

Sullana, 07 de agosto del 2023

INFORME N° 025 -2023/HAS-430020166.-Imp-SCI

AL : *Med. Maria Eugenia Gallosa Palacios
Director Ejecutivo
Hospital de Apoyo II-2 Sullana.*

DEL : *Econ. José Gerardo Riofrio Castillo
Funcionario Responsable de la Implementación SCI
Hospital de Apoyo II-2 Sullana*

ASUNTO : *Informe avances y resultados de la implementación del Sistema de Control Interno en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana (Periodo mayo-julio del 2023)*

REFERENCIA : *Directiva N° 006-2019-CG/INTEG, "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobado con Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG, y sus modificatorias.*

Tengo el Agrado de dirigirme a Usted, en Atención al Asunto Indicado y el cual pongo a Conocimiento lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

- 1.1 Mediante **Directiva N° 006-2019-CG/INTEG**, aprobada con Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG, de fecha 15 de mayo del 2019, publicada en el diario oficial "El Peruano" el 17 de mayo del 2019, y con vigencia a partir del 20 de mayo del 2019, se establecen los nuevos lineamientos para la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en las entidades del Estado, cuya finalidad es que las Entidades del Estado implementen el Sistema de Control Interno como herramienta de gestión permanente, que contribuya al cumplimiento de los objetivos institucionales y disposiciones para el seguimiento y evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno.
- 1.2 Con **Resolución de Contraloría N° 073-2023-CG** publicada en el diario oficial "El Peruano" el 25 de febrero del 2023, se modificó una vez más la Directiva citada en el párrafo anterior, modificando el anexo n° 1 "Cuestionario de Evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno el cual contiene 63 preguntas, distribuidas de acuerdo a sus ejes (cultura organizacional: 32 preguntas, gestión de riesgos: 22 preguntas y Supervisión: 9 preguntas); modificando asimismo los numerales 7.4.1 y 7.4.2 en los cuales se establecen los plazos de presentación de los reportes "Primer Seguimiento del Plan de Acción Anual" y "Evaluación Semestral de la Implementación del Sistema de Control Interno", para ambos reportes la presentación es a través del aplicativo informático del SCI, hasta el último día hábil del mes de julio de cada año, con base a la información generada por la entidad hasta el último día hábil del mes de junio de cada año.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

II. ELABORACIÓN DEL ENTREGABLE PRIMER REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL

- 2.1 De acuerdo al seguimiento efectuado a los diferentes órganos y unidades orgánicas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana encargadas de implementar medidas de remediación y control con corte al 28 de junio del 2023, con fecha 17 de julio del 2023 se generó en el aplicativo informático del SCI (Sistema de Control Interno) el Entregable "Primer Reporte de Seguimiento del Plan de Acción Anual"
- 2.2 Con fecha 26 de julio del 2023, se elevó el Entregable del "Primer Reporte de Seguimiento del Plan de Acción Anual" a la Contraloría General de la República a través del aplicativo informático del SCI, obteniendo los siguientes cuadros resumen:

MEDIDAS DE REMEDIACION				
EJE	EN PROCESO	IMPLEMENTADAS	NO APLICABLE	TOTAL
CULTURA ORGANIZACIONAL	20	18	2	40
GESTIÓN DE RIESGOS	11	3	0	14
SUPERVISIÓN	10	0	0	10

MEDIDAS DE CONTROL			
PRODUCTO	EN PROCESO	IMPLEMENTADAS	TOTAL
3000016 TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	2	4
3033306 ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	3	0	3
3033304 ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	2	0	2
3000686 ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	3	1	4
3000011 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	1	0	1
3000011 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	1	0	1
3033172 ATENCIÓN PRENATAL RENFOCADA	1	0	1
3033307 ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3	0	3

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres”
“Año de la Unidad la paz y el desarrollo”

NEONALES -UCIN			
3033296 ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	3	0	3
3033294 ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	4	0	4
3033295 ATENCIÓN DEL PARTO	1	0	1
3033297: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	3	0	3
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1	0	1
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	3	1	4
3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	2	0	2
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	2	0	2
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	1	0	1
3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3	0	3
3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	2	0	2
3000005: ADOLESCENTES ACEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCION DEL EMBARAZO	1	0	1



2.3 Así mismo se han consignado en dicho reporte problemáticas que afectan la implementación de las medidas de remediación con sus respectivas recomendaciones de mejora para ser atendidas siendo las siguientes:

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

PROBLEMATICAS	RECOMENDACIONES DE MEJORA
LIMITACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES VIRTUALES, Y ESPACIO FÍSICO PARA LAS PRESENCIALES.	SOLICITAR A LA ADMINISTRACIÓN LA ADQUISICIÓN DE CÁMARA WEB, MICRÓFONO, Y LA ADQUISICIÓN DE PLATAFORMAS DIGITALES, A SI COMO LA HABILITACIÓN DEL AUDITORIO DE LA INSTITUCIÓN.
FALTA DE ASISTENCIA TÉCNICA POR PARTE DEL PLIEGO RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO EN LO QUE ATÁÑE A LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.	SOLICITAL AL PLIEGO LA ASISTENCIA TÉCNICA O LAS DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
NO SE CUENTA CON UN AMBIENTE NI ESPACIO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ARCHIVO FÍSICO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA ENTIDAD.	QUE SE APROVISIONE DE UN AMBIENTE PARA EL ARCHIVO FÍSICO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA ENTIDAD Y PROCEDER CON LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRABAJO ARCHIVISTICO
FALTA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PDP, YA QUE ESTA ESTA SUPEDITADA A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO RDR.	QUE SE REALICEN LAS COORDINACIONES PERTINENTES PARA LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PDP
FALTA DE ATENCIÓN Y RESPUESTA OPORTUNA DE ALGUNAS UNIDADES ORGÁNICAS RESPECTO A SUS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL	IDENTIFICAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS QUE SE RETRASAN CON LA ENTREGA DE INFORMACIÓN Y EXHORTAR AL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE DICHAS MEDIDAS

2.4 Del mismo modo se han registrado en el reporte de seguimiento del Plan de Acción Anual 2 problemáticas que afectan la implementación de las medidas de control por cada producto priorizado con sus correspondientes recomendaciones de mejora para que permitan la implementación eficaz y eficiente de las medidas de control, que en materia general son las siguientes:

PROBLEMATICAS	RECOMENDACIONES DE MEJORA
FALTA DE UN AMBIENTE APROPIADO PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES QUE ACCEDAN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	REALIZAR LAS COORDINACIONES PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE PARA DICHO FIN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

LIMITACIÓN EN LA COORDINACIÓN CON ELPROGRAMA	QUE LOS ENCARGADOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DEDIQUEN UN TIEMPO EN MEDIO DE SU RECARGADA LABOR PARA COORIDNACIONES RESPECTO A LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL PLAN DE ACCCIÓN ANUAL.
BRECHA DE MÉDICOS ESPECIALISTA PARA EMERGENCIA UCI-UCIN	ATENCIÓN A LOS REQUERIMEINTOS DE CONTRATACIÓN DE MÉDICOS
COORDINACIÓN INEFICIENTE CON ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN PARA TRASLADO DE PACIENES POR FALTA DE DISPOSICIÓN DE CAMAS	COORDINACIÓN DE JEFATURA DE EMERGENCIA PARA MEJORAR EL FLUJO DE TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN
EL AMBIENTE PARA REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS NO ESTA CERCA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA LO QUE DIFICULTA LA COORDINACIÓN	CONCIDERAR LA REUBICACIÓN DEL AMBIENTE DE REFERENCIAS CERCA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
LA FALTA DE EQUIPO MOVIL (CELULAR), PARA LA ATENCIÓN DE LAS REFERENCIAS	ATENCIÓN AL REQUERIMIENTO DE EQUIPO MOVIL (CELULAR)
DEMORA ENLA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO DE PACIENTES
NO SE DISPONE DE UN AMBIENTE PROPIO PARA BRINDAR ELSERVICIO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	QUE SE ASIGNE UN AMBIENTE PROPIO Y ADECUADO PARA BRINDAR EL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
INADECUADO REGISTRO EN LA CAPTACIÓN DE ATENCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS	QUE SE ASIGNE MAS PERSONAL PARA EL CORRECTO SEGUIMIENTO
FALTA DE ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO	ATENCIÓN OPORTUNA EN LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO
FALTA DE UN AMBIENTE PROPIO PARA LA ATENCIÓN AL SERVICIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	QUE SE ASIGNE UN AMBIENTE PROPIO PARA LA ATENCIÓN AL SERVICIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



III. ELABORACIÓN DEL ENTREGABLE EVALUACIÓN SEMESTRAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL

3.1 Con la información proporcionada por los diferentes órganos y unidades orgánicas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana con corte al 28 de junio del 2023 se dio respuesta a las 63 preguntas del Anexo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

3.2 n° 1 "Cuestionario de Evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno" obteniendo el siguiente resultado:

EJES	RESPUESTA POSITIVA "SI" (2 PTOS)		RESPUESTA "PARCIALMENTE" (1 PTO)		RESPUESTA "NO APLICA" (SIN PUNTAJE)	RESPUESTA NEGATIVA "NO" (0 PTOS)	
	N°	PUNTAJE	N°	PUNTAJE	N°	N°	PUNTAJE
CULTURA ORGANIZACIONAL	16	32	2	2	6	8	0
GESTION DE RIESGOS	16	32	0	0	3	3	0
SUPERVISION	2	4	0	0	0	7	0
TOTAL	34	68	2	2	9	18	0

3.3 Con fecha 26 de julio del 2023, se elevó el Entregable "Evaluación Semestral de la implementación del Sistema de Control Interno" a Contraloría General de la República a través del aplicativo informático del SCI, obteniendo un puntaje total de 70 puntos con un grado de madurez del Sistema de control interno del 64.81 % ubicándonos en un rango de SCI INTERMEDIO, según el marco normativo de la implementación del SCI.

IV. SEGUIMIENTO EFECTUADO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL

4.1 Durante los meses de mayo a julio se ha efectuado el seguimiento de manera constante, a través de coordinaciones con las unidades orgánicas involucradas, brindando la asesoría técnica, solicitando información y recabando las problemáticas que se han suscitado en el proceso de implementación de las medidas de remediación para lo cual se cursó siguiente documentación:

- ✓ Memorándums Múltiples 005 y 006-2023/HAS-430020163 de fechas 05 de junio del presente año a través de los cuales se requiere información sobre el Estado de ejecución de las medidas de remediación y de Control a los Órganos y unidades orgánicas encargados de dicha ejecución.
- ✓ Nota Informativa N° 100-2023-PECNT-HAS-II-SULLANA-430020161 de fecha 28 de junio del 2023, cursa respuesta la Oficina de Administración.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

- ✓ Nota Informativa N° 081-2023-HAS-430020166 de fecha 27 de junio del 2023, cursa respuesta el Programa de Enfermedades no Trasmisibles.
- ✓ Nota Informativa N° 224-2023-HAS-4300201617 de fecha 12 de junio del 2023, cursa respuesta el Departamento de Emergencia
- ✓ Nota Informativa N° 232-2023/HAS-DP-4300201612 de fecha 08 de junio del 2023, cursa respuesta el Departamento de Pediatría.
- ✓ Nota Informativa N° 244-2023/HAS-430020161.002 de fecha 21 de junio del 2023, cursa respuesta el Departamento de Gineco Obstetricia.
- ✓ Nota Informativa N° 312-2023/HAS-4300201661 de fecha 03 de julio del 2023, cursa respuesta la Unidad de Personal
- ✓ Nota Informativa N° 873-2023-HAS-4300201663 de fecha 27 de junio del 2023, cursa respuesta la Unidad de Logística.
- ✓ Nota Informativa N° 080-2023-HAS-430020166 de fecha 06 de junio del 2023, cursa respuesta la Unidad de Estadística.
- ✓ Acta de Reunión de implementación del SCI N° 04 de fecha 21 de julio del presente año con el personal del programa 018 "Enfermedades No Trasmisibles" se recabo información respecto a las problemáticas y recomendaciones de mejora para los productos de su programa.
- ✓ Acta de Reunión de implementación del SCI N° 05 de fecha 24 de julio del presente año con la jefatura del Departamento de Emergencia recabo información respecto a las problemáticas y recomendaciones de mejora para los productos relacionados a su servicio.

V. CONCLUSIONES

- 5.1 El Hospital de Apoyo II-2 Sullana ha cumplido en el mes de julio del presente año, con la presentación dentro de los plazos establecidos de los cinco entregables que exige la directiva de la Implementación del SCI, siendo los dos últimos, el "Primer Reporte de Seguimiento del Plan de Acción Anual" y el Segundo Reporte "Evaluación Semestral de la Implementación del Sistema de Control Interno"
- 5.2 De las 64 Medidas de Remediación consignadas en el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación solo 21 Medidas de Remediación han sido implementadas hasta el mes de julio, 41 se encuentran aún en proceso y 2 se ha sustentado como no aplicable.
- 5.3 De las 46 Medidas de Control consignadas en el Plan de Acción Anual- Sección Medidas de Control, solo 4 Medidas de Control están implementadas al mes de julio, los 42 restantes se encuentran aún en proceso.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año de la Unidad la paz y el desarrollo"

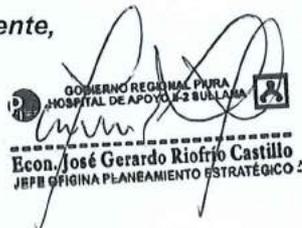
- 5.4 Se ha cumplido con el registro dentro del "Primer Reporte de Seguimiento del Plan de Acción Anual" de 5 problemáticas que afectan la implementación de las Medidas de Remediación con sus respectivas recomendaciones de mejora.
- 5.5 Se ha cumplido con el registro dentro del "Primer Reporte de Seguimiento del Plan de Acción Anual" de 2 problemáticas por cada uno de los 19 productos allí registrados, que afectan la implementación de las Medidas de Control con sus respectivas recomendaciones de mejora.
- 5.6 En el reporte de "Evaluación Semestral de la Implementación del Sistema de Control Interno" se ha obtenido un puntaje total de 70 puntos con un grado de madurez del Sistema de control interno del 64.81 % ubicándonos en un rango de SCI INTERMEDIO, según el marco normativo de la implementación del SCI

VI. RECOMENDACIONES

- 6.1 Se recomienda derivar el presente informe a la Unidad de Estadística e Informática para su difusión a través de la página Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, en cumplimiento a la pregunta n° 23 del Anexo n° 1 de la Directiva del SCI.
- 6.2 Así mismo se recomienda tomar acciones respecto a las problemáticas que afectan la implementación de las Medidas de Remediación y Control formuladas en el "Primer Reporte de Seguimiento al Plan de Acción Anual"

Es todo cuanto tengo que informar a Usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

Econ. José Gerardo Riofrío Castillo
JEFE OFICINA PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

430020161
Cc.
4300201661
JGRC/ecdr

REPORTE DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

PERIODO SEMESTRAL
3543 - HOSPITAL II - 2 SULLANA
PIURA - SULLANA - SULLANA
AÑO 2023

N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
1	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	1.- ¿LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA?	NO
2	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	2.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD HA APROBADO Y DISPUESTO LA DIFUSIÓN DE LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE CONDUCTA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, QUE REGULE LA CONDUCTA DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES?	SÍ
3	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	3.- ¿CUENTA CON UNA NORMA QUE REGULE EL PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR Y ATENDER DENUNCIAS CONTRA SUS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE VULNEREN LOS VALORES ÉTICOS, NORMAS DE CONDUCTA O AFECTEN LA INTEGRIDAD PÚBLICA?	SÍ
4	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	4.- ¿LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA (ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO, APOYO Y LÍNEA) QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO?	SÍ
5	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	5.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA DESIGNADO A UNO O MÁS FUNCIONARIOS O SERVIDORES PARA QUE, EN ADICIÓN A SUS FUNCIONES, TENGA A SU CARGO BRINDAR CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI; ASÍ COMO EFECTUAR EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE SE EJECUTAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CITADO SISTEMA?	SÍ
6	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	6.- ¿CUENTA CON LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, FLUJOGRAMAS O DOCUMENTOS QUE HAGA SUS VECES APROBADOS, QUE REGULEN EL PROCESO QUE DEBE EJECUTARSE PARA EL DESARROLLO DE CADA PRODUCTO QUE BRINDA?	SÍ
7	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	7.- ¿CUENTA CON REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES, MANUAL DE OPERACIONES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES ACTUALIZADO Y APROBADO CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE, SEGÚN CORRESPONDA, QUE PERMITA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE TODOS LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS?	SÍ
8	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	8.- ¿HA INCLUIDO EN SUS DOCUMENTOS DE GESTIÓN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO (PEI, POI O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES) LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO QUE PERMITA EFECTUAR EL SEGUIMIENTO AL LOGRO DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DE LOS PRODUCTOS QUE BRINDA?	SÍ
9	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	9.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO APLICA
10	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	10.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL? (**)	NO

Código de entregable N°: 77053



Página 1 de 7



Fecha de aprobación: 24/07/2023 04:19 PM

N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
11	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	11.- ¿HA INICIADO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO CONTRA LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE?	NO APLICA
12	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	12.- ¿LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS, Y DE BIENES Y RENTAS, DIERON CUMPLIMIENTO A SU PRESENTACIÓN DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVA APLICABLE?	PARCIALMENTE
13	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	13.- ¿LA MÁXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ENTIDAD REGISTRÓ A LOS SUJETOS OBLIGADOS DE LA ENTIDAD A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES (DJI) EN EL SISTEMA DE DECLARACIONES JURADAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES (SIDJI)?	SÍ
14	CULTURA ORGANIZACIONAL	1.- AMBIENTE DE CONTROL	14.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES HA EJECUTADO EL PROCESO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE? (*)	NO
15	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	15.- ¿EL TITULAR O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA DISPUESTO LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PERMITAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS CON BASE A LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO? (*)	NO
16	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	16.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD HA PRESENTADO Y PUBLICADO EL INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE TITULAR, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SÍ
17	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	17.- ¿EL GOBERNADOR REGIONAL O EL ALCALDE HA INFORMADO AL CONSEJO REGIONAL O CONSEJO MUNICIPAL, SEGÚN CORRESPONDA, LA INFORMACIÓN SOBRE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL?	NO APLICA
18	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	18.- ¿HA REGISTRADO TODAS LAS OBRAS PÚBLICAS QUE SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE EJECUCIÓN, EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INFOBRAS?	NO APLICA
19	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	19.- ¿HA REGISTRADO EL AVANCE FÍSICO MENSUAL DE LAS OBRAS PÚBLICAS QUE SE ENCUENTRAN EN EJECUCIÓN, EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INFOBRAS?	NO APLICA
20	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	20.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES HA REVISADO MENSUALMENTE EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSSC) PARA VERIFICAR SI ALGUNO DE SUS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL MISMO?	SÍ
21	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	21.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO O LA QUE HAGA SUS VECES HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN PROVEEDOR DE BIENES, SERVICIOS U OBRAS, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO?	SÍ
22	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	22.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN FUNCIONARIO O SERVIDOR PÚBLICO, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO?	NO
23	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	23.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA DIFUNDIDO TRIMESTRALMENTE A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD, A TRAVÉS DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN CON LOS QUE CUENTA, LOS AVANCES Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD?	SÍ



N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
24	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	24.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA COMUNICADO A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS DE LA ENTIDAD, LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL - SECCIONES MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y MEDIDAS DE CONTROL DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU APROBACIÓN PARA QUE INICIEN CON SU IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS?	SÍ
25	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	25.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO
26	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	26.- ¿CUENTA CON UN SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN DOCUMENTARIA QUE PERMITA EFECTUAR LA DISTRIBUCIÓN, DETERMINAR LA UBICACIÓN FÍSICA Y HACER EL SEGUIMIENTO DE LOS DOCUMENTOS? (*)	SÍ
27	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	27.- ¿EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR O EL QUE HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA MANTENER ACTUALIZADO EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR - PTE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE? (*)	PARCIALMENTE
28	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	28.- ¿EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO
29	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	29.- ¿LOS CONSEJEROS REGIONALES / REGIDORES MUNICIPALES HAN REGISTRADO LA INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN A LA GESTIÓN REGIONAL O MUNICIPAL, SEGÚN CORRESPONDA, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE BALANCE SEMESTRAL, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO APLICA
30	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	30.- ¿HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE SERVIDORES QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS - SIREC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SÍ
31	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	31.- ¿HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA A LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA SUSCRITOS EN EL PERIODO EVALUADO, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE CONTRATOS DE CONSULTORÍA DEL ESTADO - SIRICC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO
32	CULTURA ORGANIZACIONAL	4.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	32.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE? (*)	SÍ
33	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	33.- ¿HA FORMULADO EL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL APERTURA CONSIDERANDO LAS ACTIVIDADES PRIORIZADAS DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI) Y LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN CONTENIDOS EN EL PLAN ANUAL DE CONTRATACIONES (PAC) O DOCUMENTOS QUE HAGAN SUS VECES?	NO
34	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	34.- ¿EL PRESUPUESTO EJECUTADO EN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE CADA PRODUCTO, DENTRO DEL PERIODO EVALUADO HA PERMITIDO CUMPLIR LOS OBJETIVOS Y METAS ESTABLECIDAS PARA LOS MISMOS? (**)	NO
35	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	35.- ¿HA PRESENTADO LA INFORMACIÓN FINANCIERA, PRESUPUESTARIA Y ECONÓMICA PARA LA ELABORACIÓN DE LA CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SÍ
36	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	36.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD HA EVIDENCIADO SU PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE SERÁN PRIORIZADOS O REEVALUADOS, SOBRE LOS QUE SE EFECTUARÁ LA GESTIÓN DE RIESGOS?	SÍ



N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
37	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	37.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA REGISTRADO TODOS LOS PRODUCTOS QUE BRINDA LA ENTIDAD, ASÍ COMO LA ESTIMACIÓN DEL PRESUPUESTO PARA SU DESARROLLO Y ENTREGA, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SCI?	SI
38	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	38.- ¿LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS, ASÍ COMO EN LA DETERMINACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL HAN RECIBIDO, COMO MÍNIMO, UNA CAPACITACIÓN SOBRE GESTIÓN DE RIESGOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA PRESENTAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL?	SI
39	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	39.- ¿HA DOCUMENTADO LA REEVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR DICHOS PRODUCTOS?	SI
40	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	40.- DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO ¿SE HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DESEMPEÑO (QUE COMPRENDE RIESGOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, FINANCIEROS, CUMPLIMIENTO, TECNOLÓGICOS U OTROS TIPOS DE RIESGOS) QUE PUDIERAN AFECTAR LAS CONDICIONES Y ATRIBUTOS (OPORTUNIDAD, COBERTURA, CALIDAD, CONTINUIDAD DEL SERVICIO, PERSONAL CALIFICADO U OTRAS CONDICIONES O ATRIBUTOS) CON LOS QUE SE DEBEN BRINDAR LOS PRODUCTOS?	SI
41	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	41.- DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO ¿SE HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE?	SI
42	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	42.- ¿EL FUNCIONARIO A CARGO DE LAS OBRAS PÚBLICAS EN LA ENTIDAD HA DOCUMENTADO LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CONTENIDAS EN EL PLAN DE RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS OBRAS PÚBLICAS, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO APLICA
43	GESTIÓN DE RIESGOS	2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS	43.- ¿EL FUNCIONARIO A CARGO DE LAS OBRAS PÚBLICAS EN LA ENTIDAD HA OTORGADO LA CONFORMIDAD A LOS INFORMES MENSUALES SOBRE LA EJECUCIÓN DE LA OBRA PÚBLICA (INCLUYENDO LA COPIA DEL CUADERNO DE OBRA) PRESENTADOS POR EL RESIDENTE, INSPECTOR O SUPERVISOR DE OBRA O QUIEN HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO APLICA
44	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	44.- EN LA GESTIÓN DE RIESGOS (IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL) DEL PRESENTE AÑO ¿SE HA DOCUMENTADO LA PARTICIPACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES CON CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DE LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DEL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS O REEVALUADOS?	SI
45	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	45.- ¿HA DOCUMENTADO EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL CORRESPONDIENTE A LA GESTIÓN DE RIESGOS EFECTUADA EL PRESENTE AÑO?	SI
46	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	46.- ¿EL ÓRGANO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN EN EL MARCO DE LAS NORMAS QUE REGULAN LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO HA REALIZADO LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO, DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SI



N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
47	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	47.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA VERIFICA QUE SE REMITA EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL INICIO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SI
48	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	48.- ¿EL FUNCIONARIO PÚBLICO RESPONSABLE DEL MONITOREO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SI
49	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	49.- ¿HA IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE?	SI
50	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	50.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA HABER CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE?	SI
51	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	51.- ¿HA CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO, DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE?	SI
52	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	52.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD HA APROBADO Y GARANTIZADO LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES QUE GARANTICE EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD ANTE UN DESASTRE O CUALQUIER EVENTO QUE INTERRUMPA PROLONGADAMENTE SUS OPERACIONES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	SI
53	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	53.- ¿LA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN O LA QUE HAGA SUS VECES HA REALIZADO EL INVENTARIO DE LOS BIENES MUEBLES PATRIMONIALES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE?	NO
54	GESTIÓN DE RIESGOS	3.- ACTIVIDADES DE CONTROL	54.- ¿ASEGURA LOS RECURSOS NECESARIOS PARA QUE LAS OBRAS EN EJECUCIÓN SE CULMINEN CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN?	NO APLICA
55	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	55.- ¿SE HA REGISTRADO EN EL REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL, 2 PROBLEMÁTICAS QUE AFECTEN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL POR CADA PRODUCTO PRIORIZADO Y SUS CORRESPONDIENTES RECOMENDACIONES DE MEJORA QUE PERMITAN LA IMPLEMENTACIÓN EFICAZ Y EFICIENTE DE LAS MEDIDAS DE CONTROL?	NO
56	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	56.- ¿SE HA REGISTRADO EN EL REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL, LA O LAS PROBLEMÁTICAS QUE PUDIERAN AFECTAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y SUS RESPECTIVAS RECOMENDACIONES DE MEJORA QUE PERMITAN LA IMPLEMENTACIÓN EFICAZ Y EFICIENTE DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN?	NO
57	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	57.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI HA DOCUMENTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN LOS REPORTES DE "SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL"?	NO



N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	RESPUESTA
58	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	58.- ¿EL TITULAR DE LA ENTIDAD O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI PRESENTÓ ANTE LA CONTRALORÍA, LOS ENTREGABLES QUE EVIDENCIAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, A TRAVÉS DEL APLICATIVO INFORMÁTICO, EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVA APLICABLE?	SÍ
59	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	59.- ¿HA IMPLEMENTADO COMO MÍNIMO, EL 90% DEL NÚMERO DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL?	NO
60	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	60.- ¿EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD HA SOLICITADO MENSUALMENTE A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL EN LA ENTIDAD, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MISMAS?	SÍ
61	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	61.- ¿LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI?	NO
62	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	62.- ¿LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO? (**)	NO
63	SUPERVISIÓN	5.- SUPERVISIÓN	63.- ¿LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD? (**)	NO
PUNTAJE TOTAL				70

GRADO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	64.81
--	--------------



Nota 1: PARA TODAS LAS PREGUNTAS CONTESTADAS CON LA RESPUESTA SI (PERIODO 2020) / NO / PARCIALMENTE, RECUERDE QUE SU ENTIDAD DEBERÁ CONCLUIR O IMPLEMENTAR MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y ESTAS DEBERÁN SER REALIZADAS DENTRO DEL PERIODO 2021, CON LA FINALIDAD DE EVITAR OBTENER UN MENOR GRADO DE MADUREZ EN EL REPORTE DE EVALUACIÓN ANUAL A SER REALIZADO EN ENERO DE 2022.

Nota 2: EL PORCENTAJE DEL GRADO DE MADUREZ GENERADO EN EL REPORTE DE EVALUACIÓN SEMESTRAL, SERVIRÁ DE REFERENCIA PARA QUE LA ENTIDAD PUEDA CONOCER EL AVANCE EN QUE SE ENCUENTRA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

**GOBIERNO REGIONAL PIURA**
HOSPITAL DE APOYO N-2 SULLANA


Mg. Maria Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA (e)
CMF 29749 RNE. 22014

Titular de la Entidad

Cargo: DIRECTOR EJECUTIVO

**Nombre y Apellidos: MARIA EUGENIA GALLOSA
PALACIOS**

DNI: 03594845

**GOBIERNO REGIONAL PIURA**
HOSPITAL DE APOYO N-2 SULLANA


ECON. José Gerardo Riofrio Castillo
JEFE OFICINA PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

**V°B° del Funcionario a Cargo de la UO responsable de
implementar el SCI**

Cargo: SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

**Nombre y Apellidos: JOSE GERARDO RIOFRIO
CASTILLO**

DNI: 02607897

REPORTE DE ENTREGABLE
PRIMER REPORTE DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN (SEMESTRAL)

3543 - HOSPITAL II - 2 SULLANA

PIURA - SULLANA - SULLANA

AÑO 2023

1. SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL FUNCIONARIO PÚBLICO RESPONSABLE DEL MONITOREO NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL DE ACUERDO AL PLAN DE ACCIÓN ESTABLECIDO	ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS	29/03/2023	14/04/2023	OFICIO	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL FUNCIONARIO PÚBLICO RESPONSABLE DEL MONITOREO NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	REVISAR, CONSOLIDAR Y REMITIR AL ÓRGANO DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIE EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS SERVICIOS DE CONTROL.	FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL MONITOREO	04/04/2023	04/04/2023	OFICIO DE COMUNICACIÓN	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL FUNCIONARIO PÚBLICO RESPONSABLE DEL MONITOREO NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SOLICITAR A LAS ÁREAS INVOLUCRADAS LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIE EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS SERVICIOS DE CONTROL.	RESPONSABLE DEL MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES	31/03/2023	31/03/2023	MEMORANDUM	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR O EL QUE HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA MANTENER ACTUALIZADO EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR - PTE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	EJECUTAR LAS ACCIONES PARA MANTENER ACTUALIZADO EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR - PTE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	14/04/2023	06/06/2023	INFORME, CAPTURAS DE PANTALLA	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR O EL QUE HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA MANTENER ACTUALIZADO EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR - PTE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR QUE EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTANDAR -PTE, TENGA ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS RUBROS TEMÁTICOS SEGÚN CORRESPONDA A LA ENTIDAD	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	02/06/2023	REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL ÓRGANO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN EN EL MARCO DE LAS NORMAS QUE REGULAN LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO NO HA REALIZADO LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO, DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO, DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN SEGÚN NORMATIVA APLICABLE	UNIDAD DE LOGÍSTICA	14/04/2023	27/06/2023	INFORME	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL ÓRGANO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN EN EL MARCO DE LAS NORMAS QUE REGULAN LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO NO HA REALIZADO LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO, DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	VERIFICAR SI EL ÓRGANO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN VIENE CONSOLIDANDO EN UN INFORME FINAL LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN POSTERIOR DESARROLLADAS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	02/06/2023	27/06/2023	REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN	EN PROCESO	
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HA SOLICITADO MENSUALMENTE A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL EN LA ENTIDAD, EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MISMAS.	SOLICITAR DE MANERA MENSUAL A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL EN LA ENTIDAD EL ESTADO DE EJECUCIÓN DE LAS MISMAS.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORANDO MULTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA COMUNICADO A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS DE LA ENTIDAD, LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL ¿ SECCIONES MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y MEDIDAS DE CONTROL DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU APROBACIÓN PARA QUE INICIEN CON SU IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS.	APROBAR Y ENVIAR A LA CGR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL (SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL), CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA DIRECTIVA.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	12/04/2023	26/04/2023	REPORTES DE ENTREGABLES	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA COMUNICADO A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS DE LA ENTIDAD, LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL ¿ SECCIONES MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y MEDIDAS DE CONTROL DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU APROBACIÓN PARA QUE INICIEN CON SU IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS.	COMUNICAR LA APROBACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL A LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	27/04/2023	MEMORANDO MÚLTIPLE	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DESIGNADO A UNO O MÁS FUNCIONARIOS O SERVIDORES PARA QUE, EN ADICIÓN A SUS FUNCIONES, TENGA A SU CARGO BRINDAR CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI; ASÍ COMO EFECTUAR EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE SE EJECUTAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CITADO SISTEMA.	MODIFICAR LA RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 449-2022/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, MEDIANTE LA CUAL SE DESIGNA EQUIPO CAPACITADOR SOBRE IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, DEBIENDO AÑADIR FUNCIONES DEL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE SE EJECUTAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	28/04/2023	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	IMPLEMENTADA	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DESIGNADO A UNO O MÁS FUNCIONARIOS O SERVIDORES PARA QUE, EN ADICIÓN A SUS FUNCIONES, TENGA A SU CARGO BRINDAR CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI; ASÍ COMO EFECTUAR EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE SE EJECUTAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CITADO SISTEMA.	VERIFICAR QUE LOS FUNCIONARIOS O SERVIDORES DESIGNADOS REALICEN LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA, Y DE EFECTUAR EL SEGUIMIENTO EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	18/05/2023	INFORME	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DIFUNDIDO TRIMESTRALMENTE A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD, A TRAVÉS DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN CON LOS QUE CUENTA, LOS AVANCES Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD.	DIFUNDIR TRIMESTRALMENTE A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EL DOCUMENTO ELABORADO A TRAVÉS DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN DISPONIBLES.	UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	14/04/2023	28/06/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE, CAPTURAS DE PANTALLA DE LA PAGINA WEB	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DIFUNDIDO TRIMESTRALMENTE A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD, A TRAVÉS DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN CON LOS QUE CUENTA, LOS AVANCES Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD.	ELABORAR UN DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS AVANCES Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	18/05/2023	INFORME	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA REGISTRADO TODOS LOS PRODUCTOS QUE BRINDA LA ENTIDAD, ASÍ COMO LA ESTIMACIÓN DEL PRESUPUESTO PARA SU DESARROLLO Y ENTREGA, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SCI.	REGISTRAR EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SCI, LA TOTALIDAD DE LOS PRODUCTOS QUE BRINDA LA ENTIDAD ASÍ COMO SU RESPECTIVO PRESUPUESTO	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	20/04/2023	20/04/2023	CONSTANCIA DE IDENTIFICACIÓN DE PRODUCTOS	IMPLEMENTADA	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN PROVEEDOR DE BIENES, SERVICIOS U OBRAS, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA LA VERIFICACIÓN ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN PROVEEDOR GANADOR DE LA BUENA PRO NO SE ENCUENTRE IMPEDIDO DE CONTRATAR CON EL ESTADO	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	05/06/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE ABASTECIMIENTO O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN PROVEEDOR DE BIENES, SERVICIOS U OBRAS, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.	VERIFICAR ANTES DE LA CONTRATACIÓN, QUE EL PROVEEDOR GANADOR D LA BUENA PRO NO SE ENCUENTRE IMPEDIDO DE CONTRATAR CON EL ESTADO	UNIDAD DE LOGÍSTICA	14/04/2023	27/06/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORAR UN PLAN DE DESARROLLO DE PERSONAS QUE INCLUYA LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENTIDAD O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	UNIDAD DE PERSONAL	01/03/2023	29/03/2023	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	IMPLEMENTADA	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SOLICITAR LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, PAR ALA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS.	UNIDAD DE PERSONAL	10/04/2023	10/04/2023	NOTA INFORMATIVA	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR QUE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE, SE HAYA REALIZADO DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES QUE CONLLEVEN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	26/06/2023	INFORME	NO APLICABLE	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	PLANIFICAR LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA PARA LA EJECUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	26/06/2023	INFORME	NO APLICABLE	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA EFECTUAR LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL CICLO DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, COMO PARTE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	APROBAR LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTRA NORMATIVA INTERNA, QUE REGULE EL OTORGAMIENTO DE RECONOCIMIENTOS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES	DIRECCIÓN EJECUTIVA	14/04/2023	05/06/2023	RESOLUCIÓN DIRECTORAL		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	ELABORAR LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, ENTRE OTRA NORMATIVA INTERNA, QUE REGULE EL OTORGAMIENTO DE RECONOCIMIENTOS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES, RESPECTO AL CUMPLIMIENTO EN LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL DEL SCI.	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	26/05/2023	NOTA INFORMATIVA		IMPLEMENTADA



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES EN LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL ESTABLECIDOS EN LOS PLANES DE ACCIÓN ANUAL.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	18/05/2023	INFORME MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA OTORGADO RECONOCIMIENTO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	OTORGAR RECONOCIMIENTOS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONFORME A LAS CONDICIONES Y PLAZOS PROGRAMADOS, ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	14/04/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN FUNCIONARIO O SERVIDOR PÚBLICO, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.	ELABORAR UN REPORTE CONSOLIDADO QUE INDIQUE LOS RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LOS POSTULANTES, RESPECTO AL PROCESO DE SELECCIÓN QUE CORRESPONDA.	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	14/04/2023	MEMORANDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECES NO HA VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN FUNCIONARIO O SERVIDOR PÚBLICO, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ELABORACIÓN DEL REPORTE CONSOLIDADO QUE INDIQUE LOS RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LOS POSTULANTES, RESPECTO AL PROCESO DE SELECCIÓN QUE CORRESPONDA.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECESNO HA EJECUTADO EL PROCESO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS JORNADAS DE INDUCCIÓN AL PERSONAL EN LA OPORTUNIDAD CORRESPONDIENTES	UNIDAD DE PERSONAL	14/04/2023	02/06/2023	INFORME	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECESNO HA EJECUTADO EL PROCESO DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	VERIFICAR QUE SE HA CUMPLIDO CON LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA HABER CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE.	CORREGIR LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTÁNEO, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE	ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA SUBSANACIÓN DE LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS	03/03/2023	05/05/2023	OFICIOS	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO REMITE AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA HABER CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE.	VERIFICAR LA INFORMACIÓN REMITIDA A FIN DE IDENTIFICAR EL ESTADO DE LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO Y REMITIRLOS AL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL LA DOCUMENTACIÓN QUE EVIDENCIA HABER CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	03/03/2023	05/05/2023	OFICIOS	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ADECUAR UN AMBIENTE PARA LA CONSERVACIÓN DE DOCUMENTACIÓN FÍSICA.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	27/06/2023	MEMORANDUM	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	EJECUTAR ACTIVIDADES DE ACUERDO AL PLAN RELACIONADO A PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLES DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORAR UN PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVISTICO - ARCHIVO INSTITUCIONAL QUE CONTENGA LAS ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y DIGITALES.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR QUE SE HAYA REALIZADO LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONSERVACIÓN Y PROTECCIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVÍSTICO - ARCHIVO INSTITUCIONAL	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DISPUESTO LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PERMITAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS CON BASE A LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO	EVALUAR Y DETERMINAR LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	14/04/2023	SE NOTIFICO EL PLAN DE ACCIÓN PARA LA TOMA DE ACCIONES	EN PROCESO	
CULTURA ORGANIZACION AL	EL TITULAR O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DISPUESTO LA EJECUCIÓN DE ACCIONES QUE PERMITAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS CON BASE A LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO	VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DISPUESTAS QUE PERMITAN MEJORAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	SOLICITAR A LA OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL, EL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL EMITIDOS EN EL PRESENTE PERIODO, INCLUYENDO LAS RECOMENDACIONES DE PERÍODOS ANTERIORES QUE A LA FECHA AÚN NO HAN SIDO IMPLEMENTADAS.	FUNCIÓNARIO RESPONSABLE DEL MONITOREO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	VERIFICAR LA INFORMACIÓN REMITIDA A FIN DE IDENTIFICAR EL ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS SERVICIOS DE CONTROL, CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR EL ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO Y ESTABLECER LAS ACCIONES NECESARIAS A FIN DE IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES EN EL PRÓXIMO PERIODO	DIRECCIÓN EJECUTIVA	29/03/2023	14/04/2023	OFICIOS		EN PROCESO
SUPERVISIÓN	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO COMO MÍNIMO, EL 90% DEL NÚMERO DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	REALIZAR EL ANÁLISIS RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL PARA CONOCER SI SE HA IMPLEMENTADO COMO MÍNIMO EL 90% DE ESTAS MEDIDAS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		EN PROCESO



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO, DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE.	SOLICITAR A LA OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL EL ESTADO DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DERIVADAS DE LOS INFORMES DE SERVICIO DE CONTROL SIMULTANEO EMITIDOS EN EL PRESENTE PERIODO, INCLUYENDO LAS SITUACIONES ADVERSAS DE PERÍODOS ANTERIORES	DIRECCIÓN EJECUTIVA.	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO, DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE.	VERIFICAR LA INFORMACIÓN CONSOLIDADA QUE EVIDENCIE LA CORRECCIÓN DE LAS SITUACIONES ADVERSAS IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS SERVICIOS DE CONTROL, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR EL ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO Y ESTABLECER LAS ACCIONES NECESARIAS A FIN DE IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES EN EL PRÓXIMO PERIODO	DIRECCIÓN EJECUTIVA	03/03/2023	05/05/2023	OFICIOS	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA DOCUMENTADO LA REVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR DICHS PRODUCTOS.	REALIZAR LA REVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR DICHS PRODUCTOS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	07/03/2023	07/03/2023	ACTA		IMPLEMENTADA
GESTIÓN DE RIESGOS	LA ENTIDAD NO HA DOCUMENTADO LA REVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR DICHS PRODUCTOS.	VERIFICAR QUE SE HAYA REALIZADO LA REVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	14/04/2023	18/05/2023	INFORME		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACIONAL	LA ENTIDAD NO HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE SERVIDORES QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS - SIREC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	REALIZAR EL REGISTRO EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE LA INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	20/01/2023	27/06/2023	INFORME		IMPLEMENTADA



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	LA ENTIDAD NO HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE SERVIDORES QUE ADMINISTREN O MANEJEN FONDOS PÚBLICOS - SIREC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR QUE SE HAYA REALIZADO EL REGISTRO EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DE LA INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	LA MÁXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ENTIDAD NO REGISTRÓ A LOS SUJETOS OBLIGADOS DE LA ENTIDAD A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES (DJI) EN EL SISTEMA DE DECLARACIONES JURADAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES (SIDJI)	PRESENTAR OPORTUNAMENTE LA DECLARACIÓN JURADA PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS	FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES PÚBLICOS	06/06/2023	27/06/2023	INFORME	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	LA MÁXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ENTIDAD NO REGISTRÓ A LOS SUJETOS OBLIGADOS DE LA ENTIDAD A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES (DJI) EN EL SISTEMA DE DECLARACIONES JURADAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES (SIDJI)	REGISTRAR Y COMUNICAR A LOS SUJETOS OBLIGADOS DE LA ENTIDAD A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES (DJI) EN EL SISTEMA DE DECLARACIONES JURADAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES (SIDJI)	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	14/06/2023	INFORME	IMPLEMENTADA	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	LA MÁXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ENTIDAD NO REGISTRÓ A LOS SUJETOS OBLIGADOS DE LA ENTIDAD A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES (DJI) EN EL SISTEMA DE DECLARACIONES JURADAS PARA LA GESTIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES (SIDJI)	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL PERSONAL EN EL LLENADO DE LAS DECLARACIONES JURADAS Y ASEGURAR LA CORRECTA REMISIÓN A LA CGR POR LOS MEDIOS QUE INDIQUE LA NORMATIVA CORRECTA	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACION AL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS, Y DE BIENES Y RENTAS, NO DIERON CUMPLIMIENTO A SU PRESENTACIÓN DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVA APLICABLE.	COMPLETAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE LAS DECLARACIONES JURADAS DE INGRESOS BIENES Y RENTAS	FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES QUE LES CORRESPONDE RENDIR DECLARACIÓN	14/04/2023	27/06/2023	INFORME		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACION AL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS, Y DE BIENES Y RENTAS, NO DIERON CUMPLIMIENTO A SU PRESENTACIÓN DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVA APLICABLE.	IDENTIFICAR Y COMUNICAR A LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES PÚBLICOS A LOS QUE CORRESPONDE PRESENTAR SU DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS BIENES Y RENTAS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	27/06/2023	INFORME		IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACION AL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS, Y DE BIENES Y RENTAS, NO DIERON CUMPLIMIENTO A SU PRESENTACIÓN DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVA APLICABLE.	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL PERSONAL EN LA PRESENTACIÓN DE LAS DECLARACIONES JURADAS DE INGRESOS BIENES Y RENTAS, Y ASEGURAR LA CORRECTA REMISIÓN A LA CGR POR LOS MEDIOS QUE INDIQUE LA NORMATIVA.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	14/04/2023	02/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		IMPLEMENTADA



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA.	INCLUIR EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS 2023, CAPACITACIONES SOBRE ÉTICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA PARA FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS EN LA ENTIDAD	UNIDAD DE PERSONAL-ÁREA DE CAPACITACIÓN	01/03/2023	29/03/2023	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACIONAL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA.	ORGANIZAR CAPACITACIONES SOBRE ÉTICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA PARA FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS EN LA ENTIDAD	UNIDAD DE PERSONAL -ÁREA DE CAPACITACIÓN	14/04/2023	02/06/2023	INFORME	EN PROCESO	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD.	ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DONDE SE DETERMINE QUE LA O LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS HAN PERMITIDO QUE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS ALCANCEN UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD	ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE CONTROL	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD.	SOLICITAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS UN ANÁLISIS DONDE SE DETERMINE QUE LA O LAS MEDIDA (S) DE CONTROL IMPLEMENTADAS HAN PERMITIDO QUE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS ALCANCEN UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD.	VERIFICAR QUE EL ANÁLISIS REMITIDO POR LAS UNIDADES ORGÁNICAS, SUSTENTE QUE HAN PERMITIDO QUE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS ALCANCEN UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO.	ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DONDE SE DETERMINE QUE LA O LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS HAN PERMITIDO SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO	ORGANO (S) O UNIDAD (ES) ORGÁNICA (S)	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO.	SOLICITAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS UN ANÁLISIS DONDE SE DETERMINE QUE LA O LAS MEDIDA (S) DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS HAN PERMITIDO SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		EN PROCESO
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO.	VERIFICAR QUE EL ANÁLISIS REMITIDO POR LAS UNIDADES ORGÁNICAS, SUSTENTE QUE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS HAN PERMITIDO SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	14/04/2023	14/04/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		EN PROCESO
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL NO HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	REMITIR LA INFORMACIÓN QUE SUSTENTA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL ASIGNADAS A LA UNIDAD ORGÁNICA CORRESPONDIENTE	ÓRGANO (S) O UNIDAD(ES) ORGÁNICA (S) RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REM Y CONT	29/03/2023	14/04/2023	OFICIOS		EN PROCESO
SUPERVISIÓN	LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL NO HAN REPORTADO MENSUALMENTE LOS AVANCES DE LA EJECUCIÓN DE LAS MISMAS, AL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.	VERIFICAR QUE LA DOCUMENTACIÓN REMITIDA, SUSTENTE EL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	29/03/2023	14/04/2023	OFICIOS		EN PROCESO

2. SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

Código de entregable N°: 77050



Página 21 de 37



Fecha de aprobación: 26/07/2023 03:05 PM

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PODRÍA NO CONTAR CON LOS EQUIPOS NECESARIOS	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DEL EQUIPO REQUERIDO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3000686: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA URGENCIAS PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS O URGENCIAS	UNIDAD DE PERSONAL	17/04/2023	07/06/2023	NOTAS INFORMATIVAS	EN PROCESO	
3000686: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA URGENCIAS PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	MONITOREAR LA COORDINACIÓN A NIVEL DE HOSPITALIZACIÓN-CAMAS DISPONIBLES	JEFE DE EMERGENCIA	27/04/2023	04/05/2023	INFORME	EN PROCESO	
3000686: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA O URGENCIAS PODRÍA NO CONTAR CON LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS NECESARIOS	SUPERVISAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	08/06/2023	INFORMES Y NOTAS INFORMATIVAS	EN PROCESO	
3000686: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PODRÍA FACILITAR LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES, SIN CONSIDERA EL NIVEL DE PRIORIDAD SEGÚN EL DAÑO A SU SALUD Y TURNO DE ATENCIÓN	SUPERVISAR QUE LAS ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SEAN BRINDADAS SEGÚN EL NIVEL DE PRIORIDAD.	JEFE DE EMERGENCIA.	10/03/2023	12/06/2023	MEMORANDUM MULTIPLE. NOTA INFORMATIVA	IMPLEMENTADA	
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	EL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL PODRÍA DARSE NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	MONITOREAR EL SEGUIMIENTO INTENSIVO AL SISTEMA DE REFERENCIA	PROGRAMA DE SALUD MATERNO	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	EL ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL PODRÍA DARSE NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR LA ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO PARA PERSONAL ENCARGADO DE REFERENCIAS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	11/05/2023	NOTA INFORMATIVA		EN PROCESO
3033295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE OFICIOS		EN PROCESO
3033297: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO PODRÍA DEMORARSE	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR, PERSONAL MEDICO AL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.	UNIDAD DE PERSONAL	27/04/2023	23/06/2023	NOTA INFORMATIVA		EN PROCESO
3033297: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO PODRÍA NO CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS NECESARIOS	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MATERIAL DE BIOSEGURIDAD	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	10/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVAS		EN PROCESO
3033297: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO QUIRÚRGICO PODRÍA NO CONTAR CON LOS IMPLEMENTOS NECESARIOS	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE		EN PROCESO



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE APROPIADO Y DIFERENCIADO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	LA VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	VERIFICAR EL ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE REACTIVOS	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	15/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	EL AMBIENTE PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE APROPIADO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033306: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA, EN LA INCORPORACIÓN DE UN ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	UNIDAD DE PERSONAL	16/03/2023	16/03/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033306: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA.	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	12/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3033306: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES	EL AMBIENTE PARA LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO SER ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	OFICIO MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	EL TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR LA PROVISIÓN DE INSTRUMENTO QUIRÚRGICO PARA OPERACIONES EN PACIENTES CON CATARATAS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033172: ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	LAS GESTANTES PODRÍAN NO COMPLETAR SUS CONTROLES PRENATALES	MONITOREAR EL ADECUADO REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZA EN LA ATENCIÓN PRENATAL	PROGRAMA SALUD MATERNO	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES PODRÍA DEMORARSE	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR, PERSONAL MEDICO AL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.	UNIDAD DE PERSONAL	27/04/2023	23/06/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES PODRÍA DEMORARSE	MONITOREAR LA ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA ATENDER CASOS DE GESTANTES CON COMPLICACIONES	PROGRAMA 002	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES PODRÍA DEMORARSE	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS MEDICOS.	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
						OFICIOS		
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS.	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	28/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
						NOTA INFORMATIVA		



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA EL ABASTECIMIENTO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA ACTIVIDAD DE PIE DIABETICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR LA ADQUISICIÓN DEL EQUIPOS MÉDICO PARA EL ÁREA DE ENDOCRINOLOGÍA	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	16/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	EL AMBIENTE PARA LA ATENCIÓN AL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES PODRÍA NO SER ADECUADO	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE APROPIADO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	22/03/2023	28/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVA TOMAS FOTOGRÁFICAS	IMPLEMENTADA	
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	EL ESPACIO PARA ATENDER A LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PODRÍA NO ENCONTRARSE AMBIENTADO PARA TAL FIN	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL AMBIENTE DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS.	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033299: ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE OFICIOS	EN PROCESO	
3033300: ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	LA ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA NO SER OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR, PERSONAL MEDICO AL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.	UNIDAD DE PERSONAL	27/04/2023	23/06/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3033300: ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	LA ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA NO SER OPORTUNA	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033300: ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	LA ATENCIÓN OBSTETRICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA ESTAR SATURADO	VERIFICAR LA ADQUISICIÓN DE CAMAS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033296: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO PODRÍA DEMORARSE	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR, PERSONAL MEDICO AL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.	UNIDAD DE PERSONAL	23/06/2023	23/06/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3033296: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO PODRÍA DEMORARSE	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS.	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	05/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033296: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	LA ATENCIÓN AL PARTO COMPLICADO NO QUIRÚRGICO PODRÍA NO CONTAR CON EL AMBIENTE ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	OFICIOS MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033307: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA COBERTURAR LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON UN ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	UNIDAD DE PERSONAL	23/06/2023	23/06/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3033307: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	08/06/2023	NOTA INFORMATIVA MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3033307: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PODRÍA NO CONTAR CON LOS INSUMOS MÉDICOS NECESARIOS	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS.	SERVICIO DE FARMACIA	24/01/2023	08/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENCIÓN ARTERIAL PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA LA INCORPORACIÓN DE UN ESPECIALISTA MÉDICO EN CARDIOLOGÍA	UNIDAD DE PERSONAL	27/04/2023	28/06/2023	NOTA INFORMATIVA MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	IMPLEMENTADA	
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENCIÓN ARTERIAL PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	SERVICIO DE FARMACIA	27/04/2023	28/06/2023	NOTA INFORMATIVA MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	



PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
		MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENCIÓN ARTERIAL PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	SUPERVISAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	20/04/2023	05/06/2023	NOTA INFORMATIVA MEMORÁNDUM MÚLTIPLE	EN PROCESO	
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	EL AMBIENTE PARA BRINDAR TRATAMIENTOS Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PODRÍA NO SER EL ADECUADO	SUPERVISAR EL PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE APROPIADO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	22/03/2023	28/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE TOMAS FOTOGRÁFICAS NOTA INFORMATIVA	IMPLEMENTADA	
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO NORMAL PODRÍA NO DARSE DE MANERA OPORTUNA	EVALUAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA, EN LA INCORPORACIÓN DE UN ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	UNIDAD DE PERSONAL	16/03/2023	16/03/2023	NOTA INFORMATIVA	EN PROCESO	
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	EL AMBIENTE PARA LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES PODRÍA NO SER ADECUADO	VERIFICAR LA CULMINACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA OBRA EN EL MARCO DEL EXPEDIENTE TÉCNICO ¿RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA¿ REFERENTE A CENTRO OBSTETRICO	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN	27/04/2023	19/06/2023	MEMORÁNDUM MÚLTIPLE OFICIOS	EN PROCESO	

3. PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (EN GENERAL)

PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
FALTA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PDP, YA QUE ESTA ESTÁ SUPEDITADA A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO RDR.	QUE SE REALICEN LAS COORDINACIONES PERTINENTES PARA LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PDP

Código de entregable N°: 77050



Página 31 de 37



Fecha de aprobación: 26/07/2023 03:05 PM

LIMITACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES E INDUCCIONES VIRTUALES, Y ESPACIO FÍSICO PARA LAS PRESENCIALES.	SOLICITAR A LA ADMINISTRACIÓN LA ADQUISICIÓN DE CÁMARA WEB, MICRÓFONO, Y LA ADQUISICIÓN DE PLATAFORMAS DIGITALES, A SI COMO LA HABILITACIÓN DEL AUDITORIO DE LA INSTITUCIÓN.
NO SE CUENTA CON UN AMBIENTE NI ESPACIO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ARCHIVO FÍSICO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA ENTIDAD.	QUE SE APROVISIONE DE UN AMBIENTE PARA EL ARCHIVO FÍSICO DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA ENTIDAD Y PROCEDER CON LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRABAJO ARCHIVISTICO
FALTA DE ATENCIÓN Y RESPUESTA OPORTUNA DE ALGUNAS UNIDADES ORGÁNICAS RESPECTO A SUS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL	IDENTIFICAR A LAS UNIDADES ORGÁNICAS QUE SE RETRASAN CON LA ENTREGA DE INFORMACIÓN Y EXHORTAR AL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE DICHAS MEDIDAS
FALTA DE ASISTENCIA TÉCNICA POR PARTE DEL PLIEGO RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RENDIMIENTO EN LO QUE ATAÑE A LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.	SOLICITAL AL PLIEGO LA ASISTENCIA TÉCNICA O LAS DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

4. PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (POR PRODUCTO)

PRODUCTOS PRIORIZADOS	PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	FALTA DE UN AMBIENTE APROPIADO PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	REALIZAR LAS COORDINACIONES PARA LA ADECUACIÓN DE UN AMBIENTE PARA DICHO FIN
	LIMITACIÓN EN LA COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA.	QUE LOS ENCARGADOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DEDIQUEN UN TIEMPO EN MEDIO DE SU RECARGADA LABOR PARA COORDINACIONES RESPECTO A LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.
3000686: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	BRECHA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS PARA EMERGENCIA UCI-UCIN	ATENCIÓN A LOS REQUERIMIENTOS DE CONTRATACIÓN DE MÉDICOS
	COORDINACIÓN INEFICIENTE CON ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN PARA TRASLADO DE PACIENTES POR FALTA DE DISPOSICIÓN DE CASMAS	COORDINACIÓN DE JEFATURA DE EMERGENCIA PARA MEJORAR EL FLUJO DE TRASLADO DE PACIENTES A HOSPITALIZACIÓN.
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	EL AMBIENTE PARA REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS NO ESTA CERCA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA LO QUE DIFICULTA LA COORDINACIÓN	CONCIDERAR LA REUBICACIÓN DEL AMBIENTE DE REFERENCIAS CERCA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.
	LA FALTA DE EQUIPO MOVIL (CELULAR), PARA LA ATENCIÓN DE LAS REFERENCIAS	ATENCIÓN AL REQUERIMIENTO DE EQUIPO MÓVIL (CELULAR)
3033295: ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
3033297: ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NO SE DISPONE DE UN AMBIENTE PROPIO PARA BRINDAR EL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	QUE SE ASIGNE UN AMBIENTE PROPIO Y ADECUADO PARA BRINDAR EL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
	LIMITACIÓN EN LA COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA SALUD MATERNO	QUE LOS ENCARGADOS DEL PROGRAMA SALUD MATERNO SE DEN UN TIEMPO EN MEDIO DE SU RECARGADA LABOR PARA REALIZAR LAS COORDINACIONES CORRESPONDIENTES.



3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS	QUE SE APLIQUE LA SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.
	INADECUADO REGISTRO EN LA CAPTACIÓN DE ATENCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS	QUE SE ASIGNE MAS PERSONAL PARA EL CORRECTO SEGUIMIENTO.
3033306: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	RETRASO EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	FALTA DE ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.	ATENCIÓN OPORTUNA EN LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	INADECUADO REGISTRO EN LA CAPTACIÓN DE ATENCIONES	QUE SE ASIGNE PERSONAL PARA EL CORRECTO SEGUIMIENTO EN EL REGISTRO
3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA	FALTA DE ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.	ATENCIÓN OPORTUNA EN LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.
	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	FALTA DE UN AMBIENTE PROPIO PARA LA ATENCIÓN AL SERVICIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	QUE SE ASIGNE UN AMBIENTE PROPIO PARA LA ATENCIÓN AL SERVICIO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
	LIMITACIÓN EN LA COORDINACIÓN CON EL PROGRAMA.	QUE LOS ENCARGADOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DEDIQUEN UN TIEMPO EN MEDIO DE SU RECARGADA LABOR PARA COORDINACIONES RESPECTO A LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.
3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.
	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
3033296: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS.



	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
3033307: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	FALTA DE ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.	ATENCIÓN OPORTUNA EN LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.
	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	LA PRESENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS POR BROTES EPIDEMIOLOGICOS.	REALIZAR EL SEGUIMIENTO EXHAUSTIVO A LOS PACIENTES
	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	DEMORA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS
	FALTA DE ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.	ATENCIÓN OPORTUNA EN LA EJECUCIÓN DE GARANTÍAS EN FALLA DE EQUIPOS DESPUÉS DE SU USO.

5. CUADROS RESUMEN DEL REPORTE DE SEGUIMIENTO

MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

Eje	Pendiente	En Proceso	Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
CULTURA ORGANIZACIONAL	0	20	18	2	0	40
GESTIÓN DE RIESGOS	0	11	3	0	0	14
SUPERVISIÓN	0	10	0	0	0	10

MEDIDAS DE CONTROL

Productos	Pendiente	En Proceso	Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
-----------	-----------	------------	--------------	--------------	-------------	-------



3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	0	2	2	0	0	4
3033306: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	0	3	0	0	0	3
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	0	2	0	0	0	2
3000686: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	0	3	1	0	0	4
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	0	1	0	0	0	1
3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA	0	1	0	0	0	1
3033307: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	0	3	0	0	0	3
3033296: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	0	3	0	0	0	3
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	0	4	0	0	0	4
3033295: ATENCION DEL PARTO NORMAL	0	1	0	0	0	1
3033297: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	0	3	0	0	0	3
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	0	1	0	0	0	1
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	0	3	1	0	0	4



3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	0	2	0	0	0	2
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	0	2	0	0	0	2
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	0	1	0	0	0	1
3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	0	3	0	0	0	3
3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	0	2	0	0	0	2
3000005: ADOLESCENTES ACCEDE A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	0	1	0	0	0	1

PROBLEMÁTICA Y RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI (POR PRODUCTO)

Producto	Problemática	Recomendaciones de Mejora
3000016: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	2	2
3033306: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES	2	2
3033304: ACCESO AL SISTEMA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	2	2
3000686: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	2	2
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	2	2
3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA	2	2
3033307: ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES QUE REQUIERE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	2	2
3033296: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	2	2
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	2	2
3033295: ATENCION DEL PARTO NORMAL	2	2

Código de entregable N°: 77050



Página 36 de 37



Fecha de aprobación: 26/07/2023 03:05 PM

3033297: ATENCION DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	2	2
3033292: POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	2	2
3000017: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	2	2
3033299: ATENCION DEL PUERPERIO CON COMPLICACIONES	2	2
3033305: ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL	2	2
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	2	2
3033300: ATENCION OBSTETRICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2	2
3000015: VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	2	2
3000005: ADOLESCENTES ACEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	2	2


 G.O. María Eugenia Gallosa Palacios
 DIRECTORA EJECUTIVA (e)
 CMP 29749 RNE. 22014

Firma del Titular de la Entidad

Cargo: DIRECTOR EJECUTIVO

Nombre y Apellidos: MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS

DNI: 03594845


 Excmo. José Gerardo Riofrío Castillo
 JEFE OFICINA PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

V°B° del Funcionario a Cargo de la UO responsable de implementar el SCI

Cargo: SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

Nombre y Apellidos: JOSE GERARDO RIOFRIO CASTILLO

DNI: 02607897