Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCESO E.03

GESTIÓN DE RIESGOS Y CONTROL

Control de versiones
Versión 1.0

2022

Contenido

1. Introducción

El presente documento agrupa los procesos nivel 2 y 3 y procedimientos identificados que conforman el proceso E.03 Gestión de riesgos y control en conformidad con la Norma Técnica N° 001-2018-PCM/SGP, Norma Técnica "Implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública".

Para la documentación del procedimiento se han desplegado las actividades e identificado las entradas, salidas y receptores del resultado de cada procedimiento. Asimismo, se precisa el responsable de la ejecución y seguimiento que recae en el/la gerente/a de gerencia general.

2. Objetivo

Brindar a los órganos y unidades orgánicas del Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles – Senace un documento descriptivo que les permita conocer la secuencia y orden de actividades para obtener un resultado con relación al proceso E.03 Gestión de riesgos y control.

3. Alcance

Este documento es de aplicación para todo el personal de gerencia general y de los órganos y unidades orgánicas del Senace que intervienen o se relacionan con las actividades contenidas en los procedimientos.

Este documento forma parte del Manual de procedimientos del Senace.

4. Base Legal

- Ley N° 29968, Ley de creación del Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles – Senace y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, modificada por Ley N° 30039 y Decreto Legislativo Nº 1446.
- Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, que aprueba Política de Modernización de la Gestión Pública al 2030.
- Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2018-PCM/SGP, Norma Técnica "Implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública".

5. Vinculación del proceso E.03 Gestión de riesgos y control y procedimientos asociados

El cuadro a continuación muestra la relación entre los procesos nivel 1, 2 y 3; y los procedimientos asociados, para una mejor correlación, en la mayoría de los casos el nombre del procedimiento es similar al proceso asociado.

Procesos						Procedimientos	
Código N1	**Nombre del proceso N1**	**Código N2**	**Nombre del proceso N2**	**Código N3**	**Nombre del proceso N3**	**Código**	**Nombre**
E.03.01	Gestión de riesgos	E.03.01.01	Gestión de riesgos de corrupción	E.03.01.01.01	Identificación de riesgos de corrupción	E.03.01.01.01_P	Identificación de riesgos de corrupción
				E.03.01.01.02	Evaluación de riesgos de corrupción	E.03.01.01.02_P	Evaluación de riesgos de corrupción
				E.03.01.01.03	Tratamiento de riesgos de corrupción	E.03.01.01.03_P	Tratamiento de riesgos de corrupción
		E.03.01.02	Gestión de riesgos de desastres	E.03.01.02.01	Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres	E.03.01.02.01_P	Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres
				E.03.01.02.02	Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres	E.03.01.02.02_P	Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres
E.03.02	Gestión de control	E.03.02.01	Evaluación y reporte del sistema de control interno			E.03.02.01_P	Evaluación y reporte del sistema de control interno
		E.03.02.02	Evaluación de productos priorizados			E.03.02.02_P	Evaluación de productos priorizados
		E.03.02.03	Determinación, ejecución y reporte de planes de acción			E.03.02.03_P	Determinación, ejecución y reporte de planes de acción
		E.03.02.04	Registro y atención de denuncias			E.03.02.04_P	Registro y atención de denuncias
		E.03.02.05	Procedimientos administrativo disciplinario			E.03.02.05_P	Procedimientos administrativo disciplinario

6. Estructura del documento

Este documento presenta la siguiente estructura:

- Sección procesos: Esta sección consolida todas las fichas de proceso nivel 2 y nivel 3.

- Sección procedimientos: Esta sección contiene cada uno de los procedimientos elaborados que conforman el proceso E.03 Gestión de riesgos y control.
  Cada procedimiento está conformado por:
  - Ficha de procedimiento
  - Diagrama de flujo

7. Sección de procesos

E.03.01.01 Gestión de riesgos de corrupción

Datos del proceso			
Nombre	Gestión de riesgos de corrupción	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.01
Objetivo	Prevenir actos de corrupción que afecten el desarrollo de los objetivos institucionales mediante la identificación de riesgos de corrupción a los que se enfrentan los procesos del Senace para someterlos a una evaluación y tratamiento.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Gestión de inicio para la identificación de riesgos con los procesos involucrados.	– Matriz de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos actualizada y validada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad. – Órganos y unidades orgánicas.

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS. Office) – Plataforma informática EVA	– Gerente/a general. – Oficial de integridad – Responsables de los órganos o unidades orgánicas. – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	Indicadores de desempeño
– Validación de los riesgos identificados por los dueños/as de procesos y el oficial de integridad. – Validación de los riesgos evaluados por los dueños/as de proceso. – Validación del tratamiento de riesgos por los dueños/as de procesos evaluados. – Verificación por el oficial de integridad de la coherencia y consistencia de la aplicación de la metodología de vulnerabilidad por parte de los representantes. – Aplicación de controles adicionales en caso no se reduzca el riesgo residual a niveles tolerables.	– No aplica

E.03.01.01.01 Identificación de riesgos de corrupción

Datos del proceso			
Nombre	Identificación de riesgos de corrupción	Nivel	3
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.01.01
Objetivo	Conocer los riesgos de corrupción a los que se enfrentan los procesos del Senace para someterlos a una evaluación y tratamiento.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Gestión de inicio para la identificación de riesgos con los procesos involucrados	– Matriz de riesgos actualizada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS. Office) – Plataforma informática EVA	– Gerente/a general. – Oficial de integridad – Responsables de los órganos o unidades orgánicas. – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	Indicadores de desempeño
– Validación de los riesgos identificados por los dueños/as de procesos y oficial de Integridad.	– No aplica

E.03.01.01.02 Evaluación de riesgos de corrupción

Datos del proceso			
Nombre	Evaluación de riesgos de corrupción	Nivel	3
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.01.02
Objetivo	Analizar y valorar los riesgos de corrupción identificados por proceso para obtener sus niveles de riesgo.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Matriz de riesgos actualizada.	– Matriz de riesgos con la metodología de evaluación aplicada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio, silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Oficial de integridad – Responsables de los órganos y unidades orgánicas. – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	Indicadores de desempeño
– Validación de los riesgos evaluados por los dueños/as de procesos.	– No requiere.

E.03.01.01.03 Tratamiento de riesgos de corrupción

Datos del proceso			
Nombre	Tratamiento de riesgos de corrupción	Nivel	3
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.01.03
Objetivo	Describir la secuencia de actividades para determinar el controles y planes de mitigación para reducir los niveles de los riesgos inherentes de corrupción de cada proceso del Senace.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Matriz de riesgos con la metodología de evaluación aplicada.	– Matriz de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos actualizada y validada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad – Órganos y unidades orgánicas del Senace.

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Oficial de integridad. – Responsables de los órganos y unidades orgánicas. – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	Indicadores de desempeño
– Validación del tratamiento de riesgos por los dueños/as de procesos evaluados. – Verificación por el oficial de integridad de la coherencia y consistencia de la aplicación de la metodología de vulnerabilidad por parte de los representantes. – Aplicación de controles adicionales en caso no se reduzca el riesgo residual a niveles tolerables.	No aplica

E.03.01.02 Gestión de riesgo de desastres

Datos del proceso			
Nombre	Gestión de riesgo de desastres	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.02
Objetivo	Contar con la implementación progresiva de la gestión de riesgo de desastres mediante la programación de actividades consolidadas en un plan de trabajo anual, así como su ejecución, seguimiento y evaluación del plan.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Plan de trabajo de riesgo de desastres del año anterior.	– Plan de trabajo de riesgo de desastres aprobado. – Actividades del plan de trabajo de riesgo de desastres ejecutadas	– Senace. – Grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – GTGRD

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS. Office) – Plataforma informática EVA	– Miembros del grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – GTGRD: ○ Presidente/a ejecutivo/a ○ Gerente/a general ○ Directores/as de línea ○ Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto - OPP ○ Jefe/a de la oficina de tecnologías de la información - OTI – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica - PLA – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – PLA – Especialistas designados/as de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	Indicadores de desempeño
– Revisión y aprobación del plan de trabajo por el grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres. – Revisión del estado de avance de las actividades del plan de trabajo por el grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres.	– No aplica

E.03.01.02.01 Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres

Datos del proceso			
Nombre	Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres	Nivel	3
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.02.01
Objetivo	Contar con la implementación progresiva de la gestión de riesgos de desastres mediante la programación de actividades y su consolidación en un plan de trabajo anual.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Plan de trabajo de riesgo de desastres del año anterior.	– Plan de trabajo de riesgo de desastres aprobado.	– Senace

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS. Office) – Plataforma informática EVA	– Miembros del grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – GTGRD: o Presidente/a ejecutivo/a o Gerente/a general o Directores/as de línea o Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto - OPP o Jefe/a de la oficina de tecnologías de la información - OTI – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica - PLA – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica - PLA

Controles	**Indicadores de desempeño**
– Revisión y aprobación del plan de trabajo por el grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres.	– No aplica

E.03.01.02.02 Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres

Datos del proceso			
Nombre	Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres	Nivel	3
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.01.02.02
Objetivo	Desarrollar las acciones contenidas en el plan de riesgo de desastres que permita la actuación antes, durante y después de un desastre.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Plan de trabajo de riesgo de desastres aprobado.	– Actividades del plan de trabajo de riesgo de desastres ejecutadas.	– Senace. – Grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – GTGRD

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS. Office) – Plataforma informática EVA	– Miembros del grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – GTGRD: ○ Presidente/a ejecutivo/a ○ Gerente/a general ○ Directores/as de línea ○ Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto - OPP ○ Jefe/a de la oficina de tecnologías de la información - OTI – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica - PLA – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica - PLA – Especialistas designados/as de los órganos y unidades orgánicas.

Controles	**Indicadores de desempeño**
– Revisión del estado de avance de las actividades del plan de trabajo por el grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres.	– No aplica

E.03.02.01 Evaluación y reporte del sistema de control interno

Datos del proceso			
Nombre	Evaluación y reporte del sistema de control interno	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.02.01
Objetivo	Conocer el estado del sistema de control interno y tomar acción de aquellas actividades que requieren ser mejoradas y/o corregidas.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Necesidad de evaluar el SCI.	– Evaluación del sistema de control interno realizada.	– Presidencia ejecutiva – Gerencia general – Contraloría general de la república

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Presidente/a ejecutivo/a – Gerente/a general – Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – Responsables de los órganos y unidades orgánicas – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica.

Controles	Indicadores de desempeño
– Revisión y suscripción del cuestionario por gerente/a general y presidente/a ejecutivo/a.	– No aplica

E.03.02.02 Evaluación de productos priorizados

Datos del proceso			
Nombre	Evaluación de productos priorizados	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.02.02
Objetivo	Conocer los niveles de riesgo de los productos/servicios que brinda Senace a la ciudadanía a fin de desarrollar acciones de control para aquellos cuyo resultado excedan la tolerancia al riesgo.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Necesidad de evaluar los riesgos de los productos priorizados.	– Evaluación de riesgos de productos priorizados.	– Presidencia ejecutiva. – Gerencia general. – Órganos y unidades orgánicas.

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Presidente/a ejecutivo/a. – Gerente/a general. – Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto. – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo Institucional y cooperación técnica. – Responsables de los órganos y unidades orgánicas – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas. – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo Institucional y cooperación técnica.

Controles	Indicadores de desempeño
– Evaluación de riesgo de productos priorizados por responsables de los órganos y unidades orgánicas y alta dirección.	– No aplica

E.03.02.03 Determinación, ejecución y reporte de planes de acción

Datos del proceso			
Nombre	Determinación, ejecución y reporte de planes de acción	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.02.03
Objetivo	Contar con el sistema de control interno implementado a través del desarrollo de acciones que permitan remediar y/o mitigar elementos del SCI o los niveles de riesgo.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Deficiencias del cuestionario de evaluación del SCI registradas. – Riesgos no tolerables identificados. – Actividades recurrentes identificadas.	– Planes de acción ejecutados.	– Presidencia ejecutiva. – Gerencia general. – Órganos y unidades orgánicas. – Contraloría general de la república.

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Presidente/a ejecutivo – Gerente/a general – Jefe/a de la oficina de planeamiento y presupuesto – Jefe/a de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica. – Responsables de los órganos y unidades orgánicas. – Especialistas designados de los órganos y unidades orgánicas. – Especialista de la unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica.

Controles	**Indicadores de desempeño**
– Revisión de los planes de acción (remediación, control y recurrentes) por gerente/a general y presidente/a ejecutivo/a.	– No aplica

E.03.02.04 Registro y atención de denuncias

Datos del proceso			
Nombre	Registro y atención de denuncias	Nivel	2
Dueño/a	Gerente/a general	Código	E.03.02.04
Objetivo	Prevenir, detectar, investigar y resolver incumplimientos del código de ética, las leyes y las normas internas que toma conocimiento la entidad por medio de denuncias.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Denuncia registrada.	– Denuncia procesada.	– Órgano instructor – Secretaría técnica del órgano instructor de procesos administrativos disciplinarios - STOIPAD

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos a nivel usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Oficial de integridad – Jefe/a de la unidad de recursos humanos – Secretario/a técnico/a del órgano instructor de procesos administrativos disciplinarios – STOIPAD.

Controles	Indicadores de desempeño
– Verificación de la existencia de denuncias por oficinal de integridad. – Verificación de la pertinencia de la denuncia por oficial de integridad.	– No aplica

E.03.02.05 Procedimiento administrativo disciplinario

Datos del proceso			
Nombre	Procedimiento administrativo disciplinario	Nivel	2
Dueño/a	Secretario/a técnico/a de la STOIPAD	Código	E.03.02.05
Objetivo	Determinar la existencia de responsabilidad administrativa disciplinaria, esto es, la comisión de una falta y la consecuente aplicación de una sanción.	Tipo	Estratégico

Detalle del proceso		
Entrada(s)	Salida(s) / Producto(s)	Receptor(es)
– Expediente para deslinde de responsabilidades presentado	– Servidor/a sancionado/a o expediente archivado	– Servidor/a – Unidad de recursos humanos

Recursos necesarios para el desarrollo del proceso		
Infraestructura y equipos	Sistemas informáticos	Personas
– Ambiente de trabajo con conexión a internet – Mobiliario (escritorio y silla) – Equipos informáticos – Útiles de oficina	– Sistemas informáticos nivel de usuario (MS Office) – Plataforma informática EVA	– Gerente/a general – Jefe/a de la unidad de recursos humanos – Secretario/a técnico/a de la STOIPAD – Responsable del órgano instructor – Responsable del órgano sancionador – Responsables de los órganos y unidades orgánicas. – Servidor/a

Controles	Indicadores de desempeño
– Análisis del informe de precalificación por órgano instructor. – Análisis del informe de órgano instructor por órgano sancionador.	– No aplica.

8. Sección procedimientos

Esta sección incluye los siguientes procedimientos que se encuentran en archivos independientes:

- E.03.01.01.01_P Identificación de riesgos de corrupción
- E.03.01.01.02_P Evaluación de riesgos de corrupción
- E.03.01.01.03_P Tratamiento de riesgos de corrupción
- E.03.01.02.01_P Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres
- E.03.01.02.02_P Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres
- E.03.02.01_P Evaluación y reporte del sistema de control interno
- E.03.02.02_P Evaluación de productos priorizados
- E.03.02.03_P Determinación, ejecución y reporte de planes de acción
- E.03.02.04_P Registro y atención de denuncias
- E.03.02.05_P Procedimientos administrativo disciplinario

E.03.01.01.01_P Procedimiento: Identificación de riesgos de corrupción

Ficha de procedimiento

Identificación de riesgos de corrupción	Código	E.03.01.01.01_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Gustavo González de Otoya La Torre	Asesor de gerencia general/oficial de integridad	GG
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para conocer los riesgos de corrupción a los que se enfrentan los procesos del Senace para someternos a una evaluación y tratamiento.
Alcance	Comprende desde la elaboración de los materiales para sesión de facilitación para identificar los riesgos de corrupción hasta su registro en la matriz de riesgos. Este procedimiento es de aplicación para todas las unidades orgánicas del Senace que son susceptibles a riesgos de corrupción en sus procesos.
Base normativa	– Política Nacional de Integridad y Lucha Contra la Corrupción – ISO 37001:2016 SGAS – Manual del Sistema de Gestión Antisoborno del Senace vigente.
Siglas	– ET: Equipo de trabajo – GG: Gerencia general – OI: Oficial de integridad – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace. – SGAS: Sistema de gestión antisoborno
Definiciones	Corrupción: El empleado/a público busca obtener u obtiene dinero u otro beneficio a cambio de realizar y omitir una conducta funcional. Dueño/a de proceso: Jefe/a o director/a del órgano o unidad orgánica del Senace que forma parte del proceso a evaluar. Equipo de trabajo: Conformado por al menos dos personas dentro de cada UUOO designadas para participar en las sesiones de trabajo de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos de corrupción de los procesos a evaluar. Su designación no requiere resolución. Manual del SGAS: Documento el cual contiene la en sus anexos la matriz de riesgos y la metodología de identificación, evaluación y tratamientos de riesgos.

Elemento de entrada	Fuente
– Gestión de inicio para la identificación de riesgos con los procesos involucrados.	– Oficial de integridad

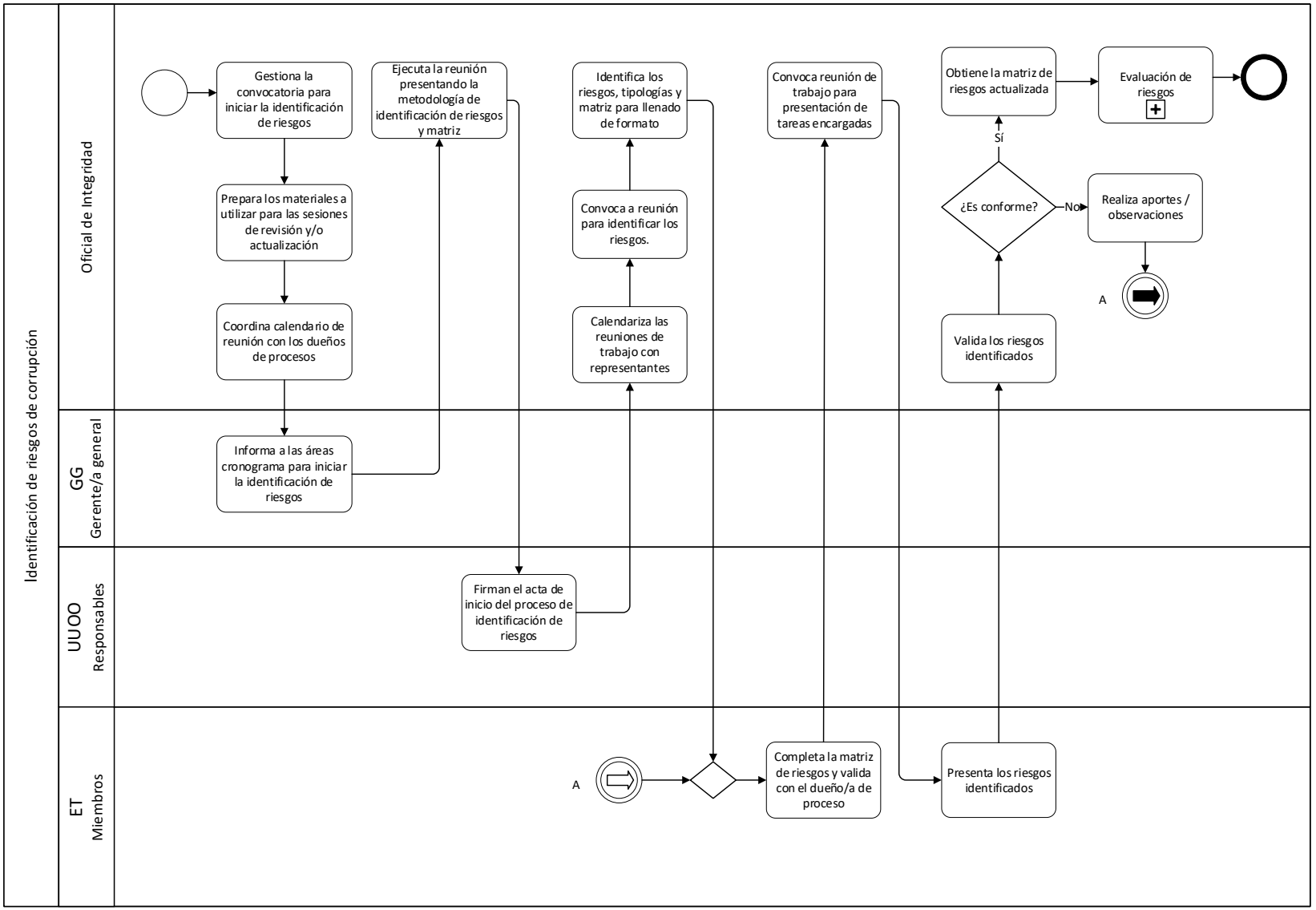
N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsables
1	Gestiona con gerencia general la convocatoria para iniciar la identificación de riesgos mediante memorando.	Integridad	Oficial de integridad

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsables
2	Prepara los materiales a utilizar para las sesiones de revisión y/o actualización de riesgos.	Integridad	Oficial de integridad
3	Coordina con los dueños/as de procesos el calendario de reunión.	Integridad	Oficial de integridad
4	Informa a las áreas involucradas mediante memorando para iniciar la identificación de riesgos de corrupción, adjuntando un cronograma de trabajo.	GG	Gerente/a general
5	Ejecuta la reunión presentando la metodología de identificación de riesgos y la matriz de riesgos según el manual del SGAS vigente.	Integridad	Oficial de integridad
6	Firma el acta de inicio del proceso de identificación de riesgos dando conformidad y/o actualizando a los representantes.	UUOO	Responsable
7	Calendariza las reuniones de trabajo con los representantes para presentar la metodología y la matriz de riesgos.	Integridad	Oficial de integridad
8	Convoca a reunión de trabajo participativo para identificar los riesgos.	Integridad	Oficial de integridad
9	Identifica los riesgos, presentando las tipologías de corrupción y el formato de la matriz de riesgos del Manual del SGAS vigente, para que realicen el llenado de información (tarea encargada).	Integridad	Oficial de integridad
10	Completa matriz de riesgos (tarea encargada) y valida con el dueño/a del proceso.	ET	Miembro
11	Convoca reunión de trabajo participativo para presentación de las tareas encargadas.	Integridad	Oficial de integridad
12	Presenta los riesgos identificados al oficial de integridad.	ET	Miembro
13	Valida los riesgos identificados.	Integridad	Oficial de integridad
14	¿Es conforme? – **No:** Realiza aportes-observaciones y los comunica. Ir actividad 10. – **Sí:** Obtiene la matriz de riesgos actualizado y avanza al proceso de evaluación de riesgos. Fin de procedimiento	Integridad	Oficial de integridad

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsables
15	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Matriz de riesgos actualizada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad

Proceso relacionado	– Identificación de riesgos de corrupción
Anexos	– No aplica



E.03.01.01.02_P Procedimiento: Evaluación de riesgos de corrupción

Ficha de procedimiento

Evaluación de riesgos de corrupción	Código	E.03.01.01.02_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Gustavo González de Otoya La Torre	Asesor de gerencia general/oficial de integridad	GG
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

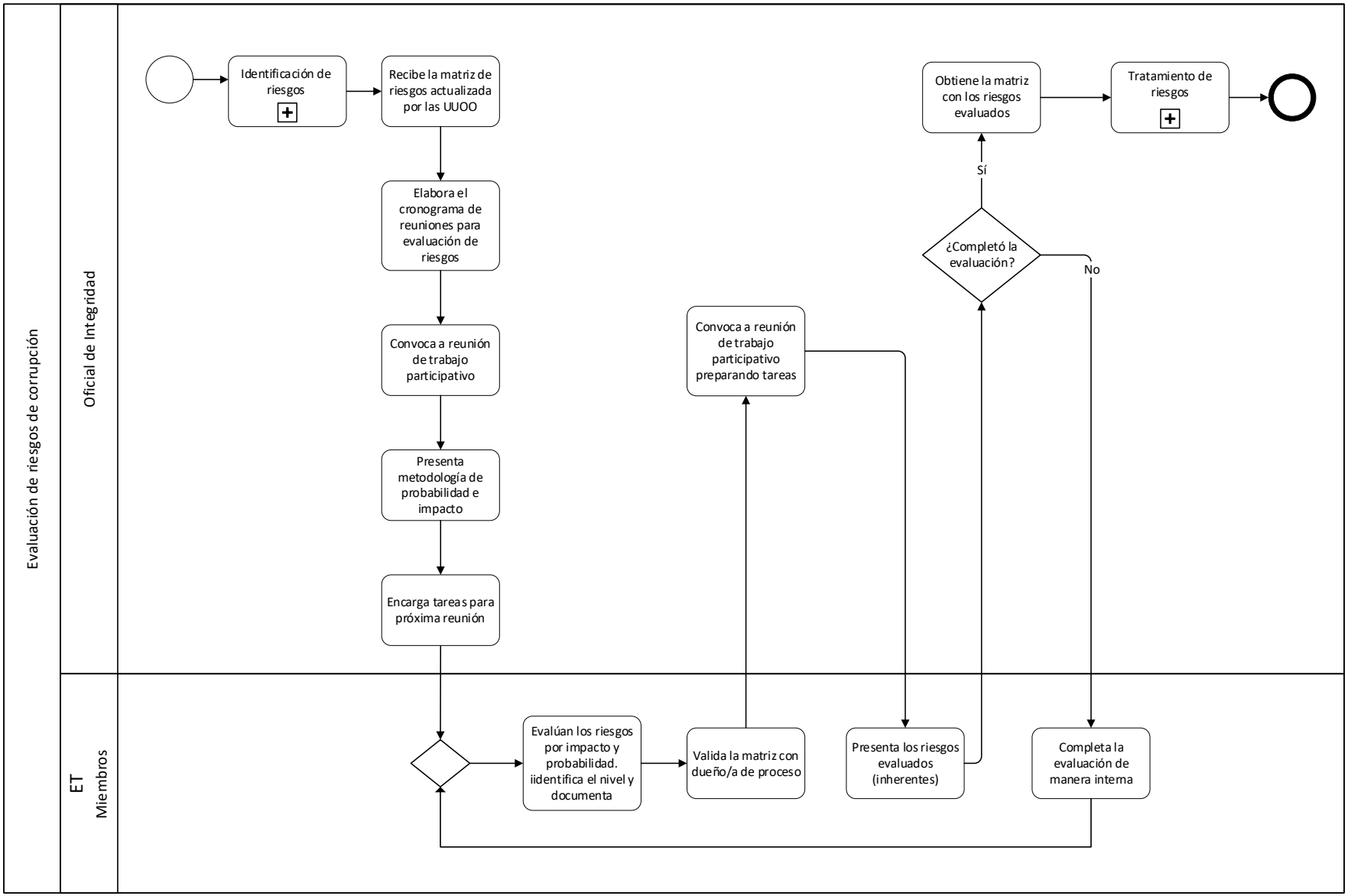
Objetivo	Describe la secuencia de actividades para efectuar la evaluación los riesgos de corrupción a los que se enfrentan los procesos del Senace.
Alcance	Comprende desde la elaboración de los materiales para sesión de facilitación para evaluar los riesgos de corrupción hasta su registro en la matriz de riesgos. Este procedimiento es de aplicación para todas las unidades orgánicas del Senace que son susceptibles a riesgos de corrupción en sus procesos.
Base normativa	– Manual del Sistema de Gestión Antisoborno del Senace vigente.
Siglas	– OI: Oficial de integridad – SGAS: Sistema de gestión antisoborno – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace – ET: Equipo de trabajo
Definiciones	Dueño/a de proceso: Jefe/a o director/a del órgano o unidad orgánica del Senace que forma parte del proceso a evaluar. Equipo de trabajo: Conformado por al menos dos personas dentro de cada UUOO designadas para participar en las sesiones de trabajo de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos de corrupción de los procesos a evaluar. Su designación no requiere resolución. Impacto: Efectos directos e indirectos, no sólo económicos sino también reputacionales que puedan llegar a derivarse en el caso de que una amenaza se materializase. Manual del sistema de gestión antisoborno: Documento el cual contiene la en sus anexos la matriz de riesgos y la metodología de identificación, evaluación y tratamientos de riesgos. Probabilidad: Ocurrencia vinculada al tipo y sector de actividad de Senace, frecuencia de la actividad o proceso, número de personas que pueden cometer el incumplimiento dentro de Senace, incluido el perfil, el histórico o los antecedentes de Senace, u otros factores similares. Riesgo inherente: Probabilidad por impacto (PxI). Riesgo: Efecto de la incertidumbre en los objetivos.

Elemento de entrada	Fuente
– Matriz de riesgos actualizada.	– Proceso: Identificación de riesgos

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Recibe la matriz de riesgos actualizada por las UUOO (Proceso E.03.01.01.01. Identificación de riesgos).	Integridad	Oficial de integridad
2	Elabora el cronograma de reuniones de trabajo participativo para iniciar la evaluación de riesgos.	Integridad	Oficial de integridad
3	Convoca a reunión de trabajo participativo para iniciar con la evaluación de riesgos con cada área involucrada.	Integridad	Oficial de integridad
4	Presenta la metodología de probabilidad e impacto a los representantes de cada proceso.	Integridad	Oficial de integridad
5	Encarga tareas para una siguiente reunión. **Nota:** Las reuniones se realizan de manera independiente por cada proceso	Integridad	Oficial de integridad
6	Evalúa los riesgos por impacto y probabilidad, identifica el nivel del riesgo inherente y documenta en la matriz de riesgos (tareas encargadas).	ET	Miembros
7	Valida la matriz de riesgos actualizada con riesgos inherentes con el dueño/a del proceso.	ET	Miembros
8	Convoca a reunión de trabajo participativo para la presentación de las tareas encargadas.	Integridad	Oficial de integridad
9	Presenta los riesgos evaluados al oficial de integridad (riesgos inherentes).	ET	Miembros
10	¿Completó la evaluación? – Sí: Obtiene la matriz con los riesgos evaluados y sigue al proceso E.03.01.01.02 - Tratamiento de riesgo. Fin de procedimiento. – No: El área involucrada completa la evaluación de manera interna (pasa a la actividad 5) y envía al oficial de integridad.	Integridad	Oficial de integridad
11	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Matriz de riesgos con la metodología de evaluación aplicada.	– Oficial de integridad

Proceso relacionado	– Evaluación de riesgos de corrupción.
Anexos	– No aplica



E.03.01.01.03_P Procedimiento: Tratamiento de riesgos de corrupción

Ficha de procedimiento

Tratamiento de riesgos de corrupción	Código	E.03.01.01.03_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Gustavo González de Otoya La Torre	Asesor de gerencia general/oficial de integridad	GG
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describir la secuencia de actividades para determinar el controles y planes de mitigación para reducir los niveles de los riesgos inherentes de corrupción de cada proceso del Senace.
Alcance	Comprende desde la elaboración de los materiales para sesión de facilitación para determinar controles y planes de mitigación de los riesgos de corrupción hasta su registro en la matriz de riesgos. Este procedimiento es de aplicación para todas las unidades orgánicas del Senace que son susceptibles a riesgos de corrupción en sus procesos.
Base normativa	– Manual del Sistema de Gestión Antisoborno del Senace vigente.
Siglas	– ET: Equipo de trabajo – OI: Oficial de Integridad – SGAS: Sistema de gestión antisoborno – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace.
Definiciones	**Controles adicionales:** Controles que se elaboran en caso un riesgo inherente no logra reducirse a niveles tolerables a partir de la aplicación de la metodología de vulnerabilidad. **Efecto:** Un efecto es una desviación de lo esperado, ya sea positivo o negativo. **Equipo de trabajo:** Conformado por al menos dos personas dentro de cada UUOO designadas para participar en las sesiones de trabajo de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos de corrupción de los procesos a evaluar. Su designación no requiere resolución. **Incertidumbre:** Incertidumbre es el estado, incluso parcial, de deficiencia de información relacionada con la comprensión o conocimiento de un evento, su consecuencia o su posibilidad. **Manual del sistema de gestión antisoborno:** Documento el cual contiene la en sus anexos la matriz de riesgos y la metodología de identificación, evaluación y tratamientos de riesgos. **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre en los objetivos. **Riesgo residual:** Riesgo resultante a partir de la aplicación de controles previos para reducir el riesgo inherente. **Vulnerabilidad:** Factor reductor considerado una vez aplicadas las medidas y que permitirá estimar el riesgo residual. En caso de que Senace no tenga medidas implementadas, el riesgo residual es igual al inherente.

Elemento de entrada	Fuente

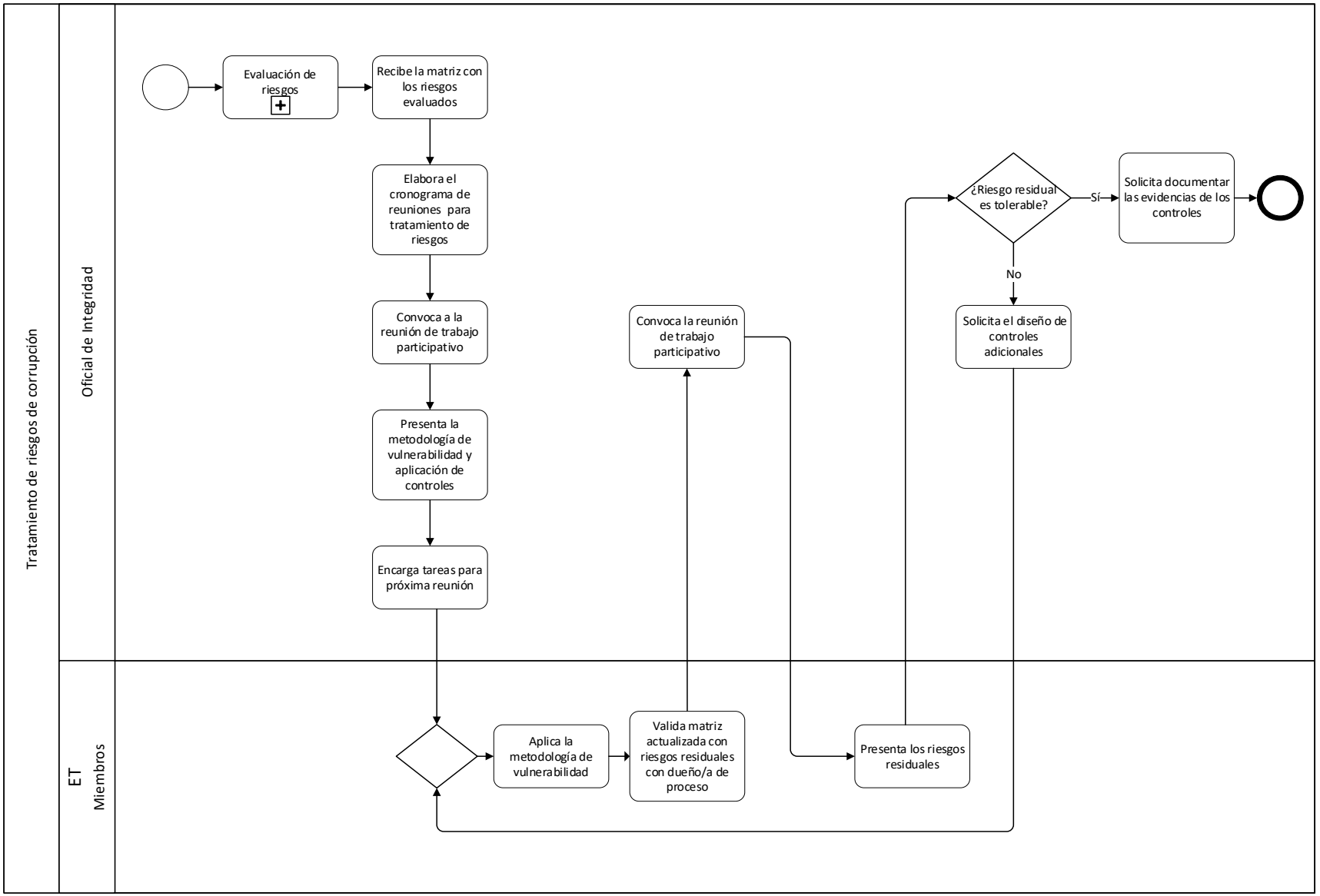
– Matriz de riesgos con la metodología de evaluación aplicada.	– Proceso: Evaluación de riesgos.

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Recibe la matriz con los riesgos evaluados por las UUOO (Proceso E.03.01.01.02. Evaluación de riesgos).	Integridad	Oficial de integridad
2	Elabora el cronograma de reuniones de trabajo participativo para iniciar el tratamiento de riesgos.	Integridad	Oficial de integridad
3	Convoca a la reunión de trabajo participativo para iniciar con el tratamiento de riesgos con cada área involucrada.	Integridad	Oficial de integridad
4	Presenta la metodología vulnerabilidad y aplicación de controles adicionales a los representantes de cada proceso.	Integridad	Oficial de integridad
5	Encarga tareas para una siguiente reunión. Nota: Las reuniones se realizan de manera independiente por cada proceso.	Integridad	Oficial de integridad
6	Aplica la metodología de vulnerabilidad determinando el nivel de riesgo residual y documenta en la matriz de riesgos (tareas encargadas).	ET	Miembro
7	Valida la matriz de riesgos actualizada con los riesgos residuales con el dueño/a del proceso.	ET	Miembro
8	Convoca la reunión de trabajo participativo para la presentación de las tareas encargadas.	Integridad	Oficial de integridad
9	Presenta los riesgos residuales al oficial de integridad.	ET	Miembro

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
10	¿Riesgo residual es tolerable? - Sí: No se aplican controles adicionales y solicita a las áreas que documenten las evidencias de los controles para revisiones futuras. Fin del procedimiento. - No: Solicita a las áreas involucradas el diseño de controles adicionales que reduzcan el riesgo inherente a niveles tolerables (retorna a la actividad 6) e informar al oficial de integridad.	Integridad	Oficial de integridad
11	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Matriz de identificación, evaluación y tratamiento de riesgos actualizada y validada.	– Gerencia general. – Oficial de integridad. – UUOO.

Proceso relacionado	– Tratamiento de riesgos de corrupción
Anexos	– No aplica.



E.03.01.02.01_P Procedimiento: Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres

Ficha de procedimiento

Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres		Código	E.03.01.02.01_P

	Nombre	**Cargo**	**Área (Siglas)**
Elaborado por	Lita Camero Berríos	Asesora de presidencia ejecutiva	PE
Revisado por:	José Javier Granda Valenzuela	Jefe de la oficina de planeamiento y presupuesto	RH
Aprobado por:	Joanna Fisher Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para contar con la implementación progresiva de la gestión de riesgos de desastres mediante la programación de actividades y su consolidación en un plan de trabajo anual.
Alcance	Comprende desde el análisis de las actividades del plan de trabajo del año anterior hasta la aprobación del plan de trabajo para el año en curso. Es de aplicación para todos los órganos y unidades orgánicas del Senace que sean responsable del desarrollo de acciones del plan de trabajo.
Base normativa	– Decreto Supremo N° 038-2021 - PCM Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050 – Resolución Jefatural N° 041-2018-SENACE/JEF conformación el grupo de trabajo de la gestión del riesgo de desastres. – Resolución Ministerial N° 276-2012-PCM que aprueba la Directiva N° 001-2012-PCM-SINAGERD: "Lineamientos para la Constitución y Funcionamiento de los Grupos de Trabajo de la Gestión del riesgo de Desastres en los Tres Niveles de Gobierno"
Siglas	– GTGRD: Grupo de trabajo de la gestión de riesgos de desastres – PLA: Unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – OPP: Oficina de planeamiento y presupuesto – OTI: Oficina de tecnologías de la información – UUOO: Órganos y unidades orgánicas
Definiciones	– Alta dirección: Conformado por presidencia ejecutiva y gerencia general. – Grupo de trabajo de la gestión de riesgos de desastres: Espacio interno de articulación, de las unidades orgánicas del Senace para proponer normas y planes, evaluar, organizar y monitorear la ejecución de procesos de gestión del riesgo de desastres en el ámbito de sus competencias. Conformado por la alta dirección, jefe/a de OPP, directores(as) de línea y jefe/a de OTI. Su designación es por resolución. – Plan de trabajo: Documento interno que contiene las actividades a desarrollar por el periodo de un año con relación a la gestión de riesgos de desastres.

Elemento de entrada	Fuente
– Plan de trabajo del año anterior.	– Marco normativo

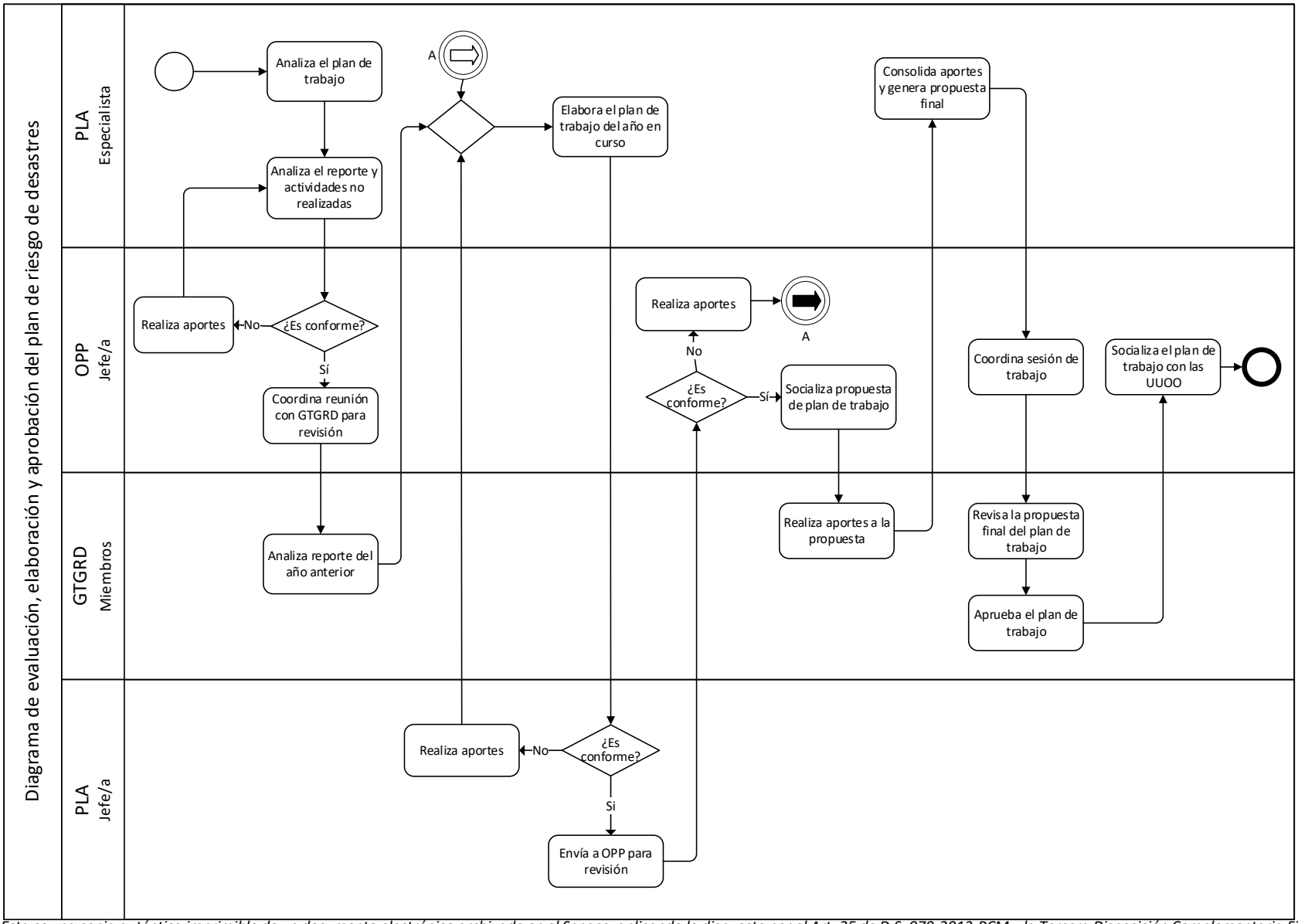
N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Analiza el plan de trabajo del año anterior, elabora reporte de ejecución que explica las tareas ejecutadas y no ejecutadas indicando justificación.	PLA	Especialista

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
2	Analiza el reporte, las actividades no realizadas y la justificación, coordinando con especialista.	PLA	Especialista
3	Recibe reporte y analiza el resultado.	OPP	Jefe/a
4	¿Es conforme? – Sí: Coordina reunión con GTGRD para revisión del reporte. Continúa en la actividad 5. – No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 2.	OPP	Jefe/a
5	Analiza el reporte de actividades del año anterior, propone nuevas actividades para el año en curso y suscribe acta.	GTGRD	Miembro
6	Elabora el plan de trabajo del año en curso considerando los aportes del GTGRD y lo envía a su jefatura.	PLA	Especialista
7	Revisa el proyecto plan de trabajo.	PLA	Jefe/a
8	¿Es conforme? – Sí: Envía a OPP. Continúa en la actividad 9. – No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 6.	PLA	Jefe/a
9	Revisa el proyecto de plan de trabajo.	OPP	Jefe/a
10	¿Es conforme? – Sí: Socializa propuesta de plan de trabajo con el GTGRD. Continúa en la actividad 11. – No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 6.	OPP	Jefe/a
11	Realiza aportes a la propuesta del plan de trabajo.	GTGRD	Miembro
12	Consolida los aportes, cambios y genera la propuesta final de plan de trabajo.	PLA	Especialista
13	Coordina sesión de trabajo con GTGRD.	OPP	Jefe/a
14	Revisa la propuesta final de plan de trabajo y ajusta las actividades que apliquen.	GTGRD	Miembro

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
15	Aprueba el plan de trabajo para el año en curso y suscribe acta. Continúa en el proceso: Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres.	GTGRD	Miembro
16	Socializa el plan de trabajo con las UUOO responsables de las actividades a ejecutar.	OPP	Jefe/a
17	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Plan de trabajo de riesgo de desastres aprobado.	– Órganos y unidades orgánicas del Senace

Proceso relacionado	– Evaluación, elaboración y aprobación del plan de trabajo de riesgo de desastres.
Anexos	– No aplica



E.03.01.02.02_P Procedimiento: Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres

Ficha de procedimiento

Ejecución y reporte del plan de riesgo de desastres		Código	E.03.01.02.02_P

	Nombre	**Cargo**	**Área (Siglas)**
Elaborado por	Lita Camero Berríos	Asesora de presidencia ejecutiva	PE
Revisado por:	José Javier Granda Valenzuela	Jefe de la oficina de planeamiento y presupuesto	OPP
Aprobado por:	Joanna Fisher Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para desarrollar las acciones contenidas en el plan de riesgo de desastres que permita la actuación antes, durante y después de un desastre.
Alcance	Inicia con el plan de actividades de riesgos de desastre aprobado hasta su reporte de las actividades ejecutadas en el periodo. Este procedimiento es de aplicación para todas los órganos y unidades orgánicas del Senace y liderado por el grupo de trabajo de la gestión de riesgos de desastres
Base normativa	– Decreto Supremo N° 038-2021 - PCM Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050 – Resolución Jefatural N° 041-2018-SENACE/JEF conformación el grupo de trabajo de la gestión del riesgo de desastres. – Resolución Ministerial N° 276-2012-PCM que aprueba la Directiva N° 001-2012-PCM-SINAGERD: "Lineamientos para la Constitución y Funcionamiento de los Grupos de Trabajo de la Gestión del riesgo de Desastres en los Tres Niveles de Gobierno"
Siglas	– GTGRD: Grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres – PLA: Unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – OPP: Oficina de planeamiento y presupuesto – OTI: Oficina de tecnologías de la información – UUOO: Órganos y unidades orgánicas
Definiciones	– Cronograma de actividades: Listado de actividades a realizar a lo largo del año orientadas a la prevención, mitigación de riesgo de desastres. – Grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres: Espacio interno de articulación, de las unidades orgánicas del Senace para proponer normas y planes, evaluar, organizar y monitorear la ejecución de procesos de gestión del riesgo de desastres en el ámbito de sus competencias. Conformado por la alta dirección, jefe/a de OPP, directores(as) de línea y jefe/a de OTI. Su designación es por resolución. – Plan de trabajo de riesgo de desastres: Documento interno que contiene las actividades a desarrollar por el periodo de un año con relación a la gestión de riesgos de desastres.

Elemento de entrada	Fuente
– Plan de trabajo de riesgo de desastres aprobado.	– Proceso: Evaluación, elaboración y aprobación del plan de riesgo de desastres

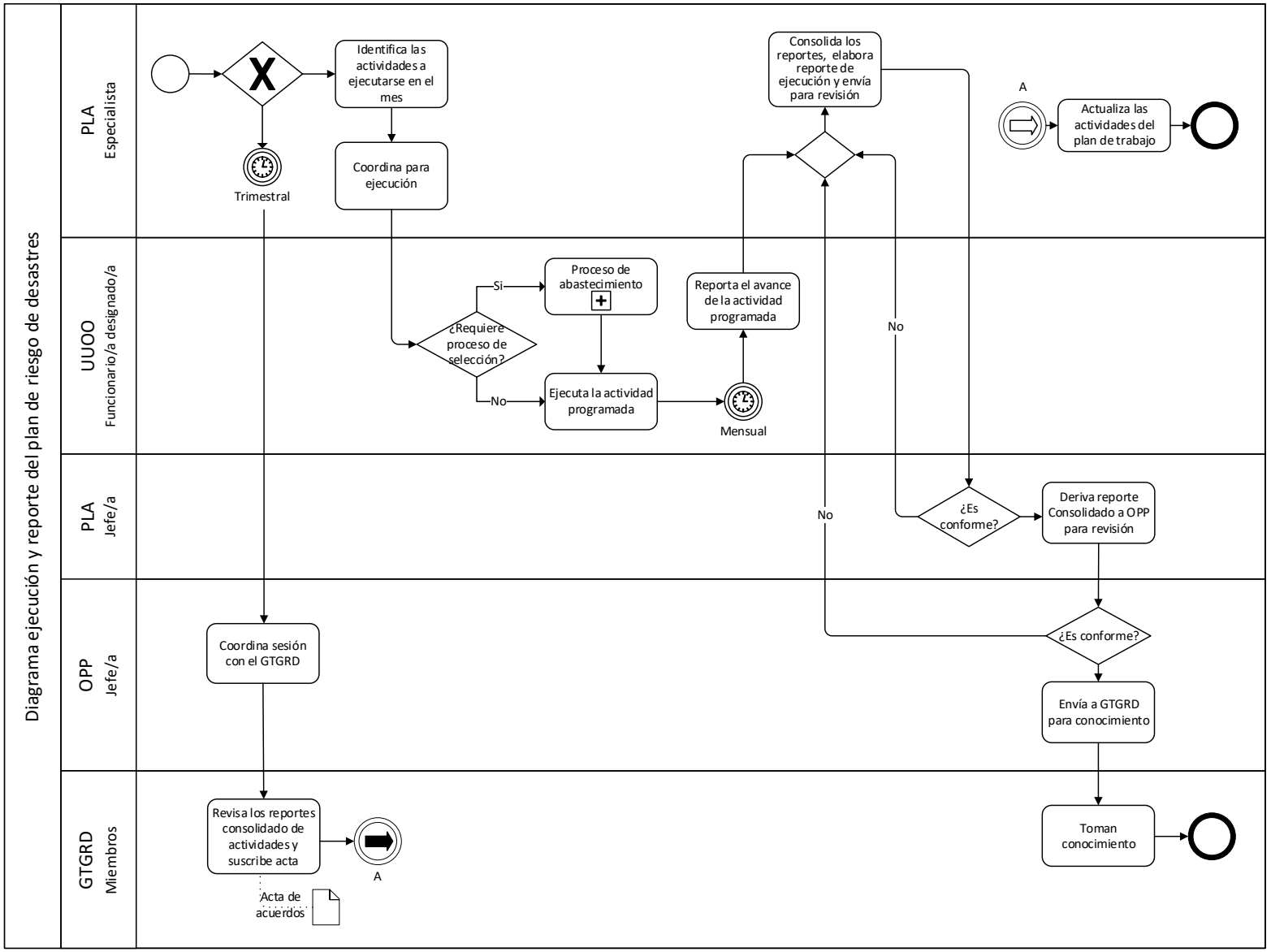
N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Identifica las actividades a ejecutarse en el mes en curso.	PLA	Especialista
2	Coordina con los responsables para su ejecución.	PLA	Especialista

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
3	¿Requiere proceso de selección? – SÍ: Va al proceso de abastecimiento. Continúa en la actividad 3 (No). – No: Ejecuta la actividad programada.	UUOO	Especialistas designados/as
4	**Mensualmente:** Reporta el avance o resultado de la actividad programada (incluye justificación si hay atrasos o modificaciones).	UUOO	Especialistas designados/as
5	Consolida los reportes y elabora reporte de ejecución de actividades **Nota:** Este reporte es acumulado del estado total de avance de actividades del plan de trabajo.	PLA	Especialista
6	Revisa el reporte consolidado de actividades.	PLA	Jefe/a
7	¿Es conforme? – Sí: Deriva el reporte consolidado de actividades a OPP. – No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 5.	PLA	Jefe/a
8	Revisa el reporte consolidado de actividades.	OPP	Jefe/a
9	¿Es conforme? – Sí: Envía el reporte consolidado de actividades a GTGRD para conocimiento. Continúa en la actividad 10. – No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 5.	OPP	Jefe/a
10	**Trimestralmente:** Coordina sesión con el GTGRD. **Nota**: Las sesiones del GTGRD tienen periodicidad trimestral.	OPP	Jefe/a
11	Revisa los reportes consolidado de actividades del plan de trabajo y realiza aportes/ajustes al plan de trabajo, suscribiendo el acta de acuerdos.	GTGRD	Miembros
12	Actualiza las actividades del plan de trabajo e informa a los responsables de las UUOO a cargo. **Nota**: Las actividades del 1 al 9 se realizan todos los meses, hasta la culminación del plan.	PLA	Especialista

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
13	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Actividades del plan de trabajo de riesgo de desastres ejecutadas	– Senace – Grupo de trabajo de la gestión de riesgo de desastres - GTGRD

Proceso relacionado	– Ejecución y reporte del plan de trabajo de riesgo de desastres
Anexos	– Ninguno



E.03.02.01_P Procedimiento: Evaluación y reporte del SCI

Ficha de procedimiento

Evaluación y reporte del SCI	Código	E.03.02.01_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Lita Camero Berríos	Asesora	PE
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para alcanzar los objetivos institucionales promoviendo la eficiencia y eficacia de las operaciones, reporte y cumplimiento bajo un enfoque de riesgos, fomentando la rendición de cuentas.
Alcance	Inicia con el análisis del sistema de control interno hasta su reporte hacia la contraloría general de la república. Es de aplicación para todos los órganos y unidades orgánicas del Senace.
Base normativa	– Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG que aprueba la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado". – Resolución de Contraloría N° 093-2021-CG que modifica los numerales 7.3.1, 7.4.1, 7.4.2, Anexo 1, Anexo 10, Anexo 11 de la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG.
Siglas	– CGR: Contraloría general de la república – GG: Gerencia general – OPP: Oficina de planeamiento y presupuesto – PE: Presidencia ejecutiva – PLA: Unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – SCI: Sistema de control interno – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace
Definiciones	– Alta dirección: Conformado por la presidencia ejecutiva y gerencia general – UUOO: Se requiere a todos los órganos y unidades orgánicas de la entidad incluyendo a la alta dirección. – Cuestionario de evaluación del SCI: Conjunto de preguntas que cada entidad responde indicando si cumple, es parcial, no cumple o no aplica y adjuntando evidencia de su cumplimiento. El cuestionario es proporcionado por la CGR y es completado en el aplicativo que la misma CGR proporciona. – Aplicativo CGR: Herramienta en web diseñada y administrada por la CGR para el registro de la información referida al SCI. A través del aplicativo se envían los reportes solicitados.

Elemento de entrada	Fuente
– Necesidad de evaluar el SCI.	– Marco normativo

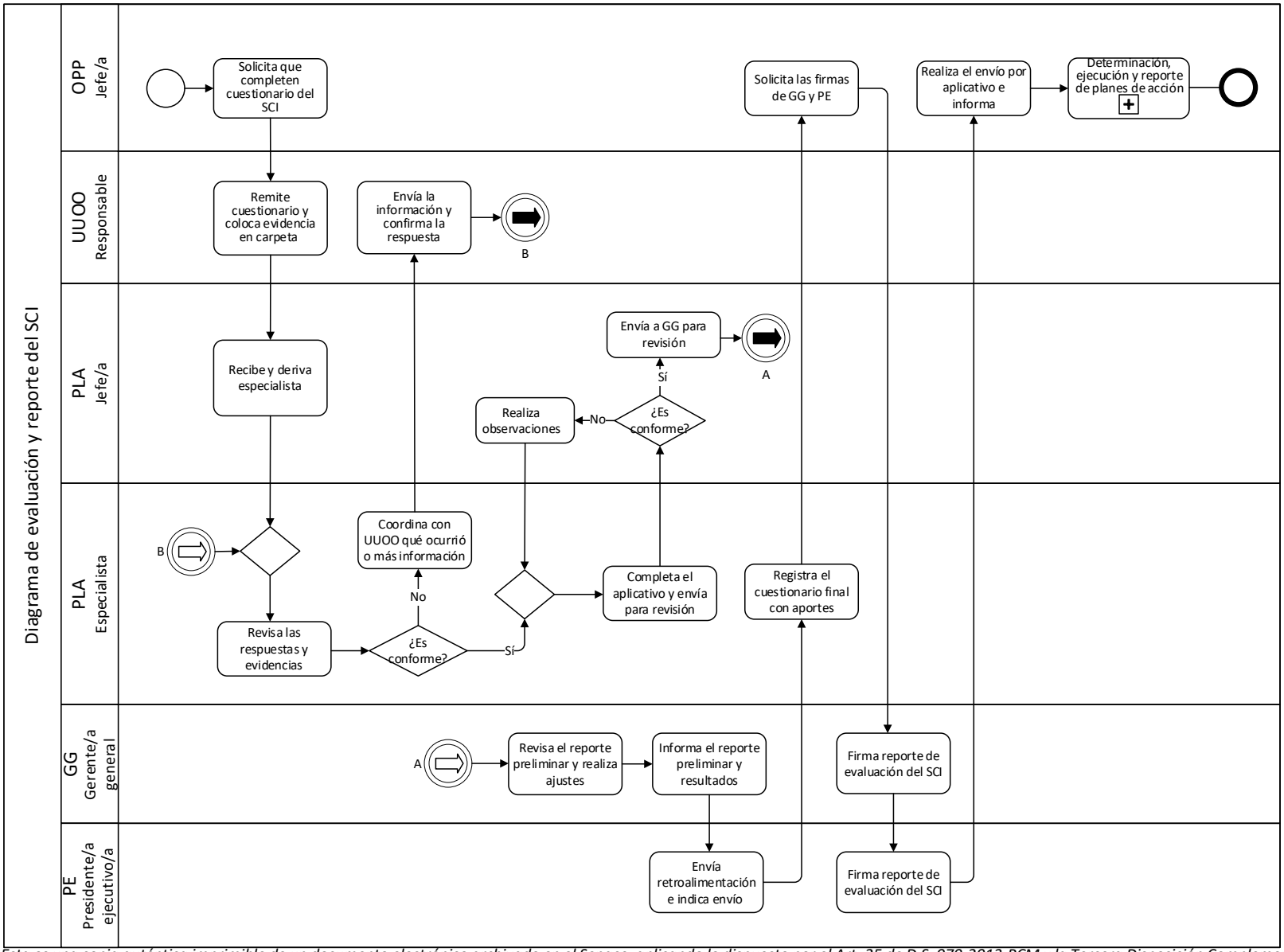
N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	**Al inicio del año y en julio:** Solicita a las UUOO que completen el Cuestionario de evaluación del SCI – Cuestionario y envíen las evidencias de las actividades a su cargo. **Nota**:	OPP	Jefe/a

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
	Al inicio del año se evalúa el año anterior. En julio es un preliminar para ver el avance del año en curso.		
2	Remite cuestionario resuelto y coloca evidencias en carpeta compartida.	UUOO	Responsable
3	Recibe cuestionario y evidencias y deriva a especialista.	PLA	Jefe/a
4	Revisa las respuestas de la encuesta y evidencias.	PLA	Especialista/a
5	¿Es conforme? – Sí: Continúa en la actividad 8. – No: Continúa en la actividad 6.	PLA	Especialista/a
6	Coordina con la UUOO qué ocurrió o si hay más información o evidencias.	PLA	Especialista/a
7	Envía la información y confirma la respuesta del cuestionario. Regresa a la actividad 4.	UUOO	Responsable
8	Completa el aplicativo, extrae un reporte preliminar del cuestionario y envía para revisión.	PLA	Especialista/a
9	Revisa el reporte preliminar.	PLA	Jefe/a
10	¿Es conforme? – Sí: Envía a GG por intermedio de OPP para revisión. Continúa en la actividad 11. – No: Realiza observaciones. Regresa a la actividad 8.	PLA	Jefe/a
11	Revisa el reporte preliminar y realiza ajustes de corresponder.	GG	Gerente/a general
12	Informa a presidencia el reporte preliminar y resultado del cuestionario de evaluación. **Nota:** Puede realizarse en reunión.	GG	Gerente/a general
13	Envía retroalimentación e indica el envío del cuestionario en los aplicativos de CGR.	PE	Presidente/a ejecutivo/a
14	Registra el cuestionario final con los aportes si hubieran de alta dirección y remite el reporte para firma.	PLA	Especialista
15	Solicita las firmas de GG y PE.	OPP	Jefe/a
16	Firma reporte de evaluación del SCI.	GG	Gerente/a general

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
17	Firma reporte de evaluación del SCI.	PE	Presidente/a ejecutivo/a
18	Realiza el envío por el aplicativo e informa a alta dirección.	OPP	Jefe/a
19	Continua en proceso “Determinación, ejecución y reporte de planes de acción”.	OPP	Jefe/a
20	Fin del procedimiento		

Salida / productos	Receptor
– Evaluación del sistema de control interno realizada.	– Presidencia ejecutiva – Gerencia general – Contraloría general de la república

Proceso relacionado	– Evaluación y reporte del SCI
Anexos	– No aplica



E.03.02.02_P Procedimiento: Evaluación de productos priorizados

Ficha de procedimiento

Evaluación de productos priorizados	Código	E.03.02.02_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Lita Camero Berríos	Asesora	PE
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para contar con el análisis de riesgos de los productos priorizados y la determinación de los controles mitigantes si aplican.
Alcance	Inicia con la necesidad de actualizar la evaluación de riesgos de productos priorizados hasta la determinación de los controles que mitiguen los riesgos identificados. Es de aplicación para todos los órganos y unidades orgánicas del Senace.
Base normativa	– Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG que aprueba la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado". – Resolución de Contraloría N° 093-2021-CG que modifica los numerales 7.3.1, 7.4.1, 7.4.2, Anexo 1, Anexo 10, Anexo 11 de la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG.
Siglas	– CGR: Contraloría general de la república – GG: Gerencia general – ET: Equipo de trabajo – OPP: Oficina de planeamiento y presupuesto – PE: Presidencia ejecutiva – PLA: Unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – POI: Plan operativo institucional – SCI: Sistema de control interno – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace
Definiciones	– Alta dirección: Conformado por la presidencia ejecutiva y gerencia general – Evaluación de riesgos: Consiste en asignarle a cada riesgo un valor sobre la base del impacto (cómo afecta a la entidad) y probabilidad de ocurrencia. La forma de evaluación se realiza sobre juicio experto. – Equipo de trabajo: Conformado por al menos dos personas dentro de cada UUOO designadas para participar en las sesiones de trabajo de riesgos y controles de los productos priorizados. Su designación no requiere resolución. – UUOO: Se refiere a todos los órganos y unidades orgánicas de la entidad incluyendo a la alta dirección.

Elemento de entrada	Fuente
– Necesidad de evaluar los riesgos de los productos priorizados.	– Marco normativo

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	**En el primer bimestre:** Alinea POI con el presupuesto y productos priorizados/acciones estratégicas.	PLA	Especialista

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
2	Determina los productos y procesos asociados a productos priorizados que requieren evaluar.	PLA	Especialista
3	Valida la información con equipo de trabajo de UUOO. **Nota:** De aquellas que aplique los productos priorizados	PLA	Especialista
4	Programa sesión de trabajo con las UUOO y alta dirección para revisión de productos priorizados y análisis de presupuesto.	OPP	Jefe/a
5	Ejecuta sesión de trabajo y obtiene productos priorizados actualizados y presupuesto. **Nota:** Participan UUOO incluyendo alta dirección.	PLA	Jefe/a
6	Programa sesión de trabajo para identificación/análisis de riesgos de productos priorizados. Emplea el anexo 01 como apoyo. **Nota**: Puede ser por memorando o agenda en calendario Outlook/Teams.	PLA	Especialista
7	Ejecuta sesión de riesgos de productos priorizados y determina el nivel de riesgo y compara con tolerancia. **Nota**: Pueden ser más de una sesión y deben participar los responsables de los productos priorizados.	UUOO	Responsable
8	Identifica controles existentes y determina riesgo residual. Emplea anexo 02	ET	Miembros
9	Verifican si excede el nivel de tolerancia.	ET	Miembros
10	¿Excede? – Sí: Continúa en el proceso “Plan de acción” – No: Fin del procedimiento	ET	Miembros
11	Fin del procedimiento		

Salida / productos	Receptor
– Evaluación de riesgos de productos priorizados.	– Presidencia ejecutiva. – Gerencia general. – Órganos y unidades orgánicas.

Proceso relacionado	– Evaluación de productos priorizados
Anexos	– Anexo 01: Checklist para la identificación de riesgos – Anexo 02: Criterios para determinar riesgo residual

Anexo N° 01: Checklist para identificación de riesgos

El presente anexo sirve de apoyo para la identificación de riesgos, puede adicionarse más criterios considerando cambios en el entorno o en las normas.

Pregunta	Criterio de riesgo	Checklist
36	Incumplimiento de las condiciones establecidas por las normas que lo regulan	
37	Incumplimiento de los plazos y estándares establecidos por la propia entidad	
38	Actos de corrupción (soborno) u otras clases de riesgo de conducta no ética.	
39	Fraudes financieros o contables (registros contables y administrativos falsos), sobrecostos o transferencia de recursos para fines distintos al original.	
40	Presiones, inducción o influencia hacia los funcionarios y servidores para efectuar conductas irregulares.	
41	Posible influencia de consultores o actores externos en las decisiones de los funcionarios para realizar requerimientos de bienes o servicios.	
42	Pagos tardíos (retrasados) a los proveedores	
44	Favorecimiento a un postor o postulante, dentro de un proceso de contratación	

Nota: Al identificar los riesgos analizar cada criterio mencionado por cada producto priorizado, en caso de que alguno no aplique indicar no aplica.

Anexo 02: Criterios para determinar riesgo residual

Criterios para aplicar por cada control

Criterios	Descripción	Valor
Tipo de control (A)	Preventivo	2
	Detectivo	1
	Correctivo	0
Forma (B)	Automático	2
	Manual	1
Periodicidad (C)	Razonable	2
	Esporádica	1
	Sin definirse(*)	0

(*) Significa que no se ha establecido la frecuencia de ejecución del control.

El nivel de eficacia es la sumatoria de los valores de los 3 criterios:

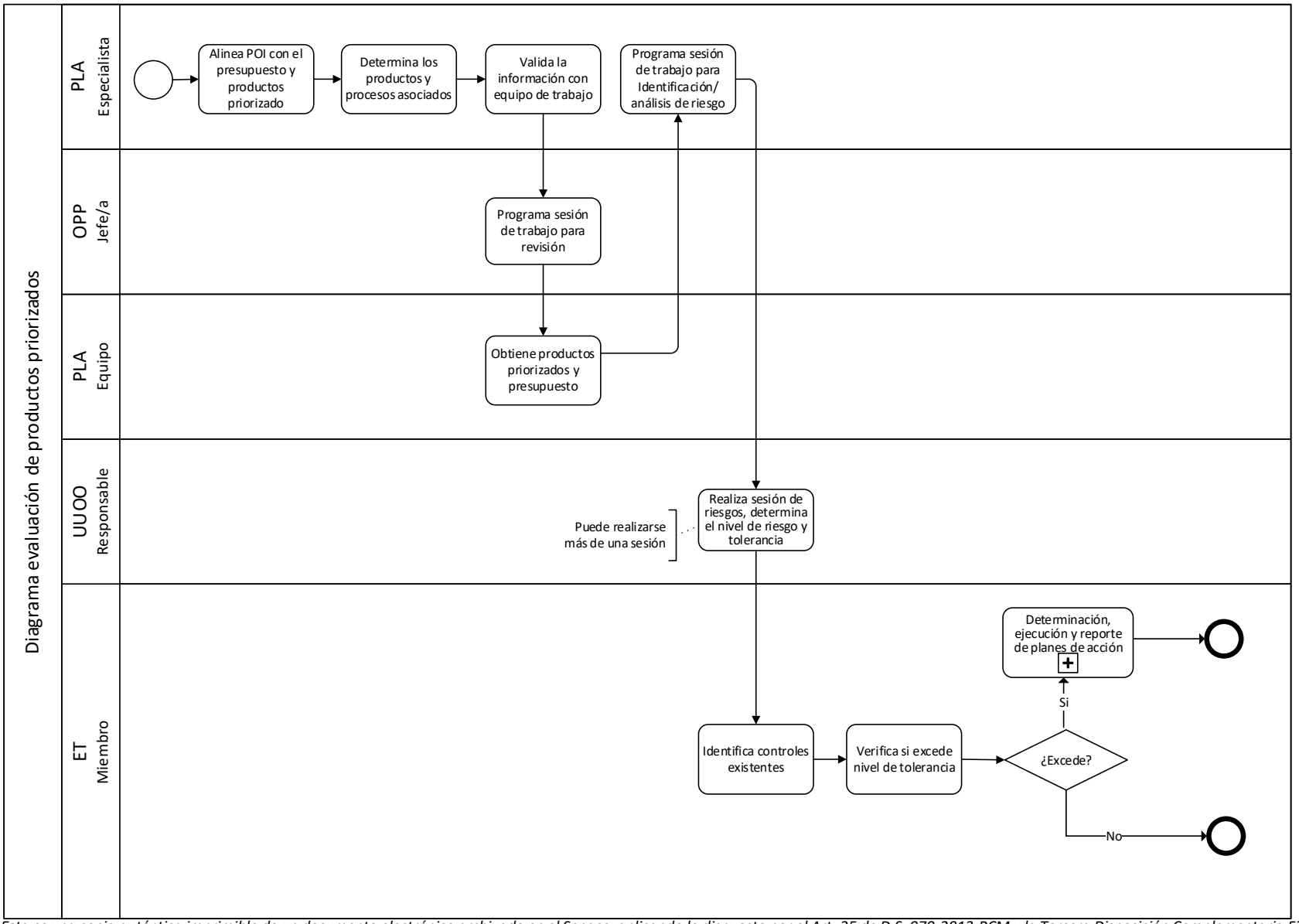
Nivel de eficacia: [A + B + C]

Tabla de clasificación del control por nivel de eficacia

Valor alcanzado	Nivel de eficacia	Descripción
0 y 1	Ineficaz	No mitiga el riesgo, requiere rediseñar el control o adicionar controles
2 y 3	Regular	Mitiga parcialmente el riesgo
4 al 6	Eficaz	Mitiga el riesgo

Nota:

- El análisis se realiza por cada control.
- En el caso de varios controles para un mismo riesgo, al control con mayor nivel de eficacia se le suma “1” por cada control adicional, sin que exceda el valor de 5.
- Cada control puede reducir sólo impacto, sólo probabilidad o ambos.
- Cada control con nivel de eficacia “Eficaz” reduce en un grado impacto, probabilidad o ambos según análisis.



E.03.02.03_P Procedimiento: Determinación, ejecución y reporte de planes de acción

Ficha de procedimiento

Determinación, ejecución y reporte de planes de acción		Código	E.03.02.03_P

	Nombre	**Cargo**	**Área (Siglas)**
Elaborado por	Lita Camero Berríos	Asesora	PE
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades para definir acciones que permitan, mantener, corregir y/o mejorar los elementos del sistema de control interno y los riesgos de los productos que exceden la tolerancia al riesgo asignando responsables, plazos y mecanismos de reporte de su ejecución.
Alcance	Inicia cuando se identifican deficiencias en la evaluación del SCI o cuando el nivel de riesgo excede la tolerancia establecida hasta el reporte de la ejecución de las acciones que permitan remediar o mitigar la deficiencia o riesgo respectivamente. Es de aplicación para todos los órganos y unidades orgánicas del Senace.
Base normativa	– Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG que aprueba la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado". – Resolución de Contraloría N° 093-2021-CG que modifica los numerales 7.3.1, 7.4.1, 7.4.2, Anexo 1, Anexo 10, Anexo 11 de la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG.
Siglas	– CGR: Contraloría general de la república – GG: Gerencia general – ET: Equipo de trabajo – OPP: Oficina de planeamiento y presupuesto – PE: Presidencia ejecutiva – PLA: Unidad de planeamiento, desarrollo institucional y cooperación técnica – SCI: Sistema de control interno – UUOO: Órganos y unidades orgánicas del Senace
Definiciones	– Alta dirección: Conformado por la presidencia ejecutiva y gerencia general. – Evaluación de riesgos: Consiste en asignarle a cada riesgo un valor sobre la base del impacto (cómo afecta a la entidad) y probabilidad de ocurrencia. La forma de evaluación se realiza sobre juicio experto. – Equipo de trabajo: Conformado por al menos dos personas dentro de cada UUOO designadas para participar en las sesiones de trabajo de riesgos y controles de los productos priorizados. Su designación no requiere resolución. – Plan de acciones de control: Plan de trabajo para mitigar los riesgos identificados productos de la evaluación de riesgos de productos priorizados que exceden los niveles de tolerancia. Este plan es exigido por CGR y se completa en el aplicativo que brinda la CGR. – Plan de actividades recurrentes: Plan de trabajo de uso interno para desarrollar las actividades rutinarias del sistema de control interno a fin de mantener el nivel de madurez alcanzado. – Plan de medidas de remediación: Plan de trabajo que contiene las acciones para corregir las respuestas parciales o negativas que resultaron del cuestionario de evaluación del SCI. Este plan es exigido por CGR y se completa en el aplicativo que brinda la CGR. – UUOO: Se requiere a todos los órganos y unidades orgánicas de la entidad incluyendo a la alta dirección.

Elemento de entrada	Fuente
– Deficiencias del cuestionario de evaluación del SCI registradas. – Riesgos no tolerables identificados. – Actividades recurrentes identificadas.	– Evaluación y reporte del SCI. – Evaluación de productos priorizados. – Norma.

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Identifica en la evaluación y reporte del SCI, evaluación de productos priorizados y/o norma: - Deficiencias del cuestionario del SCI. - Productos priorizados con riesgo no tolerable. - Actividades recurrentes.	PLA	Especialista
2	Asigna cada deficiencia la UUOO responsable.	PLA	Especialista
3	Prepara proyecto de memorando solicitando a las UUOO elaboren los planes de acción.	PLA	Especialista
4	Revisa asignación y UUOO y proyecto de memorando.	PLA	Jefe/a
5	¿Es conforme? - Sí: Envía a OPP para emisión. Continúa en la actividad 6. - No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 2.	PLA	Jefe/a
6	Envía memorando múltiple con asignaciones a las UUOO.	OPP	Jefe/a
7	Reciben solicitud y deriva a ET.	UUOO	Responsable
8	Elabora las medidas de remediación/acciones de control y actividades rutinarias y coordina con PLA. **Nota:** Considera el anexo 01 criterios de factibilidad para la implementación de los planes de acción.	ET	Miembros
9	Brinda aportes previos para los planes de acción y los envía a ET. **Nota:** Coordinan los plazos, actividades, responsables.	PLA	Especialista
10	Actualizan y envían para validación con responsables de su UUOO.	ET	Miembros
11	Validan con responsables de su UUOO.	UUOO	Responsables
12	¿Es conforme? - Sí: Continúa en la actividad 13. - No: Realizan observaciones. Regresa a la actividad 8.	UUOO	Responsables

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
13	Envía las medidas de remediación/acciones de control y actividades rutinarias.	UUOO	Responsables
14	Recibe y consolida los planes de acción.	PLA	Especialista
15	¿Está completo? - Sí: Elabora el reporte de planes de acción. Continúa en la actividad 16. - No: Coordina con UUOO el envío de las actividades pendientes. Regresa a la actividad 14. **Nota:** Tres planes de acción: - Plan de medidas de remediación - Plan de acciones de control - Plan de actividades recurrentes.	PLA	Especialista
16	Revisa los planes de acción consolidados.	PLA	Jefe/a
17	¿Es conforme? - Sí: Envía a OPP para revisión de alta dirección. Continúa en la actividad 18. - No: Realiza aportes. Regresa a actividad 15 - Sí.	PLA	Jefe/a
18	Envía a alta dirección para validación.	OPP	Jefe/a
19	¿Es conforme? - Sí: Autoriza el registro en el aplicativo de CGR. Continúa en la actividad 21. - No: Brinda aportes, ajustes u observaciones. Continúa en la actividad 20. **Nota:** A CGR se envía los planes de medidas de remediación y acciones de control. El plan de actividades recurrentes se monitorea internamente.	Alta dirección	Responsables
20	Realiza los cambios sugeridos por alta dirección. Retorna a la actividad 18.	PLA	Especialista
21	Registra en el aplicativo de CGR los planes de acción: - Plan de medidas de remediación - Plan de acciones de control E informa para la firma.	PLA	Especialista
22	Revisa los planes registrados.	PLA	Jefe/a
23	¿Es conforme? - Sí: Informa a OPP para firma. Continúa en la actividad 24. - No: Realiza observaciones. Regresa a la actividad 21.	PLA	Jefe/a
24	Revisa la información.	OPP	Jefe/a
25	¿Es conforme? - Sí: Obtiene los reportes y envía a alta dirección para la firma. Continúa en la actividad 26.	OPP	Jefe/a

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
	- No: Realiza ajustes. Regresa a la actividad 21.		
26	Firma los planes y envía a PLA. **Nota:** Tanto GG como PE firman los planes.	Alta dirección	Responsables
27	Adjunta los planes firmados en el aplicativo e informan a GG.	PLA	Especialista
28	Envía la información a CGR a través del aplicativo. **Nota:** Esta acción la realiza GG.	Alta dirección	Responsables
29	Envía los planes finales a las UUOO para conocimiento y fines.	OPP	Jefe/a
30	Ejecutan las actividades de los planes de acción.	ET	Miembros
31	**Mensualmente:** Reportan los avances a PLA de: - Plan de medidas de remediación. - Plan de acciones de control. - Plan de actividades recurrentes. En caso de actividades atrasadas, indica el motivo del atraso y estrategia para ponerlo al día.	ET	Miembros
32	Recibe el estado de los planes y consolida, verifica que las actividades estén en fecha, de haber atrasos, revisa los motivos y estrategia para ponerlo al día.	PLA	Especialista
33	¿Es conforme? - Sí: Remite reporte consolidado del estado de avance de los planes, justificación y estrategias si corresponde. Continúa en la actividad 34. - No: Realiza aportes. Regresa a la actividad 31.	PLA	Especialista
34	Recibe reporte, remite a OPP.	PLA	Jefe/a
35	Recibe reporte y remite a GG.	OPP	Jefe/a
36	Revisa el reporte de avance de planes de acción.	GG	Gerente/a general
37	¿Es conforme? - Sí: Toma conocimiento. Continúa en la actividad 38. - No: Realiza aportes, solicita se corrijan para el siguiente reporte. Regresa a la actividad 31. **Nota:** Entre la actividad 37 y 38 hay un periodo de tiempo. Las actividades del 31 al 37 son mensuales.	GG	Gerente/a general

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
38	**En diciembre:** Envía recordatorio a las UUOO para que culminen los planes de acción y generen las evidencias para la evaluación anual.	OPP	Jefe/a
39	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Planes de acción ejecutados.	– Presidencia ejecutiva – Gerencia general – Órganos y unidades orgánicas. – CGR

Proceso relacionado	– Determinación, ejecución y reporte de planes de acción
Anexos	– Anexo 01 Criterios de factibilidad para la implementación de los planes de acción.

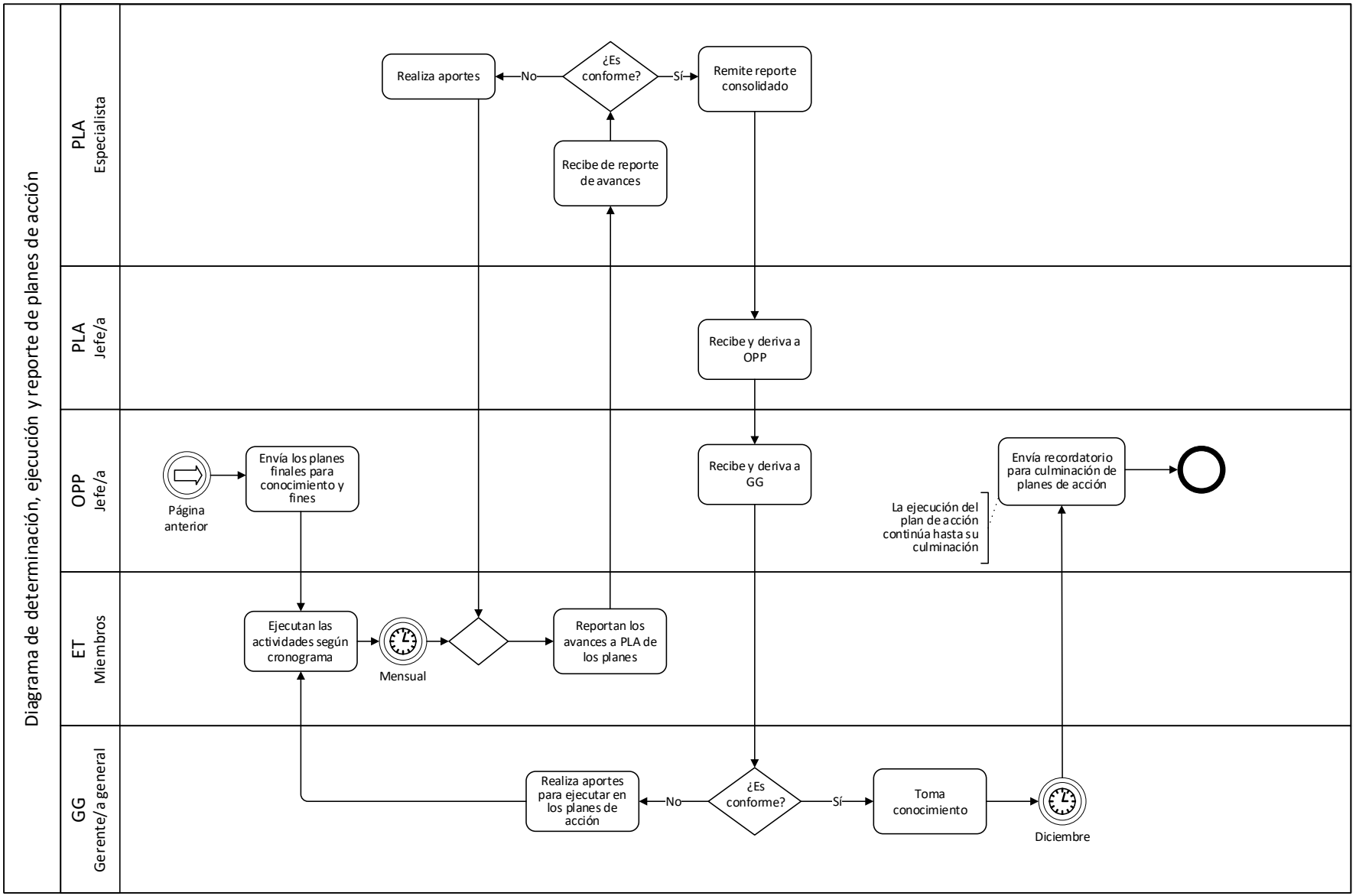
Anexo 01 Criterios de factibilidad para la implementación de los planes de acción.

Para la definición de las actividades y controles adicionales, tomar en consideración lo siguiente para asegurar el cumplimiento del plan de acción.

Criterio	Descripción	Valor
Recursos humanos competente (interno).	Disponible	1
	No disponible	0
Complejidad de implementación	Sencillo	2
	Medianamente complejo	1
	Complejo	0
Presupuesto	No requerido	2
	Disponible	1
	No disponible	0
Tiempo de la implementación	Corto plazo (menos de 3 meses)	2
	Mediano plazo (menos de un año)	1
	Largo plazo (más de un año)	0

Para que una medida pueda ser implementada debe tener un valor mayor a cero en cada criterio.
Si alguno de los criterios tiene valor igual a cero se tendrá que:

- Modificar la actividad del plan de acción; o
- Presentar un plan de mitigación para superar el criterio y el compromiso de su ejecución por parte de los responsables.



E.03.02.04_P Procedimiento: Registro y atención de denuncias

Ficha de procedimiento

Registro y atención de denuncias		Código	E.03.02.04 _P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Gustavo González de Otoya La Torre	Asesor de gerencia general/Oficial de integridad	GG
Revisado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	GG

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describe la secuencia de actividades que permiten brindar una atención y revisión de los aspectos relacionados a la presentación de denuncias.
Alcance	Oficial de integridad y todas las áreas que se involucren en el procedimiento de denuncias en el Senace.
Base normativa	– Directiva N° 0003-2019-SENACE/PE "Directiva que regula el procedimiento para la atención de denuncias en el Servicio Nacional de Certificación Ambiental para las Inversiones Sostenibles – SENACE", aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 0140-2019-SENACE/PE – Decreto Legislativo N° 1327 que establece medidas de protección para el denunciante de actos de corrupción y sanción a las denuncias realizadas de mala fe. – Decreto Supremo N° 010-2017-JUS que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1327 que establece medidas de protección al denunciante de actos de corrupción y sanciona las denuncias realizadas de mala fe.
Siglas	– OA: Oficina de administración – PCM: Presidencia del consejo de ministros – RH: Unidad de recursos humanos – STOIPAD: Secretaría técnica del órgano instructor de procesos administrativos disciplinarios.
Definiciones	Acto de corrupción: Describe aquella conducta o hecho que da cuenta del abuso del poder público por parte de un servidor civil del Senace que lo ostente, con el propósito de obtener para sí o para terceros un beneficio indebido. Denunciante: Es toda persona natural o jurídica que, en forma individual o colectiva, pone en conocimiento de la institución, a través de sus órganos competentes, un acto de corrupción y/o hechos contrarios al ordenamiento legal. El denunciante es un tercero colaborador de la Administración Pública y no es parte del procedimiento administrativo disciplinario. Denunciado: Es todo servidor/a civil de la entidad de la administración pública, con prescindencia del régimen laboral, contractual; o, aquel que mantenga cualquier otra vinculación con el Estado, al que se le atribuye en la denuncia la comisión de un acto contrario al ordenamiento legal, susceptible de ser investigado en sede administrativa. Canal virtual: Es el espacio implementado por el Senace para la atención de las denuncias, el mismo que utiliza como herramienta de soporte una plataforma informática que se encuentra alojada en el portal Institucional de la entidad. Incluye el canal de PCM diseñado para denuncias por corrupción.

	Canal presencial	Cuando la persona o grupo se apersona a las instalaciones del Senace para registrar su denuncia física por mesa de partes.
	Órgano instructor	Encargada de la precalificación y documentación del proceso administrativo disciplinario asistiendo a las autoridades instructoras y sancionadoras. En el caso de Senace, recae principalmente en la oficina de administración.

Elemento de entrada	Fuente
– Denuncia registrada.	– Denunciante.

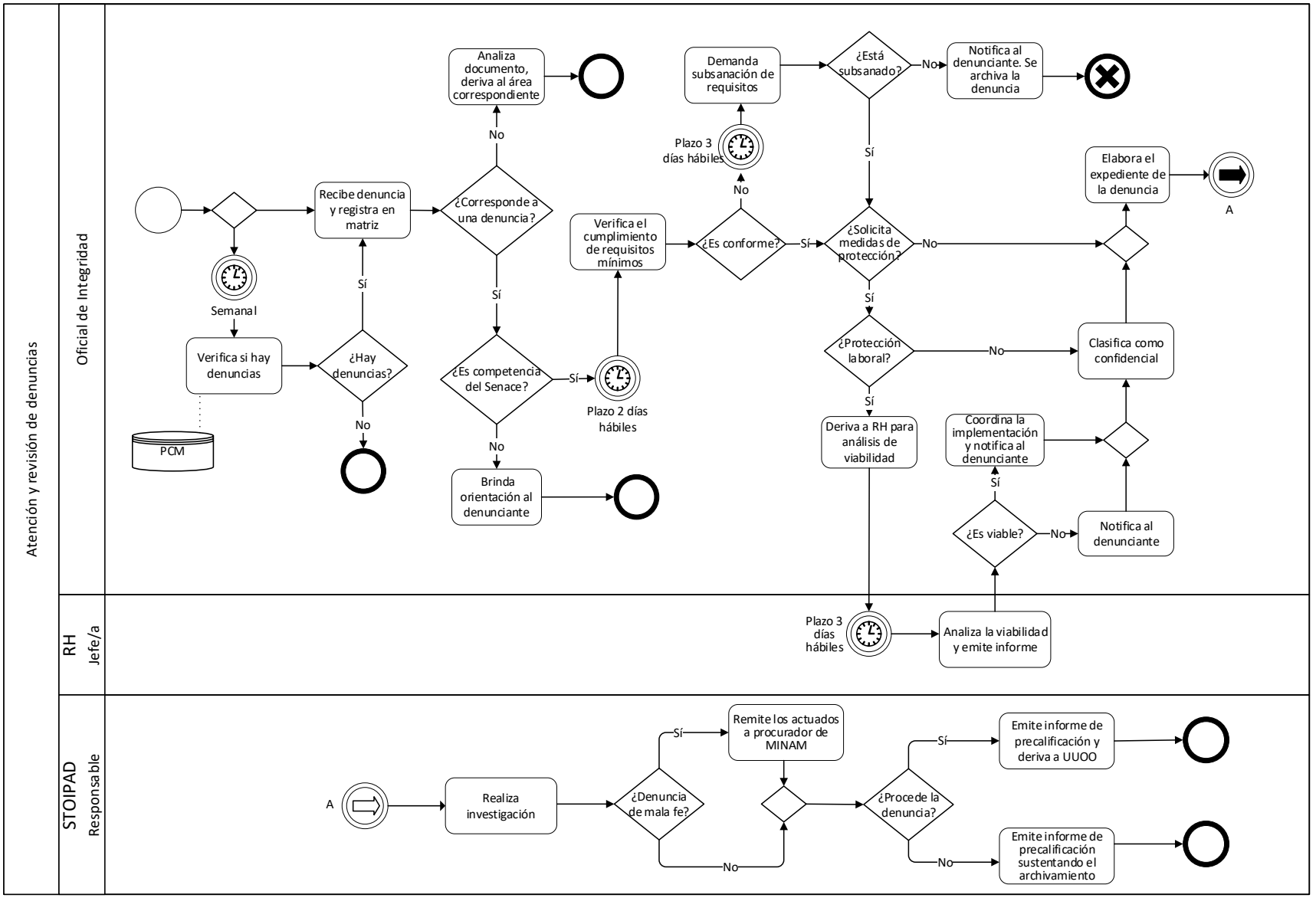
N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	**Semanalmente:** Ingresa a la plataforma de denuncias de PCM y verifica si hay denuncias para Senace.	Integridad	Oficial de integridad
2	¿Hay denuncias? – Sí: Continúa en la actividad 3. – No: Fin del procedimiento.	Integridad	Oficial de integridad
3	Recibe denuncia a través: – Canales virtuales de denuncia: Registro de denuncia ante el Senace. – Canal presencial: Procede del proceso de "Recepción y registro de documentos de gestión documentaria y archivística" (S.02.01.01).	Integridad	Oficial de integridad
4	Registra en matriz de denuncias.	Integridad	Oficial de integridad
5	Verifica si el documento corresponde a una denuncia.	Integridad	Oficial de integridad
6	¿Es denuncia? – No: Analiza el documento y deriva al área correspondiente para dar respuesta al denunciante. Fin de procedimiento. – Sí: Continúa el procedimiento en la actividad 7.	Integridad	Oficial de integridad
7	¿Es competencia del Senace? – Sí: Continúa en la actividad 8. – No: Brinda orientación al denunciante que derive su denuncia a la entidad competente. Fin del procedimiento.	Integridad	Oficial de integridad
8	Verifica el cumplimiento de los requisitos mínimos en un plazo de dos (2) días hábiles según directiva de denuncias.	Integridad	Oficial de integridad

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	**Semanalmente:** Ingresa a la plataforma de denuncias de PCM y verifica si hay denuncias para Senace.	Integridad	Oficial de integridad
2	¿Hay denuncias? – Sí: Continúa en la actividad 3. – No: Fin del procedimiento.	Integridad	Oficial de integridad
9	¿Es conforme? – Sí: Continúa el procedimiento en la actividad 11. – No: Demanda subsanación de requisitos al denunciante, otorgando un plazo de tres (3) hábiles. Continúa en la actividad 10.	Integridad	Oficial de integridad
10	¿Está subsanado? – Sí: Continúa procedimiento en la actividad 11. – No: Notifica al denunciante y se archiva la denuncia. Fin de procedimiento.	Integridad	Oficial de integridad
11	¿Solicita otorgamiento de medidas de protección? – SÍ: Continúa el procedimiento en la actividad 12. – No: Continúa en la actividad 12.	Integridad	Oficial de integridad
12	¿Es protección laboral? – Sí: Deriva a RH para análisis de viabilidad. Continúa en la actividad 13. – No: Clasifica como confidencial. Continúa en la actividad 15. **Nota:** Cuando es confidencial, el expediente de denuncias es anónimo.	Integridad	Oficial de integridad
13	Analiza la viabilidad y emite informe en un plazo de tres (3) días hábiles.	RH	Jefe/a
14	¿Es viable? – Sí: Coordina la implementación de las medidas de protección y notifica al denunciante. Continúa el procedimiento. – No: Notifica al denunciante. Continúa el procedimiento. **Nota:** La implementación de las medidas se realiza dentro de los quince (15) días hábiles de presentada la solicitud.	Integridad	Oficial de integridad
15	Elabora el expediente de la denuncia, actualiza matriz de denuncias y deriva a secretaría técnica.	Integridad	Oficial de integridad

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	**Semanalmente:** Ingresa a la plataforma de denuncias de PCM y verifica si hay denuncias para Senace.	Integridad	Oficial de integridad
2	¿Hay denuncias? – Sí: Continúa en la actividad 3. – No: Fin del procedimiento.	Integridad	Oficial de integridad
16	Realiza investigación de lo denunciado.	STOIPAD	Responsable
17	¿Es denuncia de mala fe? (independientemente del inicio o no del PAD). – Sí: Remite los actuados al procurador público del MINAM con copia a GG y a oficial de integridad Sigue el procedimiento en la actividad 18. – No: Sigue el procedimiento en la actividad 18.	STOIPAD	Responsable
18	¿Procede la denuncia? – Sí: Emite informe de precalificación y deriva al órgano instructor o UUOO para el trámite correspondiente. Sigue el procedimiento en la actividad 19. – No: Emite informe de precalificación sustentando el archivamiento de la denuncia y envía la RH. Culmina el procedimiento.	STOIPAD	Responsable
19	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Denuncia procesada.	– Órgano instructor – STOIPAD

Proceso relacionado	– Registro y atención de denuncias
Anexos	– No aplica.



E.03.02.05_P Procedimiento administrativo disciplinario

Ficha de procedimiento

Procedimiento administrativo disciplinario	Código	E.03.02.05_P

	Nombre	Cargo	Área (Siglas)
Elaborado por	Delia Elena Flores García	Secretaria técnica de la STOIPAD	STOIPAD
Revisado por:	Delia Elena Flores García	Secretaria técnica de la STOIPAD	STOIPAD
Aprobado por:	Joanna Fischer Battistini	Gerenta general	STOIPAD

Documento de aprobación	

Control de versiones			
Versión	**Sección modificada**	**Justificación**	**Fecha**

Objetivo	Describir la secuencia de actividades para determinar la existencia de responsabilidad administrativa disciplinaria, esto es, la comisión de una falta y la consecuente aplicación de una sanción.
Alcance	El procedimiento comprende desde el envío del expediente para el deslinde de responsabilidades hasta la aplicación de la sanción disciplinaria al/a la servidor/a o el archivo del expediente. Es aplicable para la secretaria técnica de la STOIPAD, órganos instructores del PAD y las unidades orgánicas que se involucren en el procedimiento administrativo disciplinario y a todos los servidores/as del Senace.
Base normativa	- Ley Nº 30057 - Ley del Servicio Civil. - D.S. N° 040-2014 - PCM Reglamento General de la Ley del Servicio Civil. - Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. - Ley Nº 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública. - Resolución Jefatural N° 137-2018-SENACE/JEF - Reglamento interno de los servidores civiles del Senace.

Siglas

GG	Gerente/a general
OI	Órgano instructor
OS	Órgano sancionador
PAD	Procedimiento administrativo disciplinario
RH	Unidad de recursos humanos
STOIPAD	Secretaria técnica de los órganos instructores del procedimiento administrativo disciplinario.
TSC	Tribunal del servicio civil
UUOO	Órganos y unidades orgánicas

Definiciones

– OI	Rol que puede recaer en el jefe inmediato del servidor/a o jefe/a de RH. Responsable de investigar, analizar e indagar, a fin de determinar si hay presunta responsabilidad administrativa disciplinaria.
– OS	El órgano sancionador decide sobre la comisión de la infracción imputada al servidor civil debiendo sustentar tal decisión. Este rol recae por lo general en jefe/a de RH o el titular.
– PAD	El procedimiento administrativo disciplinario, constituye aquella herramienta procedimental de la administración, a través de la cual, manifiesta su potestad sancionadora, ante las faltas cometidas por servidores/as y funcionarios/as públicos/as en el marco de sus labores.
– STOIPAD	La secretaria técnica de los órganos instructores del procedimiento administrativo disciplinario tiene por funciones esenciales precalificar una presunta falta, documentar la actividad probatoria, proponer la fundamentación y administrar los archivos emanados en los procesos disciplinarios de la entidad, sin embargo, no tiene capacidad de decisión y sus informes no son vinculantes.

Elemento de entrada	Fuente
– Expediente para deslinde de responsabilidades presentado.	– UUOO

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
1	Recibe expediente para el deslinde de responsabilidades.	STOIPAD	Responsable
2	Analiza la información del expediente, determina si es suficiente.	STOIPAD	Responsable
3	¿Es suficiente? - Sí: Elabora el informe de precalificación. Continúa en la actividad 8 - No: Continúa en la actividad 4	STOIPAD	Responsable
4	Solicita información adicional a las UUOO y/o servidores/as involucrados/as **Nota:** Actividades 5 y 6 son paralelas	STOIPAD	Responsable
5	Envía información solicitada. Continúa en la actividad 7.	UUOO	Responsable
6	Envía respuesta. Continúa en la actividad 7.	-	Servidor/a
7	Recibe información adicional y elabora el informe de precalificación.	STOIPAD	Responsable
8	Procede según el resultado del informe, el cual puede tener tres resultados excluyentes: - Recomienda inicio del PAD: Envía a OI. Continúa en la actividad 11. - Archiva el expediente: Deriva a RH. Continúa en la actividad 9. - Recomienda amonestación verbal: Remite el informe al jefe Inmediato superior del servidor/a. Continúa en la actividad 10.	STOIPAD	Responsable
9	Archiva el expediente. Fin del procedimiento.	RH	Jefe/a
10	Amonesta verbalmente. Fin del procedimiento.	UUOO	Jefe/a inmediato superior
11	Analiza informe de precalificación, inicia el PAD y notifica a los servidores/as involucrados/as.	OI	Responsable

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
12	Envía descargos.	-	Servidor/a
13	Recibe descargos y elabora el informe de órgano instructor. **Nota:** El informe puede tener dos resultados excluyentes.	OI	Responsable
14	¿Hay sanción? - Sí: Continúa en la actividad 17 o 18 (son excluyentes). - No: Recomienda en su Informe que no hay mérito para la imposición de la sanción y su consecuente archivo, luego deriva su recomendación al OS. Continúa en la actividad 15.	OI	Responsable
15	Analiza el informe del OI.	OS	Responsable
16	¿Ratifica el resultado del OI? - Sí: Elabora resolución para archivo del PAD. Fin del procedimiento - No: Continúa en la actividad 17 y 18.	OS	Responsable
17	Procede según el tipo de sanción: - Amonestación escrita: Envía la amonestación escrita a RH. Continúa en la actividad 18. - Suspensión/destitución: Envía a OS. Continúa en la actividad 19.	OI	Responsable
18	Ejecuta la sanción de amonestación escrita. Proceso: Gestión de legajos. Fin del procedimiento.	RH	Jefe/a
19	Recibe informe de OI, comunica a servidor/a indicando el tipo de sanción y le da la opción de informe oral. **Nota:** Tiempo de espera de la respuesta de servidor/a.	OS	Responsable
20	Recibe comunicación del servidor/a sobre informe oral.	OS	Responsable
21	¿Desea informe oral? - Sí: Programa y ejecuta el informe oral. Continúa en la actividad 22. - No: Continúa en la actividad 22.	OS	Responsable

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
22	Analiza la información y elabora resolución. **Nota**: La resolución puede tener dos resultados excluyentes.	OS	Responsable
23	Procede según el resultado resolución: - Sanción: Comunica a servidor/a y RH para ejecución de la sanción. Continúa en la actividad 25. - No hay mérito: Elabora resolución para archivo del PAD, deriva a RH y notifica a servidor/a. Continúa en la actividad 24.	OS	Responsable
24	Recibe resolución de archivo del PAD. Proceso de Gestión de legajos. Fin del procedimiento.	RH	Jefe/a
25	Emite resolución y ejecuta la sanción dispuesta. Proceso: Gestión de legajos.	RH	Jefe/a
26	Realiza el registro en el SNSSC.	RH	Jefe/a
27	¿Servidor/a apela? - Sí: Verifica los requisitos y plazos de la apelación. Continúa en la actividad 28. - No: Fin del procedimiento.	RH	Jefe/a
28	¿Procede apelación? - Sí: Envía el expediente al TSC. Continúa en la actividad 29. - No: Informa al servidor/a que no procede. Fin del procedimiento. **Nota:** Tiempo de espera hasta que TSC resuelva.	RH	Jefe/a
29	Evalúa y procede según el resultado de la apelación: - Confirma sanción: Fin del procedimiento. - Declara nulidad: Deriva a STOIPAD. Continúa en la actividad 30. **Nota:** Los resultados son excluyentes.	RH	Jefe/a
30	Verifica si ha prescrito.	STOIPAD	Responsable
31	¿Ha prescrito? - Sí: Emite informe y deriva a GG. Continúa en la actividad 32. - No: Regresa en la actividad donde TSC declaró la nulidad. Continúa en la actividad 29.	STOIPAD	Responsable

N°	Descripción de la actividad	Unidad de organización	Responsable
32	- Elabora resolución. Proceso: Proyección de documentos.	GG	Gerente/a general
33	Fin del procedimiento.		

Salida / productos	Receptor
– Servidor/a sancionado/a o expediente archivado.	– Servidor/a. – Unidad de recursos humanos.

Proceso relacionado	– Procedimiento administrativo disciplinario.
Anexos	– No aplica