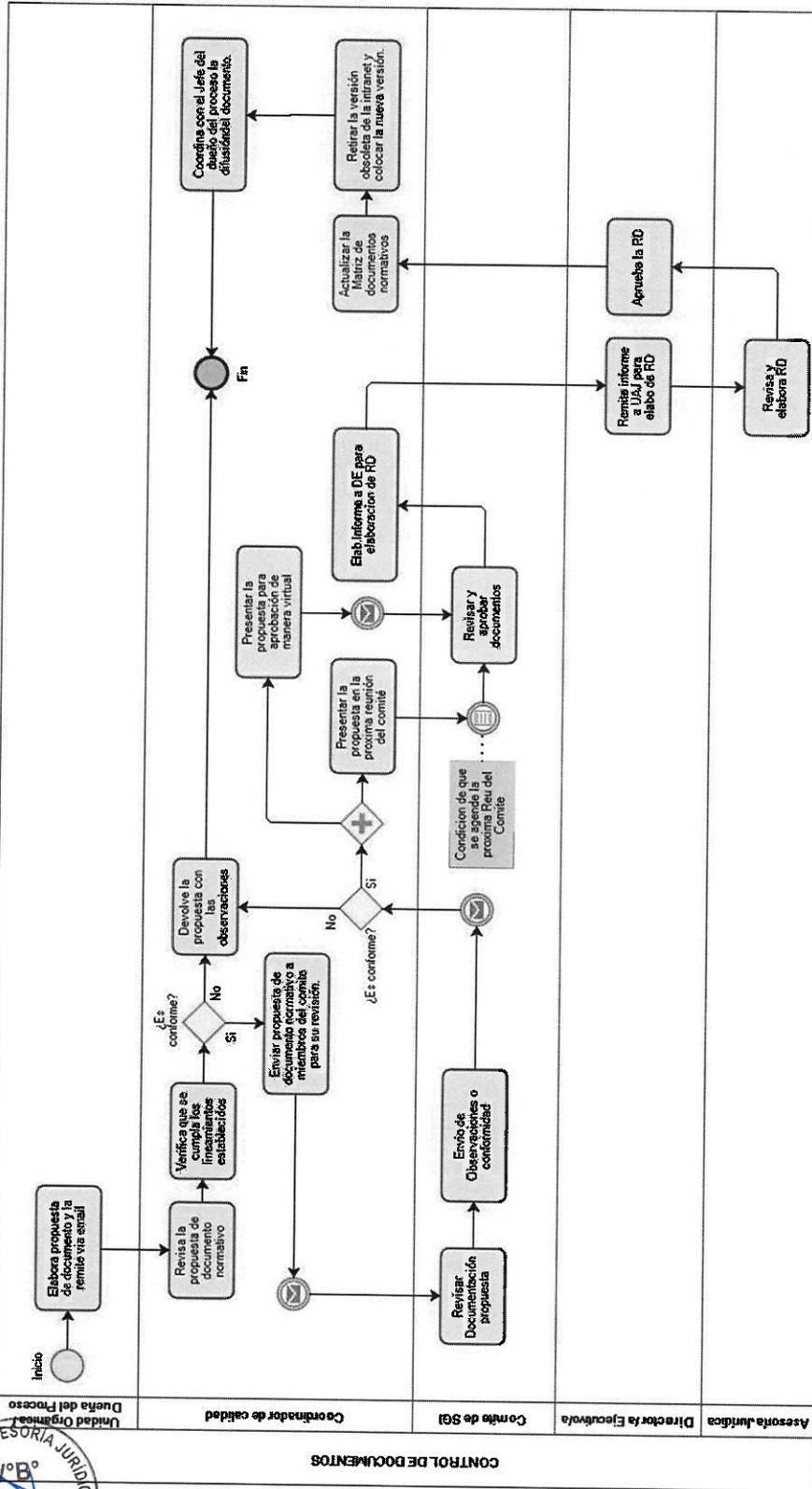
DIRECCIÓN EJECUTIVA
VPE
MIGUEL ANGE PAZ SOLÍS DÍAZ
Coordinador de Calidad
PENSION 65

UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA
VJB
JOSÉ GABRIEL QUEVEDO CHONG
Jefe
PENSION 65

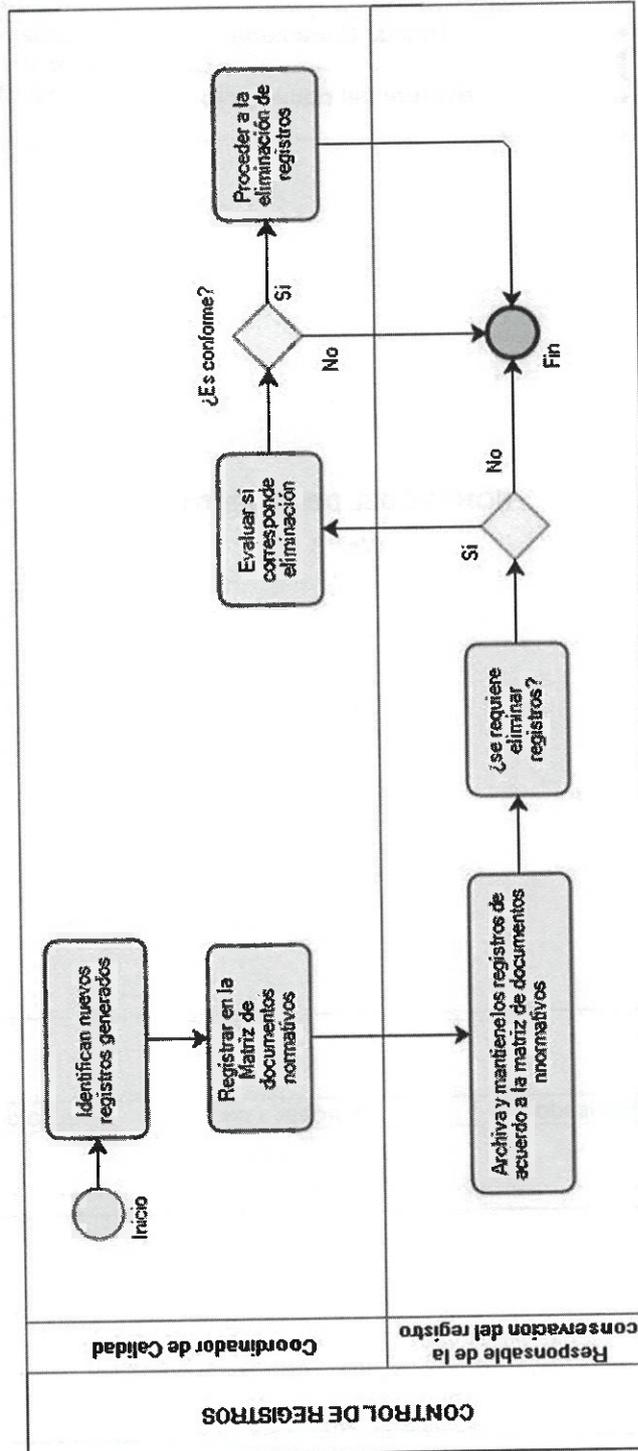
		El responsable de la conservación del registro consultará con el coordinador de calidad sobre la eliminación de registros o su actualización.
7.5.3	Coordinador de Calidad	Almacenamiento, identificación, protección y disposición de registros Evaluar con el responsable de conservación del documento normativo, si corresponde la eliminación de los registros. Archiva y mantiene los registros digitales de acuerdo con la "Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65" (Ver Anexo N.º 4).
8.	REGISTROS	
8.1		Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65 (PR-GCAL-01-F03 Vs.01)
9.	ANEXOS	
9.1		Anexo 1: Flujograma Control de Documentos
9.2		Anexo 2: Flujograma Control de Registros
9.3		Anexo 3: Formato Primera Página de los Documentos
9.4		Anexo 4: Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65
9.5		Anexo 5: Matriz de Control de Cambios de Documentos
9.6		Anexo 6: Símbolos a utilizar en los diagramas de flujo
9.7		Anexo 7: Descripción de estructura documentaria



Anexo N° 1
Flujograma Control de Documentos



Anexo N° 2
Flujograma Control de Registros



Powered by
bizagi
Mobile

DIRECCIÓN EJECUTIVA
V°B°
MABEL GALVEZ GÁLVEZ
Directora Ejecutiva
PENSIÓN 65

DIRECCIÓN EJECUTIVA
V°B°
MIGUEL ÁNGEL PAZ SOLLADA DÍAZ
COORDINADOR DE CALIDAD
PENSIÓN 65

UNIDAD DE ASESORIA JURÍDICA
V°B°
JOSE GABRIEL QUEVEDO CHONG
JEFE
PENSIÓN 65

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD
INASS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD
INASS

pensión65 tranquilidad para más peruanos	Procedimiento	Código: PR-GCAL-01/05 Fecha: 20/11/2020 Páginas: 10 de 14
	Control de Documentos y Registros del SGI	

Anexo N° 3
Formato Primera Página de los Documentos

pensión65 tranquilidad para más peruanos	Tipo de Documento	Código: Fecha: Páginas: de
	Nombre del documento	

NOMBRE DEL DOCUMENTO
(Vs.)

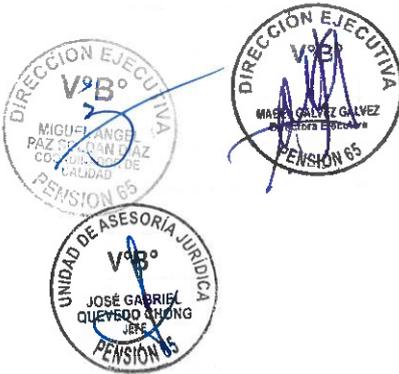
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de aprobación
Resolución Directoral N°			



Anexo N° 4
Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65

pensión65 tranquilidad para más peruanos		Matriz de Documentos Normativos del Programa PENSION 65										
N°	Clasificación	Tipo	Número	Denominación	Unidad / Área	Ubicación	Estado	Versión	Año	Fuente	Fecha de Publicación	Link

PR-GCAL-01-F03 Vs.02



Anexo N°6

Simbolos básicos para utilizar en los diagramas de flujo

Categoría	Descripción	Símbolo
De actividad	Representa la actividad que se realiza. De preferencia debe ser en voz activa. La descripción debe ser breve.	
De decisión	Designa un punto de decisión a partir del cual, el proceso tiene únicamente dos alternativas excluyentes. El camino a tomar depende de la respuesta a la decisión que aparece dentro del rombo	
De inicio	En el documento se puede utilizar mas de un símbolo de inicio.	
De registros	Se utiliza para representar un documento de entrada o salida.	
De líneas de flujo	Indica el flujo del proceso. En los casos que a un símbolo de actividad o documentación ingresen o salgan más de una línea, se considerarán actividades paralelas.	
De conexión	Indica la continuación de un diagrama de flujo hacia otra parte del diagrama a fin de continuar la secuencia. Se utiliza para abreviar el uso de líneas de flujo	
De documentación	Hace mención a un proceso distinto al analizado pero que se interrelaciona con el proceso que se está diagramando.	
De archivo	Símbolo que indica el archivo de un documento en medio físico o electrónico	
Fin	En el documento se puede utilizar mas de un símbolo de Fin	

Nota: También se podrá hacer uso de los programas como BIZAGUI y VISIO



Anexo N°7

Descripción de estructura documentaria

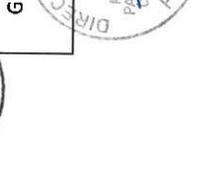
CAMPO	DESCRIPCIÓN
Objetivo	Se deberá definir lo que se pretende alcanzar con la formulación del documento normativo
Alcance	Se deberá señalar la estructura organizacional o el personal que deberá cumplir con lo dispuesto en el documento
Responsables	Se deberá indicar que el órgano ó unidad orgánica que aprueba el documento normativo es responsable de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en él.
Definiciones y abreviaturas	Se presentarán las definiciones, símbolos y abreviaturas que faciliten la comprensión de los términos a ser utilizados en el documento normativo.
Documentos de referencia	Se deberá precisar la normativa y documentación existente referida al documento normativo.
Disposiciones	Se señalarán las pautas que complementan la descripción del documento normativo que resulten necesarios para su aplicación.
Desarrollo	La descripción del documento normativo deberá señalar las actividades a desarrollar, los responsables, insumos y productos de cada una de ellas, de corresponder. En los casos que se requiera, deberá hacer referencia a otros documentos normativos que expliquen en mayor detalle las actividades mencionadas.
Registros	Se señalarán los registros que evidencien la ejecución de una actividad o tarea
Anexos	Formatos, diagramas, plantillas que se utilizan en la ejecución de las actividades detalladas en el documento normativo.



MATRIZ DE CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Entorno del Programa, factores externos e internos que pueden afectar el enfoque del programa, sus productos, sus servicios complementarios y las partes interesadas.

Factores	Condiciones	Efectos Potenciales ISO 37001:2016	Efectos Potenciales ISO 9001:2015
Tamaño	Empleados con estructura de sueldos no estandarizada.	El tener empleados con el mismo cargo y responsabilidad, con diferencias de sueldos, motiva a que pierdan integridad y sean vulnerables a ser sobornados.	
Tamaño	La Gestión Operativa de las UT, no cuenta con documentos procedimentales.		Genera alto riesgo de fallos o errores en la identificación, atención y servicio oportuno al AM.
Organización	La Pandemia COVID-19, ha ralentizado los ciclos de renovación de personal en proceso CAS para la contratación del personal		Genera el riesgo de fallos de errores por la sobrecarga de trabajo asumida por el personal en los puestos vacantes.
Organización	La coyuntura actual evidencia la necesidad de actualizar la organización del programa	Los usuarios requieren de nuevas modalidades de pago de sus subvenciones para evitar los riesgos de suplantaciones, sobornos, estafas, cobros indebidos, entre otros.	Los usuarios requieren de nuevas modalidades de pago de sus subvenciones generando más oportunidades de acceder al cobro de la subvención.
Organización	La coyuntura actual evidencia la necesidad de actualizar la organización del programa		El programa requiere una reestructuración organizacional acorde a la situación actual, que le permita realizar las mejoras oportunas garantizando la calidad del servicio al usuario.
Alcance	Contar con unidades territoriales en 24 regiones del Perú.	No tener un monitoreo presencial y permanente en las UT implicaría que se pueda materializar el riesgo de soborno.	No tener un Sistema de Información eficaz aumenta el riesgo de toma de decisiones erradas o no oportunas por parte de la alta dirección.
Crecimiento	Capacitación del Personal de Campo (Promotores)	No tener Capacitado a los Promotores en el Sistema de Gestión Antisoborno, implicaría un riesgo de vulnerabilidad al Programa.	No tener Capacitado a los Promotores en los sistemas de calidad, implica un riesgo de fallo en la atención al usuario.
Modelo	El modelo de acercamiento al AM, subvención bimensual + servicios complementarios.	El acercamiento y el acompañamiento en la prestación de servicios complementarios, incrementa la vulnerabilidad del programa, al articular con mayor frecuencia con aliados que desconocen nuestro sistema de gestión antisoborno.	Vulnerabilidad del programa al articular con aliados que desconocen nuestro sistema de calidad, aumenta el riesgo que nos provean información errada o incompleta que pueda afectar las atenciones al AM.
Entidades	Articulación con Entidades prestadoras de servicios complementarios ligados a la subvención bimensual.	Programa tiene un riesgo de exposición mediático si se ve involucrado, en ser parte de la cadena de corrupción de estos aliados sino difunde su SGAS.	Programa se expone a ser afectado por ser parte de la cadena de fallos que otras Entidades puedan tener por no haberla corregido o por ser parte también de una gran cadena de fallo gubernamental.
Aliados	Articulación con Gobiernos Locales, Municipalidades, Prefecturas o Suprefecturas, ONG, etc.	Programa tiene un riesgo de exposición mediático si se ve involucrado, en ser parte de la cadena de corrupción de estos aliados sino difunde su SGAS.	Programa se expone a ser parte de una secuencia sistemática de fallos que originan estos Aliados sino se colocan controles de monitoreo a la información o servicios prestados que permitan realizar detecciones con la debida anticipación
Gobierno	Cambios de Presidente / Gabinete. Cambios de Ministro/a del sector. Cambio de Directores del Programa	Relentización de Procesos y/o actividades que hacen que los controles establecidos pierdan efectividad haciendo vulnerable las acciones de soborno.	Relentización de Procesos administrativos y/o actividades que hacen que los controles establecidos pierdan efectividad haciendo vulnerable nuestro servicio oportuno al AM.



MATRIZ DE CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Entorno del Programa, factores externos e internos que pueden afectar el enfoque del programa, sus productos, sus servicios complementarios y las partes interesadas.

Factores	Condiciones	Efectos Potenciales ISO 37001:2016	Efectos Potenciales ISO 9001:2015
Normativas	Vacíos normativos / legales en actividades que regulan relaciones económicas, políticas y sociales.	Incrementa el riesgo de vulnerabilidad de las personas en verse involucrados en actos de soborno al no contar con un sistema antisoborno permanente.	Incrementa el riesgo de vulnerabilidad de las personas que están, en estas actividades; elevando el riesgo de cometer errores que determinen una mala decisión de la alta dirección o un mal servicio a un usuario.

Revisado noviembre, 2020

Revisado noviembre, 2020



PENSIÓN 65

OBJETIVOS DE CALIDAD Y ANTISOBORNO - 2020

última revisión: noviembre 2020

PROCESO A CERTIFICAR	OBJETIVO	Sistema de Gestión	INDICADOR	Utilidad del Indicador	EXPRESION MATEMATICA	META	FRECUENCIA DE MEDICION	RESPONSABLE	HORIZONTE	Estado	ACCIONES REALIZADAS
Saberes Productivos	Maximizar la percepción de satisfacción del usuario.	SGC	Grado de satisfacción del usuario	Medir el grado de satisfacción de los usuarios que están participando dentro de este proceso.	# Usuarios encuestados que manifiestan su satisfacción en participar en Saberes Productivos x 100 / # total de usuarios encuestados de Saberes Productivos	80%	Anual	Jefe de la Unidad de Proyectos y Diseño de Intervenciones	2020	revisado	No podrá medirse en el presente año 2020 por la Pandemia COVID-19
Transferencia y Pagaduría	Maximizar la percepción de satisfacción del usuario.	SGC	Grado de satisfacción del usuario	Medir el grado de satisfacción de los usuarios beneficiados con la subvención.	# Usuarios encuestados que manifiestan que su condición ha mejorado x 100 / # total de usuarios encuestados de Pensión 65	80%	Anual	Coordinador Técnico	2020	revisado	En proceso de actualizar al Directiva acorde a la situación de EES por COVID-19 de mantener, esperando los resultados de las mediciones de eficacia implementadas por las unidades en la próxima actualización de la misma.
Los 3 procesos certificados	Generar una cultura de mejora continua	SGC	Eficacia en la implementación de las mejoras continuas	Medir la eficacia de la implementación frente a la emisión de las mejoras emitidas	# Oportunidades de mejora implementadas x 100 / #Oportunidades de mejora emitidas	70%	Anual	Coordinador de Calidad	2020	revisado	
Saberes Productivos	Optimizar la eficiencia de la asistencia técnica para la implementación de Saberes Productivos	SGC	Intervenciones de Saberes Productivos implementadas en Gobiernos Locales	Medir la eficiencia de las intervenciones de Saberes Productivos en las localidades planificadas para el año.	Intervenciones de Saberes Productivos Implementadas x 100 / Total de Intervenciones Planificadas	60%	Anual	Jefe de la Unidad de Proyectos y Diseño de Intervenciones	2020	Revisado	No podrá medirse en el presente año 2020 por la Pandemia COVID-19
Saberes Productivos	Optimizar la eficiencia de la asistencia técnica para la implementación de Saberes Productivos	SGC	Usuarios que participan en Saberes Productivos	Medir la cantidad de usuarios que participan en las intervenciones de Saberes Productivos en las localidades planificadas anualmente.	Número de usuarios que participan en las Intervenciones de Saberes Productivos x 100 / Total de usuarios elegibles para participar en SP	60%	Anual	Jefe de la Unidad de Proyectos y Diseño de Intervenciones	2020	Revisado	No podrá medirse en el presente año 2020 por la Pandemia COVID-19
Afiliación y Verificación	Mantener operativos los equipos de Tecnologías de la Información	SGC	Cumplimiento del programa de simulacro preventivo	Medir el cumplimiento y la eficacia del Programa de simulacro preventivo	Simulacros preventivos realizados x 100 / Total de simulacros preventivos programados.	75%	Trimestral	Jefe de la Unidad de Tecnología de la Información	2020	Revisado	No se podrá realizar la medición este año, por recarga de actividades relacionada a la entrega de BANCOS
Transferencia y Pagaduría	Maximizar la eficacia de las transferencias	SGC	Cumplimiento del cronograma de Pagos transferencias de Pagos	Medir la eficacia de la programación para las modalidades de pagos.	# de transferencias realizadas dentro del plazo establecido en el cronograma de pagos x 100 / total de transferencias programadas	100%	Anual	Coordinador de Transferencia y Pagaduría	2020	revisado	Se modifica la frecuencia de bimensual a anual dado que se ha dado de manera atípica la entrega de la subvención por priorización en la entrega
Transferencia y Pagaduría	Disminuir el % de usuarios que no acceden al cobro oportuno de su subvención	SGC	Cumplimiento del cronograma de Pagos	Medir la eficacia de la programación de las modalidades de pagos.	# de usuarios que no acceden al cobro oportuno de su subvención x 100 / Total de usuarios del RBU	< a 0.8%	Anual	Coordinador de Transferencia y Pagaduría	2020	revisado	Se modifica la frecuencia de bimensual a anual dado que se ha dado de manera atípica la entrega de la subvención por priorización en la entrega



PENSIONES 65

OBJETIVOS DE CALIDAD Y ANTISOBORNOS - 2020

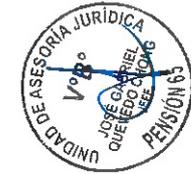
ultima revisión: noviembre 2020

PROCESO A CERTIFICAR	OBJETIVO	Sistema de Gestión	INDICADOR	Utilidad del Indicador	EXPRESION MATEMATICA	META	FRECUENCIA DE MEDICION	RESPONSABLE	HORIZONTE	Estado	ACCIONES REALIZADAS o de seguirse
Sede Central y UT-Lima	Mejorar continuamente el SGAS	SGC	Monitoreo de los canales de DQR que puedan identificar riesgos potenciales.	Medir la efectividad de atención de las reclamos recibidas.	# DQR atendidas / Total de DQR recibidas	80%	Semestral	Coordinado de Actores Locales - UO	2020	Revisado	responsable de llevar el monitoreo de las DQR de la CTVC al Coordinador de Actores Locales de la UO
Sede Central y UT-Lima	Promover y fortalecer la cultura de integridad.	SGAS	Cumplimiento de las jornadas de inducción al personal	Medir el grado de percepción a cerca del conocimiento sobre los procesos, sistemas y organización del Programa Pension 65	# de colaboradores ingresantes que recibieron inducción en SGAS x 100 / Colaboradores ingresante en el periodo	80%	Semestral	Jefe de Recursos Humanos / Coordinador de Gestión del Rendimiento	2020	Revisado	Por el Estado de Emergencia Sanitaria, COVID-19 se reprogramaron inducciones para el año 2020
Sede Central y UT-Lima	Mejorar continuamente el SGAS	SGAS	Monitoreo de los diferentes canales de denuncias que puedan identificar riesgos potenciales.	Medir la efectividad de atención de las denuncias recibidas.	# Denuncias atendidas / Total de denuncias recibidas	95%	Semestral	Jefe de Recursos Humanos / Coordinador de Integridad, Etica y Lucha Contra la Corrupción	2020	Revisado	Por el Estado de Emergencia Sanitaria, COVID-19 se reprogramó la entrega de reporte semestral para el año
Sede Central y UT-Lima	Fortalecer la gestión de riesgo de soborno.	SGAS	Percepción de la Etica e Integridad en los colaboradores del Programa	Medir la percepción del colaborador mediante encuestas de percepción	# de colaboradores encuestados perciben una cultura de etica e integridad / Total de encuestados	75%	Annual	Jefe de Recursos Humanos / Coordinador de Integridad, Etica y Lucha Contra la Corrupción	2020	Revisado	Por el Estado de Emergencia Sanitaria, COVID-19 se reprogramó la entrega de reporte semestral a anual.
Sede Central y UT-Lima	Comunicar a los Gobiernos Locales sobre el Sistema de Gestión Antisoborno.	SGAS	Mitigar los riesgos de soborno a nuestros trabajadores.	# de comunicados proporcionados a los GL / # total de GL que implementan SP	# de colaboradores de GL encuestados perciben una cultura de etica e integridad / Total de encuestados	70%	Semestral	Jefe de UPDI / Coordinador de SP	2020	Revisado	No podrá medirse en el presente año 2020, por el Estado de Emergencia Sanitaria COVID-19



Fecha de Elaboración/ Actualización	19/11/2020
Versión	2020
n° de Páginas:	2

N° PARTE INTERESADA	REQUISITOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		REQUISITOS DE SUBVENCIÓN MONETARIA	
	ISO 9001	ISO 37001	ISO 9001	ISO 37001
6 Proveedores	A6.1 Pago oportuno y completo de los servicios prestados por los proveedores.	B6.1 No supeditar los servicios prestados al pago de beneficios económicos.	C6.1 Cumplimiento de los terminos de referencia que correspondan a cada contrato. C6.2 Estar registrado en el OSCE. C6.3 Pago oportuno y completo de los servicios prestados.	D6.1 No ofrecer un beneficio al funcionario público para la asignación de la buena pro. D6.2 Comunicar el otorgamiento de un puntaje adicional a las empresas que presenten el certificado ISO 37001, anti soborno. D7.1 Honestidad y transparencia en las transacciones de recursos financieros a los usuarios del programa. D7.2 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno al personal del banco. D7.1 Informar sobre la transparencia del servicio durante el pago a los usuarios D7.4 Gestionar y mejorar continuamente el servicio atención preferencial del banco bajo cualquier modalidad de pago al AM.
7 Banco de la Nación	A7.1 Gestionar con las área de Responsabilidad Social de las Entidades publicas o privadas, el apoyo para incentivar el crecimiento de los servicios de educación financiera, tarjetización y Saberes Productivos.	No aplica	C7.1 Cumplir con el Cronograma de Pagos. C7.2 Brindar la lista de usuarios que integran el RBU de manera oportuna. C7.3 Planificar oportunamente la articulación de los pagos de la subvención monetaria en sus distintas modalidades.	D7.1 Honestidad y transparencia en las transacciones de recursos financieros a los usuarios del programa. D7.2 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno al personal del banco. D7.1 Informar sobre la transparencia del servicio durante el pago a los usuarios D7.4 Gestionar y mejorar continuamente el servicio atención preferencial del banco bajo cualquier modalidad de pago al AM.
8 RENIEC	No aplica	No aplica	C8.1 Gestionar la articulación oportuna de la información de usuarios fallecidos o con restricciones. C8.2 Gestionar la articulación oportuna para el registro de actualización de huellas y otorgamiento de DNI a los AM, evitando así la restricción del pago por la entidad bancaria.	D8.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno al personal de RENIEC. D8.2 Gestionar y mejorar la calidad del trato preferencial al AM, durante los procesos de actualización de huellas o gestionar un nuevo DNI



PENSIÓN 65

MATRIZ DE PARTES INTERESADAS

Fecha de Elaboración/ Actualización	19/11/2020
Versión	2020
n° de Páginas:	2

N°	PARTE INTERESADA	REQUISITOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		REQUISITOS DE SUBVENCIÓN MONETARIA	
		ISO 9001	ISO 37001	ISO 9001	ISO 37001
1	Gobierno Central	A1.1 Cumplir las leyes y normas brindadas por el Estado para la gestión del programa.	B1.1 Cumplimiento del DS 092-2017-PCM que aprueba la Política Nacional de Integridad y Lucha contra la corrupción.	C1.1 Gestionar oportunamente el Presupuesto Institucional asignado.	D1.1 Compromiso en la aplicación de las sanciones que correspondan en el marco del Sistema de Gestión Antisoborno.
2	Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)	A2.1 Cumplir con las metas presupuestarias.	B2.1 Transparencia en la ejecución del presupuesto institucional.	C2.1 Gestionar presupuesto para el cierre de brechas	D2.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades del MEF.
3	Gobierno Locales (Municipalidades)	A3.1 Brindar asistencia técnica para la implementación de Saberes Productivos. A3.2 Asignar los recursos e implementar las acciones de intervención de Saberes en los plazos establecidos.	B3.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades de los gobiernos regionales.	C3.1 Gestionar oportuna y eficientemente las solicitudes de afiliación. C3.2 Difundir oportunamente los cronogramas de Pago. C3.3 Gestionar y articular con las autoridades pertinentes la realización de los pagos de la subvención monetaria.	D3.1 Transparencia en el proceso de afiliación de usuarios. D3.2 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades de los gobiernos regionales y municipales.
4	Personal del Programa	A4.1 Buen Clima Laboral. A4.2 Instalaciones adecuadas para la ejecución de sus servicios. A4.3 Contar con los recursos oportunamente para el eficaz desempeño de la labor encomendada. A4.4 Capacitar al personal en temas de Ética e Integridad.	B4.1 Liderazgo y compromiso en el cumplimiento del Sistema de Gestión Antisoborno. B4.2 Procesos de Selección Transparentes. B4.3 Capacitar al promotor de las UTs en el SGAS para identificar riesgos potenciales.	C4.1 Proporcionar los procesos normativos adecuados para brindar una mejor atención a nuestros usuarios. C4.2 Capacitar al personal en temas de Gestión del Servicio de calidad a nuestros usuarios.	D4.1 Trabajar con honestidad, integridad y transparencia. D4.2 Cumplimiento del código de conducta. D4.3 Cumplimiento del sistema de gestión antisoborno. D4.4 Conocimiento y utilización diligente de los canales de denuncia.
5	Usuarios	A5.1 Brindar asistencia técnica correspondiente para la implementación de Saberes Productivos y lograr la participación activa de nuestros usuarios.	B5.1 Transparencia en el proceso de integrar a nuestros usuarios en los temas de saberes. B5.2 Comunicar a los usuarios sobre la política del SGAS del Programa Pensión 65.	C5.1 Cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley de creación del Programa. C5.2 Pagar la Subvención monetaria oportuna y exacta. C5.3 Facilitar para la entrega de la subvención monetaria. C5.4 Mejorar Continuamente los modelos de entrega de la subvención	D5.1 Velar por la honestidad en las Declaraciones Juradas, principalmente en temas referidos a su condición socioeconómica. D5.2 Facilitar el acceso y transparencia para realizar las denuncias de buena fe y su atención respectiva, con la disponibilidad de la protección al denunciante



Fecha de Elaboración/ Actualización	19/11/2020
Versión	2020
n° de Páginas:	2

N°	PARTE INTERESADA	REQUISITOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		REQUISITOS DE SUBVENCIÓN MONETARIA	
		ISO 9001	ISO 37001	ISO 9001	ISO 37001
9	SISFOH	No aplica	No aplica	C9.1 Gestionar la articulación para el traslado oportuno de los reportes de actualización de las CSE de usuarios, producto de las observaciones de las visitas domiciliarias.	D9.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades de las Entidades Proveedoras de Información. D9.1 Gestionar y mejorar la calidad del trato preferencial del AM, durante los procesos de actualización de la CSE o gestión de renovación de la misma, ya que la demora o falta de la misma genera la desafiliación automática del usuario.
10	Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (CTVC)	No aplica	No aplica	C10.1 Gestionar la articulación para la oportuna atención de las respuestas a usuarios, producto de las Denuncias, Quejas y Reclamos (DQR) recibidas.	D10.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión antisoborno a las autoridades y personal de la CTVC que solicitan Información de manera recurrente sobre la transparencia de nuestros procesos.
11	Ministerio de Salud	A11.1 Articular con la entidad para promover el desarrollo del Saber relacionado a la Medicina Tradicional Ancestral. A11.2 Articular con la entidad para la programación de campañas de salud para el AM.	B11.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión antisoborno a las autoridades del MINSa, durante las campañas y/o promociones de salud al AM.	C11.1 Gestionar la articulación para las campañas de salud, en los puntos de pago a nuestros usuarios.	No aplica
12	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.	A12.1 Gestionar con la entidad, la promoción de los temas relacionados a la "violencia familiar" y "derechos del adulto mayor".	B12.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades del MIMPV, durante las campañas contra la violencia familiar y promociones de los derechos del AM.	C12.1 Gestionar y articular con la entidad competente para la visibilidad del AM en el Estado. C12.2 Gestionar la priorización de AM en la condición de su vulnerabilidad cuando presenta estado de abandono.	No aplica



PENSIÓN 65

MATRIZ DE PARTES INTERESADAS

Fecha de Elaboración/ Actualización	19/11/2020
Versión	2020
n° de Páginas:	2

N°	PARTE INTERESADA	REQUISITOS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		REQUISITOS DE SUBVENCIÓN MONETARIA	
		ISO 9001	ISO 37001	ISO 9001	ISO 37001
13	Ministerio de Educación	A13.1 Articular con la entidad en la promoción de Servicios Complementarios, relacionados a la Alfabetización del AM.	B11.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades del MINEDU, durante las campañas y/o promociones de alfabetización al AM.	No aplica	No aplica
14	Ministerio de Cultura	A14.1 Articular con la entidad los Servicios Complementarios relacionados a la promoción de Saberes de Lenguas Ancestrales del AM.	B11.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades del MINCU, durante las campañas y/o promociones al AM de las comunidades amazónicas.	No aplica	No aplica
15	Universidades e Institutos	A15.1 Gestionar y articular con la entidad los Servicios Complementarios relacionados a la promoción del voluntariado y apoyo social en el acompañamiento al AM.	B12.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno al personal que participa como voluntariado en los acompañamientos al AM en los diferentes servicios complementarios articulados por el programa.	C15.1 Gestionar y articular con la Entidad para promover el voluntariado para los servicios de corte de pelo, masajes, podología, gestión de colas, acompañamiento y asistencia durante las campañas de pago.	D15.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades y personal voluntariado de las universidades e institutos que participa durante la programación de pagos de la subvención al AM
16	Ministerio de Defensa / FFAA	A16.1 Gestionar y articular con la entidad en el apoyo logístico de los Servicios Complementarios, relacionados a Campañas de Salud al AM en zonas alejadas o de difícil acceso.	B16.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades y personal del MINDEF y las Fuerzas Armadas, en las campañas de presencia del ESTADO en lugares de difícil acceso, durante el desarrollo de los servicios complementarios	C15.1 Gestionar y articular con la Entidad para facilitar el acceso y/o traslado del AM a los Puntos de pagos.	D16.1 Gestionar y comunicar la política del sistema de gestión Antisoborno a las autoridades y personal del MINDEF y las Fuerzas Armadas, en las campañas de presencia del ESTADO en lugares de difícil acceso, durante el desarrollo de los procesos de pagos.



RE- VALORACIÓN DEL RIESGO

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				TRATAMIENTO DE RIESGOS				21					72%				
ID.	Sistema de Gestión	Proceso / SN / Proyecto	Descripción del Riesgo	Medidas de Tratamiento	Actividades	Responsables	Fecha Inicio	Fecha Fin	Tiempo /frecuencia	Validado por	Priorización	Estado Actual	Evidencias				
R.2	Antisoborno	Afiliación y Verificación	Información de cotejo no remitida en los plazos establecidos por las entidades externas competentes	Mitigar	Difusión de la Política Antisoborno a las entidades de cotejo a través de las cartas de solicitud.	Especialista de Afiliaciones	Enero	Diciembre	12 meses		Media	En Proceso					
R.4	Antisoborno	Asistencia Técnica de Saberes Productivos	Ofertar, prometer o aceptar un beneficio económico de algún usuario o persona para obtener una ventaja con respecto al resto de usuarios para ser integrante del padrón de usuarios.	Mitigar	Difusión de la Política Antisoborno a las entidades externas. Capacitar al personal de Pensión 65 en la identificación de riesgos de corrupción.	Gobiernos Locales	Marzo	Diciembre	Trimestralmente		Media	En Proceso					
R.5	Antisoborno	Comunicación e Imagen - atención al usuario	Exposición mediática negativa del Programa Pensión 65	Mitigar	Difusión de la Política Antisoborno a la organización y a la sociedad a través de las entrevistas de medios Comunicación y difusión de los canales y medios para realizar denuncias.	Jefe de la Unidad de Comunicación e Imagen	Enero	Diciembre	12 meses		Media	En Proceso					
R.6	Antisoborno	Administración Logística - Gestión de Contrataciones con el Estado	Favorecer indebidamente a un proveedor específico en el proceso de adjudicación	Mitigar	Comité de selección compuesto por 3 personas o más. Miembro del Grupo de Control Interno participa aleatoriamente de los procesos de selección. Actos públicos supervisados por un notario. Difusión de la Política Antisoborno a las entidades externas.	Jefe de la Unidad de Administración	Enero	Diciembre	12 meses		Alta	En Proceso					
R.7	Antisoborno	RRHH - Gestión de las Contrataciones del personal	Que se favorezca a un candidato de un proceso de selección que haya entregado algún beneficio a los miembros del Comité de Selección.	Mitigar	Conformación de Comité de Selección de 3 personas de distintas unidades orgánicas. Los criterios de selección son determinados por el área usuaria. Todos los documentos relacionados al proceso de selección se publican en página web.	Jefe de la Unidad de RRHH	Enero	Diciembre	12 meses		Alta	En Proceso					
R.11	Antisoborno	Comunicación e Imagen - atención al usuario	Exposición mediática negativa de la Imagen del Programa Pensión 65 en medios: Noticias y Redes Sociales.	Mitigar	Monitoreo de los medios de comunicación: TV, Radio y Prensa a nivel nacional. Monitoreo de las Redes Sociales: Facebook (post), Twitter (tendencias). Alertas oportunas por parte del personal del programa Pensión 65. Procedimiento Gestión de Crisis. Guía de uso de Carta Poder o Apoyo.	Jefe de la Unidad de Comunicación e Imagen / Jefe de la Unidad de Operaciones	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.12	Calidad	Administración Logística - Gestión de Contrataciones con el Estado	Incumplimiento de los requisitos exigidos en el TOR o especificaciones técnicas en la etapa contractual por el proveedor	Mitigar	Verificación de los productos y servicios brindados, emitiendo un informe de conformidad por el área usuaria Verificación del cumplimiento de los terminos contractuales antes de realizar los pagos respectivos.	Jefe de la Unidad de Administración	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.13	Calidad	UPPM - Planeamiento y Presupuesto	Que las ejecuciones presupuestales no estén alineadas a la programación del gasto presupuestal.	Mitigar	Reporte del SIAF. Matriz de seguimiento de la ejecución presupuestal.	Jefe de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.14	Calidad	UPPM - Planeamiento y Presupuesto	Que el gasto por ejecución de las visitas a usuarios, no estén alineadas a la programación realizada.	Mitigar	Seguimiento mensual del avance de ejecución del plan y presupuesto	Jefe de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.17	Calidad	RRHH - Administración de personal	Demoras en la reposición de personas por puestos vacantes.	Mitigar	Comunicar al área de selección de personal las renuncias aceptadas por los jefes de unidades, como insumo para posibles procesos de convocatorias.	Jefe de la Unidad de RRHH	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.18	Calidad	Tecnología de la Información	Caída de la línea dedicada del proveedor de Internet	Mitigar	Racionalización de los servicios informáticos. Respaldo en autonomía de energía por tiempo limitado de 1 hora aprox. Plan de Contingencia (por actualizar) Realizar los procesamiento de información del RBU en el entorno cercano al servidor de P65.	Jefe de Tecnologías de la Información	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.19	Calidad	Tecnología de la Información	Caída de los sistemas operativos (SISOPE y/o AYZA)	Mitigar	Respaldo en autonomía de energía por tiempo limitado de 1 hora aprox. Plan de Contingencia (por actualizar)	Jefe de Tecnologías de la Información	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.21	Calidad	Transferencia Monetaria	Usuario presenta dificultades para el cobro de la subvención monetaria	Mitigar	Reporte de cuentas sin movimiento del Banco de la Nación. Cotejos de información con RENIEC Cambios de puntos de pago por cercanía. Comunicación de Cronograma de Pagos a través de los canales del Programa. Actualización de cambios en la modalidad de pagos de ETV a Agencia.	Coordinador de Transferencias y Pagaduría	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.20	Calidad	Afiliación y Verificación: Gestión y procesamiento de Datos de Cotejos.	Reprocesos y excesivo tiempo en la elaboración de la RBU, ante la falta de automatización del proceso.	Mitigar	Formulación e implementación del Plan para la automatización del proceso de elaboración de la RBU	Jefe de la Unidad de Tecnología de la Información / Jefe de la Unidad de Operaciones	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.22	Calidad	Transferencia Monetaria: Información de Puntos de Pagos.	Que usuarios no puedan cobrar la subvención por falta de difusión o información equivoca.	Mitigar	Diseño de estrategia de comunicación que incorpore interculturalidad y efectividad de medios de difusión para la población objetivo	Jefe de las Unidades Territoriales / Jefe de la Unidad de Operaciones y Jefe de la Unidad de	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					
R.24	Calidad	Transferencia Monetaria: Información de Puntos de Pagos.	Usuarios no cobran la subvención por suspensión del servicio de las alertas asaltos o bloqueos de vías de acceso.	Mitigar	Plan de seguimiento y monitoreo de la programación de pagos por ETV que incorpore mecanismos de alerta y/o comunicación oportuna.	Jefe de la Unidad de Operaciones	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso					

NVR	Probabilidad		Impacto		Nueva valoración		Nivel de Eficacia
	Tipo	Nivel	Tipo2	Nivel3	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
48	Media	6	Alta	8	48	Riesgo Alto	0%
48	Media	6	Alta	8	48	Riesgo Alto	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%
36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%

DIRECCIÓN EJECUTIVA
 MARE CALVO SALVE
 DIRECTOR EJECUTIVO

DIRECCIÓN EJECUTIVA
 MIGUEL ANGE PAZ SORDAN
 COORDINADOR DE CALIDAD

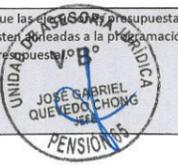
COMITÉ DE ASESORIA JURÍDICA
 Vº Bº

COMITÉ DE ASESORIA JURÍDICA
 QUEVEDO
 PENSIÓN 65

IDENTIFICACION DE RIESGOS				TRATAMIENTO DE RIESGOS										NVR		Probabilidad		Impacto		Nueva valoración		
ID.	Sistema de Gestión	Proceso / SN / Proyecto	Descripción del Riesgo	Medidas de Tratamiento	Actividades	Responsables	Fecha Inicio	Fecha Fin	Tiempo /frecuencia	Validado por	Priorización	Estado Actual	Evidencias	Valor del Riesgo	Tipo	Nivel	Tipo2	Nivel3	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	%Diferencia	
R.25	SCI	RRHH - Gestión de las Contrataciones del personal	Direccionamiento de los concursos CAS para la selección de personal.	Mitigar	Conformación de Comité de Selección de 3 personas de distintas unidades orgánicas. Los criterios de selección son determinados por el área usuaria. Todos los documentos relacionados al proceso de selección se publican en página web acorde a la Directivas de Selección de la Unidad de Recursos Humanos.	Jefe de la Unidad de RRHH	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso		36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%	
R.26	SCI	Administración Logística - Gestión de Contrataciones con el Estado	Direccionamiento en el concurso público de las contrataciones que realiza el P65	Mitigar	Comité de selección compuesto por 3 personas o más. Miembro del Grupo de Control Interno participa aleatoriamente de los procesos de selección. Actos públicos supervisados por un notario. Difusión de la Política Antisoborno a las entidades externas.	Jefe de la Unidad de Administración	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso		36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%	
R.27	SCI	Coordinación técnica	No cumplimiento del cronograma de visitas a usuarios.	Mitigar	Guía de Programación (Actualizar) Actualización Bimensual del estado de la ejecución de la programación de visitas a usuarios. Análisis de los cambios resultado de la RBU y visitas ejecutadas.	Coordinador Técnico	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso		32	Alta	8	Baja	4	32	Riesgo Medio	0%	
R.28	SCI	Coordinación técnica	Que el promotor solicite un soborno al usuario para favorecerlo para su ingreso o su permanencia en el P65.	Mitigar	Supervisión sobre la gestión de los líderes en las Unidades Territoriales. Difusión y monitoreo de los canales de denuncias, quejas y reclamos al público en general.	Coordinador Técnico	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso		32	Alta	8	Baja	4	32	Riesgo Medio	0%	
R.29	SCI	Coordinación técnica	No contar con los pasajes y viáticos oportunamente para el cumplimiento del cronograma de visitas a usuarios.	Mitigar	Reporte de gastos por viáticos y pasajes de las unidades territoriales generado por la Unidad de Administración.	Coordinador Técnico	Marzo	Diciembre			Alta	En Proceso		36	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	0%	



IDENTIFICACION DE RIESGOS												ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO				TRATAMIENTO		
N°	Sistema de Gestión	Proceso / Modalidad de Pago	Descripción del Riesgo	Alineación con el Objetivo	Fuente del Riesgo	Descripción de las Causas	Origen de las Causas	Consecuencias	Dueño de Riesgo	Control Implementado	Madurez del Control	Probabilidad		Impacto		Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	Medidas de Tratamiento
												Tipo	Nivel	Tipo2	Nivel3			
R.1	Antisoborno	Afiliación y Verificación	Afiliación de Usuarios que no cumplan los requisitos	Fortalecer la gestión de riesgo de soborno	Gestión	Obtener alguna ventaja financiera o de otra naturaleza, para influenciar de manera indebida sobre un determinado proceso.	Externa	Aplicación de medidas disciplinarias y/o sanciones penales que correspondan como resultado de la investigación que se establezca.	Coordinador de Afiliaciones	Difusión de la Política Antisoborno a las entidades de cotejo a través de las cartas de solicitud y declaración jurada.	Fuerte	Baja	4	Baja	4	16	Riesgo Bajo	Aceptar
R.2	Antisoborno	Afiliación y Verificación	Información de cotejo no remitida en los plazos establecidos por las entidades externas competentes	Fortalecer la gestión de riesgo de soborno	Gestión	Personal de entidades externas alteran intencionalmente los datos para beneficiar o perjudicar a terceras personas.	Externa	Error de Información intencional que perjudica a usuarios, no teniendo el programa medios normativos para resarcir del daño a los usuarios perjudicados.	Especialista de Afiliaciones	Difusión de la Política Antisoborno a las entidades de cotejo a través de las cartas de solicitud.	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.3	Antisoborno	Asesoría Jurídica	Favorecer indebidamente a una persona o organización mediante una opinión legal	Fortalecer la gestión de riesgo de soborno	Políticas	Beneficio económico o laborales para el personal de Pensión 65	Ambas Int/Ext	Alteración de los procesos en la organización. Perjuicio para la Organización.	Jefe de la Unidad de Jurídica	Documentación de todas las opiniones legales brindadas y revisadas por más de 1 persona. Órgano de Control Interno, verifica el correcto cumplimiento de los procesos.	Fuerte	Baja	4	Baja	4	16	Riesgo Bajo	Aceptar
R.4	Antisoborno	Asistencia Técnica de Saberes Productivos	Ofertar, prometer o aceptar un beneficio económico de algún usuario o persona para obtener una ventaja con respecto al resto de usuarios para ser integrante del padrón de usuarios.	Promover y fortalecer la cultura de integridad	Gestión	Beneficio económico para el personal involucrado. Falta de Controles Antisoborno en los Gobiernos Locales. Ausencia de un Sistema de Gestión Antisoborno en los Gobiernos locales.	Externa	Daño a la imagen del programa Pensión 65. Alteración de los procesos de la organización. Involucrar al Programa Pensión 65 en cadena de corrupción del GL.	Gobiernos Locales	Difusión de la Política Antisoborno a las entidades externas. Capacitar al personal de Pensión 65 en la identificación de riesgos de corrupción.	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.5	Antisoborno	Comunicación e Imagen - atención al usuario	Exposición mediática negativa del Programa Pensión 65	Mejorar continuamente el SGAS	Gestión	Denuncias a usuarios por no reunir requisitos del Programa Pensión 65. Denuncia a trabajador de Pensión 65 por actos de corrupción, con la finalidad de recibir beneficio económico o personal.	Ambas Int/Ext	Aplicación de medidas disciplinarias y/o sanciones penales que correspondan como resultado de la investigación que se establezca.	Jefe de la Unidad de Comunicación e Imagen	Difusión de la Política Antisoborno a la organización y a la sociedad a través de las entrevistas de medios. Comunicación y difusión de los canales y medios para realizar denuncias.	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.6	Antisoborno	Administración Logística - Gestión de Contrataciones con el Estado	Favorecer indebidamente a un proveedor específico en el proceso de adjudicación	Promover y fortalecer la cultura de integridad	Comerciales	Obtener alguna ventaja financiera o de otra naturaleza, para influenciar de manera indebida sobre un determinado proceso.	Externa	Exposición del programa a una situación de corrupción. Contratar a un proveedor que no cumpla los requisitos.	Jefe de la Unidad de Administración	Comité de selección compuesto por 3 personas o más. Miembro del Grupo de Control Interno participa aleatoriamente de los procesos de selección. Actos públicos supervisados por un notario. Difusión de la Política Antisoborno a las entidades externas.	Fuerte	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.7	Antisoborno	RRHH - Gestión de las Contrataciones del personal	Que se favorezca a un candidato de un proceso de selección que haya entregado algún beneficio a los miembros del Comité de Selección.	Fortalecer la gestión de riesgo de soborno	Gestión	Obtener alguna ventaja, económica, financiera o de otra naturaleza, para influenciar de manera indebida sobre un determinado proceso.	Internas	Personal ineficiente y de aporte negativo para la institución. Aplicación de medidas disciplinarias y/o sanciones penales que correspondan como resultado de la investigación que se establezca.	Jefe de la Unidad de RRHH	Conformación de Comité de Selección de 3 personas de distintas unidades orgánicas. Los criterios de selección son determinados por el área usuaria. Todos los documentos relacionados al proceso de selección se publican en página web.	Fuerte	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.8	Calidad	Afiliación y Verificación	Afiliación de usuarios que no cumplan los requisitos del programa.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Filtraciones por: *Fallecimiento de usuario no reportado. *Incumplimiento de edad en los registros de cotejo. *Desfase de reporte de fallecidos - RENIEC	Externa	Selección de personas que no cumplan los requisitos para participar en la RBU	Coordinador de Afiliaciones	Procedimiento de acopio de evidencias mediante visitas domiciliarias. DS 081-2011 PCM y modificaciones. Acuerdos o convenios con las entidades externas competentes: RENIEC, SISFHO, Banco de la Nación y las 13 Entidades con las cuales se coteja supervivencia y/o pensión.	Fuerte	Media	6	Baja	4	24	Riesgo Bajo	Transferir
R.9	Calidad	Afiliación y Verificación	Información de cotejo no remitida en los plazos establecidos por las entidades externas competentes	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Cambio de los equipos técnicos en las entidades externas. Cambios en los formatos de data de las entidades externas. Cotejo no llega a tiempo para procesar o nunca llegó.	Externa	Demora en la generación del RBU. Retraso en el proceso, por la corrección de los datos. No se utilice ese cotejo para la elaboración del RBU	Especialista de Afiliaciones	Seguimiento a las entidades externas de los documentos de cotejo emitidos por el programa. Directiva de Gestión de la Entrega de la Subvención Monetaria ítem 7.1.3.6	Fuerte	Media	6	Baja	4	24	Riesgo Bajo	Aceptar
R.10	Calidad	Asistencia Técnica de Saberes Productivos	Pérdida de sostenibilidad de la intervención Saberes Productivos en las unidades territoriales.	Optimizar la eficiencia de la asistencia técnica para la implementación de Saberes Productivos	Gestión	Asistencia Técnica deficiente. Poco compromiso de los gobiernos locales. Bajo presupuesto involucrado por los gobiernos locales. Ausencia de apropiación colectiva por parte de la comunidad.	Ambas Int/Ext	Pérdida de valoración de la persona adulta mayor. Pérdida de la sensibilidad y solidaridad de la comunidad por la persona adulta mayor.	Jefe de la Unidad de Proyectos y Diseño de Intervenciones	Inclusión de las actividades de Saberes Productivos en el Plan de Trabajo Anual y Plan Operativo Institucional. Asignación de presupuesto por el Gobierno Local. Informes mensuales elaborados por los asistentes técnicos. Designación del equipo técnico municipal (ETM) para la ejecución de las actividades de Saberes Productivos.	Fuerte	Media	6	Baja	4	24	Riesgo Bajo	Aceptar
R.11	Antisoborno	Comunicación e Imagen - atención al usuario	Exposición mediática negativa de la Imagen del Programa Pensión 65 en medios. Noticias y Redes Sociales.	Mejorar continuamente el SGAS	Gestión	Denuncias de usuarios hacia trabajadores del programa. Difamación al programa Pensión 65. Noticias con enfoques negativos o sensacionalista. AM con discapacidad para movilizarse esta presente en días de pago.	Ambas Int/Ext	Daño a la imagen del programa. Pérdida de credibilidad y transparencia ante la sociedad y público usuario.	Jefe de la Unidad de Comunicación e Imagen / Jefe de la Unidad de Operaciones	Monitoreo de los medios de comunicación: TV, Radio y Prensa a nivel nacional. Monitoreo de las Redes Sociales: Facebook (post), Twitter (tendencias). Alertas oportunas por parte del personal del programa Pensión 65. Procedimiento Gestión de Crisis. Guía de uso de Carta Poder o Apoyo.	Fuerte	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.12	Calidad	Administración Logística - Gestión de Contrataciones con el Estado	Incumplimiento de los requisitos exigidos en el TDR o especificaciones técnicas en la etapa contractual por el proveedor	Generar una cultura de mejora continua	Económicas	Mala planificación de los tiempos para la entrega del producto o servicio. Cierre de ejecución presupuestal. Factores sociales externos. Falta de monitoreo de los términos contractuales al momento de efectuar los pagos a los proveedores.	Internas	Incumplimiento de los objetivos del área usuaria. Diferencias en el presupuesto a fin de año.	Jefe de la Unidad de Administración	Verificación de los productos y servicios brindados, emitiendo un informe de conformidad por el área usuaria. Verificación del cumplimiento de los términos contractuales antes de realizar los pagos respectivos.	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.13	Calidad	UPPM - Planeamiento y Presupuesto	Que las Unidades Orgánicas responsables de la ejecución presupuestal no estén alineadas a la programación del gasto presupuestal.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Que las Unidades Orgánicas responsables de la ejecución presupuestal no presten atención a los reportes de ejecución de UPPM	Internas	Ejecutar reprogramaciones presupuestales. No cumplir las metas programadas. Distorsión de metas presupuestales.	Jefe de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Reporte del SJAF. Matriz de seguimiento de la ejecución presupuestal.	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar



IDENTIFICACION DE RIESGOS											ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO				TRATAMIENTO			
N°	Sistema de Gestión	Proceso / Modalidad de Pago	Descripción del Riesgo	Alineación con el Objetivo	Fuente del Riesgo	Descripción de las Causas	Origen de las Causas	Consecuencias	Dueño de Riesgo	Control Implementado	Madurez del Control	Probabilidad		Impacto		Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo	Medidas de Tratamiento
												Tipo	Nivel	Tipo2	Nivel3			
R.14	Calidad	UPPM - Planeamiento y Presupuesto	Que el gasto por ejecución de las visitas a usuarios, no estén alineadas a la programación realizada.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Ajustar la programación y monitoreo de la ejecución con el gasto presupuestal programado.	Internas	Que la programación del gasto presupuestal por visitas no este alineado a la ejecución de la visitas a usuarios	Jefe de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto	Seguimiento mensual del avance de ejecución del plan y presupuesto	Moderado	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar
R.15	Calidad	Procesos Misionales	Los tiempos de procesos de gestión administrativa y tramite documentario, se han debilitado en la organización, amenazando con no cumplir oportunamente con los compromisos con el usuario.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Cambio en la estructura organizacional de unidades de apoyo que son absorbidas por la Unidad Ejecutora PROGRESA.	Externa	Debilitamiento en las gestiones administrativas, presupuestales, y de manejo de información para el procesamiento y cumplimiento de los objetivos de la organización.	Dirección Ejecutiva	Planificar las actividades considerando los tiempos adicionales para desarrollar los procesos misionales de la organización. Desactivación de la UE-Progresa.	Fuerte	Baja	4	Baja	4	16	Riesgo Bajo	Aceptar
R.16	Calidad	RRHH - Selección de Personal	Incremento de rotación de personal en las Unidades Territoriales.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Sueldos no atractivos en puestos de trabajo. Falta de Liderazgo de los Jefes de UT.	Internas	Incremento de los costos de reclutamiento	Jefe de la Unidad de RRHH	Migración de personal a la modalidad de SERVIR. Talleres de inducción y sensibilización.	Fuerte	Media	6	Baja	4	24	Riesgo Bajo	Aceptar
R.17	Calidad	RRHH - Administración de personal	Demoras en la reposición de personas por puestos vacantes.	Generar una cultura de mejora continua	Gestión	Renuncias no comunicada a tiempo. Aperturas de varios procesos de convocatorias al mismo tiempo. Procesos desiertos	Internas	No contar con el personal de reemplazo. Sobrecarga laboral para la persona que suple las funciones de manera temporal.	Jefe de la Unidad de RRHH	Comunicar al area de selección de personal las renuncias aceptadas por los jefes de unidades, como ínsuno para posibles procesos de convocatorias.	Fuerte	Media	6	Media	6	36	Riesgo Medio	Mitigar

