



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

DIRECTIVA N° 001-2026-MINSA-PRONIS

DIRECTIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) EN EL PROGRAMA NACIONAL DE INVERSIONES EN SALUD (PRONIS)

1.	OBJETIVO	3
2.	FINALIDAD	3
3.	BASE LEGAL	3
4.	ALCANCE	3
5.	ABREVIATURAS	3
6.	DEFINICIONES	4
7.	REFERENCIAS NORMATIVAS	6
8.	DISPOSICIONES GENERALES	6
8.1.	Sobre la implementación del Sistema de Control Interno en el PRONIS	6
8.2.	Clasificación de entidades para la implementación del Sistema de Control Interno	7
9.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	8
9.1.	Implementación del Eje Cultura Organizacional	8
9.1.1.	Paso 1: Diagnóstico de la Cultura Organizacional	8
9.1.2.	Paso 2: Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación	8
9.2.	Implementación del Eje Gestión de Riesgos	9
9.2.1.	Paso 1: Priorización de Productos	10
9.2.2.	Paso 2: Evaluación de Riesgos	11
9.2.3.	Paso 3: Plan de Acción – Sección Medidas de Control	12
9.3.	Implementación del Eje Supervisión	13
9.3.1.	Paso 1: Seguimiento de la Ejecución del Plan de Acción Anual	14
9.3.1.	Paso 2: Evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno	16
10.	RESPONSABILIDADES	17
11.	DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	19
11.1.	Capacitaciones en el marco del SCI	19
11.2.	Comunicación a la Secretaría Técnica (STPAD) del PRONIS	19
11.3.	Cambios en la acreditación de los Coordinadores de la implementación del SCI de las unidades del PRONIS	19
12.	ANEXOS	19
12.1.	Anexo 1: Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación	19
12.2.	Anexo 2: Formato Matriz de Evaluación de Riesgos	19
12.3.	Anexo 3: Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control	19



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud



12.4.	Anexo 4-A: Formato de Seguimiento a la implementación del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación.	19
12.5.	Anexo 4-B: Formato de Seguimiento a la implementación del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control.	19
12.6.	Anexo 5: Formato de Problemáticas y Mejoras – Medidas de Remediación.	19
12.7.	Anexo 6: Formato de Problemáticas y Mejoras – Medidas de Control – Por Producto Priorizado.	19
12.8.	Anexo 7: Criterios para la valorización de riesgos y la tolerancia al riesgo.	19



1. OBJETIVO

Establecer las disposiciones internas que regulen la ejecución de acciones para la implementación del Sistema de Control Interno (SCI) en el Programa Nacional de Inversiones en Salud, en adelante PRONIS, así como también, las funciones y responsabilidades de sus Funcionarios y Servidores.

2. FINALIDAD

Lograr que el PRONIS implemente el Sistema de Control Interno como una herramienta de gestión permanente, que contribuya al cumplimiento de sus objetivos institucionales y promueva una gestión eficaz, eficiente, ética y transparente.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la Republica.
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, y sus modificatorias.
- Ley N° 30879, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019, Centésima Vigésima Segunda Disposición Complementaria Final.
- Resolución Ministerial N° 1141-2019/MINSA, que aprueba la modificación del Manual de Operaciones del Programa Nacional de Inversiones en Salud – PRONIS.
- Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG, que aprueba la Directiva 006-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interne en las entidades del Estado", y sus modificatorias.
- Resolución de Secretaría de Integridad Publica N° 01-2023-PCM/SIP, que aprueba la "Guía para la gestión de riesgos que afectan la integridad pública".
- Resolución de Coordinación General N° 09-2020-PRONIS-CG, que aprueba la Directiva N° 001-2020-PRONIS, "Disposiciones para la elaboración, aprobación y modificación de los documentos normativos de gestión interna del Programa Nacional de Inversiones en Salud.

4. ALCANCE

Lo dispuesto en la presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los funcionarios y servidores del PRONIS.

5. ABREVIATURAS

- **PRONIS:** Programa Nacional de Inversiones en Salud
- **CGR:** Contraloría General de la República
- **SCI:** Sistema de Control Interno
- **RID:** Reporte de Identificación de Deficiencias
- **PAA:** Plan Acción Anual
- **SMC:** Sección Medidas de Control
- **SMR:** Sección Medidas de Remediación
- **PAA – SMR:** Plan de Acción Anual - Sección de Medidas de Remediación
- **PAA – SMC:** Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control
- **CG:** Coordinación General
- **UPPM:** Unidad de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
- **UAJ:** Unidad de Asesoría Jurídica



- **UAF:** Unidad de Administración y Finanzas
- **SURH:** Sub Unidad de Recursos Humanos
- **SUL:** Sub Unidad de Logística
- **SUC:** Sub Unidad de Contabilidad
- **SUT:** Sub Unidad de Tesorería
- **UAP:** Unidad de Análisis Preliminar
- **UP:** Unidad de Pre Inversión
- **UED:** Unidad de Estudios Definitivos
- **UO:** Unidad de Obras
- **UGIR:** Unidad de Gestión de Inversiones de Reconstrucción
- **UGO:** Unidad de Gestión de Operaciones

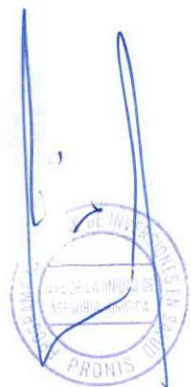
6. DEFINICIONES



- **Aplicativo informático del SCI:** Plataforma de trabajo de la CGR en el cual se registra la información y adjunta la documentación que evidencie o sustente la implementación del SCI, con la finalidad de facilitar su implementación, así como su seguimiento y evaluación.
- **Componentes:** Elementos del control interno, dentro de los Ejes, cuyo desarrollo permiten la implementación del SCI, estos son: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación, y Supervisión.
- **Coordinadores:** Son los servidores que tienen la responsabilidad de dar seguimiento a la implementación del SCI en las unidades del PRONIS. Las unidades del PRONIS designan a los servidores que tengan el mayor conocimiento y experiencia en el desarrollo de los productos de la entidad, y de las competencias y funciones de cada unidad, para coordinar y ejecutar las acciones de implementación del SCI en la entidad.
- **Cuestionario:** Contiene las preguntas para las evaluaciones de implementación del Sistema de Control Interno y forman parte de la Directiva SCI.
- **Diagnóstico:** Comprende la determinación del estado situacional de la cultura organizacional y la identificación de sus deficiencias.
- **Deficiencia:** Se considera a toda condición establecida en las preguntas del Cuestionario que no han sido cumplidas o cuyo cumplimiento es parcial.
- **Documento orientador:** Documento elaborado por la CGR y expuesto en sus capacitaciones realizadas para la elaboración de los reportes exigidos, a ser presentados a través del aplicativo electrónico del SCI, por el PRONIS.
- **Eje:** Elementos del procedimiento para implementar el SCI, que agrupa los componentes del control interno a fin de facilitar su desarrollo. Estos son: cultura organizacional, gestión de riesgos y supervisión.
- **Entregables:** Reportes que se registran y envían a través del Aplicativo Informático de acuerdo a los plazos establecidos por la CGR.
- **Ficha de Revisión:** Contiene la documentación que sustenta el desarrollo de la respuesta de cada pregunta del Cuestionario de Evaluación de la Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado¹. Proporciona ayuda para elaborar y presentar la información que respalda la condición de cada pregunta del Cuestionario, contiene las actividades a realizar para el cumplimiento de las condiciones de la pregunta, y los documentos que sustentan el cumplimiento de estas condiciones



¹ Anexo 1 de la Directiva 006-2019- CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado"



- **Funcionario Responsable:** El Jefe/a de la UPPM tiene a su cargo coordinar, promover y orientar la ejecución de acciones relativas a la implementación del Sistema de Control Interno.
- **Medida de Control:** Conjunto de políticas, procedimientos, técnicas u otros mecanismos que permitan reducir el/los riesgo/s identificados de manera eficaz, oportuna y eficiente.
- **Medida de Remediación:** Conjunto de actividades mediante las cuales se superan de manera eficaz, eficiente y oportuna las deficiencias del control interno.
- **Medio de verificación:** Documento que evidencia o sustenta la implementación de las preguntas del Cuestionario de evaluación de implementación del Sistema de Control Interno y las medidas de remediación y control registradas en los Planes de Acción Anual.
- **Plan de Acción Anual-Sección Medidas de Control:** Es un instrumento de gestión donde se registran las medidas de control que son desarrolladas, con la finalidad de evitar, disminuir o mitigar los riesgos que podrían afectar de manera negativa los objetivos trazados acerca de los productos que se brindan.
- **Plan de Acción Anual - Sección Medidas de Remediación:** Es un instrumento de gestión que orienta el accionar de la entidad para cumplir con el objetivo de superar las deficiencias identificadas en las respuestas brindadas en el Cuestionario SCI, que son registradas en el aplicativo informático del SCI.
- **Pregunta:** Contenidas en el Cuestionario de evaluación de implementación del Sistema de Control Interno, con las condiciones establecidas que se deben cumplir e identifica las deficiencias del control interno.
- **Probabilidad:** Posibilidad de que un evento determinado ocurra en un periodo de tiempo dado.
- **Producto:** Bien, servicio o regulación que proporcionan las entidades/dependencias del Estado a una población beneficiaria con el objeto de satisfacer sus necesidades.
- **Producto priorizado:** Es el producto incorporado a la gestión de riesgos para identificar por primera vez los riesgos que pudieran afectar las condiciones y cualidades con las que debe ser brindado, a fin de determinar medidas de control que pudieran reducirlos.
- **Producto revaluado:** Es el producto incorporado a la gestión de riesgos sobre el cual se revalúan los riesgos identificados en años anteriores para determinar si alcanzaron niveles de tolerancia aceptables por la entidad y para identificar nuevos riesgos que pudieran afectar las condiciones y cualidades con las que se brinda.
- **Responsabilidad administrativa funcional:** Es la inobservancia e incumplimiento a las obligaciones y responsabilidades referidas a la implementación y funcionamiento del SCI, conforme a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley N° 28716, pasible de sanción de acuerdo a la normativa aplicable, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiere lugar, de ser el caso.
- **Reunión de trabajo:** Espacio de discusión grupal, en el cual un conjunto de participantes presenta sus puntos de vista sobre temas determinados, extraídos a través de herramientas como lluvias de ideas, árboles de problemas, mapas conceptuales o esquemas de procesos, entre otros.
- **Riesgo:** Posibilidad de que ocurra un evento adverso que afecte el logro de los objetivos de la entidad/dependencia.
- **Servidor Público:** Persona que, independientemente del régimen laboral en que se encuentre, mantiene vínculo laboral, contractual o relación de cualquier naturaleza con el PRONIS y en virtud de ello ejerce funciones en el PRONIS.
- **Sistema de Control Interno:** El SCI es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

autoridades y del personal, organizado e instituido en cada entidad del Estado, para la consecución de sus objetivos.

- **Titular de la Entidad:** Máxima autoridad jerárquica institucional, es el responsable de la implementación del SCI en la Entidad. En el PRONIS es el/la Coordinador/a General.
- **Unidades que participan en la implementación del SCI:** Son las unidades del PRONIS que por competencias y funciones participan en la implementación del SCI, como responsables del diseño o ejecución de los productos priorizados o áreas de soporte relevantes (planificación, presupuesto, logística, contrataciones, recursos humanos, comunicaciones, integridad pública, entre otros).

7. REFERENCIAS NORMATIVAS

- **La Directiva SCI:** Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG, y modificatorias.
- **Cuestionario SCI:** Cuestionario de evaluación de la implementación del SCI, Anexo 1 de la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", aprobado por Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG y modificatorias.
- **La Guía de la PCM:** "Guía para la gestión de riesgos que afectan la integridad pública", aprobado por Resolución de Secretaría de Integridad Pública N° 01-2023-PCM/SIP.

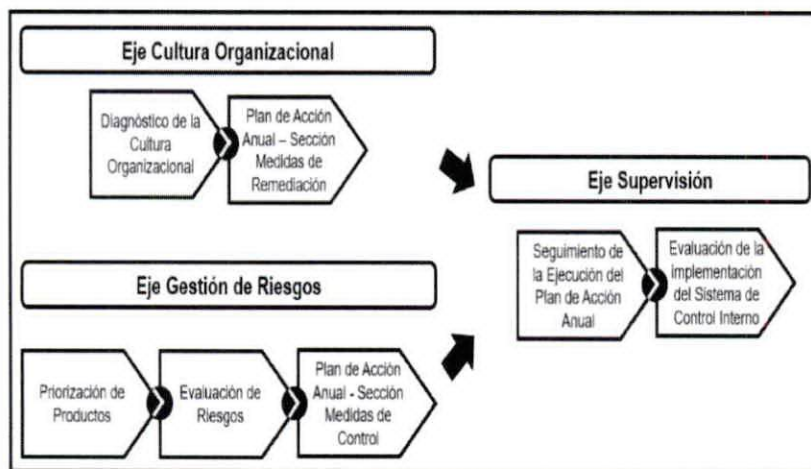
8. DISPOSICIONES GENERALES

8.1. Sobre la implementación del Sistema de Control Interno en el PRONIS

Ejes, Componentes y Pasos

Para implementar el SCI en el PRONIS se debe desarrollar los Ejes: Cultura Organizacional, Gestión de Riesgos y Supervisión, los mismos que están compuestos por componentes, siendo estos: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y Comunicación, y Supervisión.

El desarrollo de los Ejes se evidencia a través de la elaboración y envío de los entregables del SCI a la CGR a través del aplicativo del SCI, debiendo ejecutar los siguientes pasos para cada uno de los 3 ejes:



Fuente: Gráfico N° 2 – Directiva N° 006-2019-CG/INTEG



Los Ejes Cultura Organizacional y Gestión de Riesgos pueden implementarse simultáneamente.

Como resultado de la aplicación de los pasos definidos para el Eje Cultura Organizacional, se identifican situaciones que pueden limitar el logro de los objetivos institucionales, las cuales son consideradas como deficiencias, a partir de las cuales se establecen medidas de remediación con el objetivo de revertir o superar las mismas, las que forman parte del PAA - SMR.

De la aplicación de los pasos definidos para el Eje Gestión de Riesgos, se identifican riesgos que pueden afectar la provisión de los bienes o servicios que brinda PRONIS a su población objetivo, a partir de estos se determinan medidas de control con el objetivo de mitigarlos, estas medidas forman parte del PAA - SMC.

Para la implementación del Eje Supervisión el PRONIS debe realizar el seguimiento permanente a la implementación del PAA - SMR - SMC; así como las evaluaciones de la implementación del SCI que permiten identificar las deficiencias del control interno y medir el nivel de madurez del SCI.

8.2. Clasificación de entidades para la implementación del Sistema de Control Interno

Para la implementación del SCI las entidades del Estado ha sido clasificadas en 3 grupos, de acuerdo con su nivel de gobierno y población; en el siguiente cuadro se detallan las entidades de cada grupo. El PRONIS, como programa adscrito al MINSA, pertenece al Grupo 1.

Cuadro 1: Clasificación de entidades

Grupo de Entidades	Entidades que lo integran
Grupo 1	Nacional: Poderes del Estado, Ministerios, Organismos Constitucionalmente Autónomos, Empresas públicas que no formen parte de FONAFE, entre otras entidades de similar nivel de gobierno, así como sus entidades adscritas y ejecutoras.
	Regional: Sede central de los Gobiernos Regionales con excepción de las direcciones regionales y sus unidades ejecutoras que cuenten con autonomía administrativa y económica.
	Local: Municipalidades de Lima Metropolitana, Municipalidad Provincial del Callao y sus municipalidades distritales, así como sus entidades adscritas y unidades ejecutoras (Empresas públicas que no formen parte de FONAFE, Sociedades de Beneficencia, entre otras.).
Grupo 2	Regional: Direcciones regionales y unidades ejecutoras de los Gobiernos Regionales que cuentan con autonomía administrativa y económica con excepción de su sede central, entre ellos, los Hospitales Regionales, Unidades de Gestión Educativo Local (UGEL), empresas de los Gobiernos Regionales.
	Local: Las Municipalidades provinciales clasificadas por el MEF como tipo A y B; y, municipalidades distritales que cuenten hasta con 70% de población urbana, clasificadas por el MEF como tipo D y E, así como las entidades adscritas a estas municipalidades (Empresas públicas que no formen parte de FONAFE, Sociedades de Beneficencia, entre otras.), con excepción de las Municipalidades comprendidas dentro del Grupo 1.
Grupo 3	Local: Las Municipalidades distritales que cuentan con menos de 70% de población urbana, clasificadas por el MEF como Tipo F y G, así como las entidades adscritas a estas municipalidades (Empresas públicas que no formen parte de FONAFE, Sociedades de Beneficencia, entre otras).

Fuente: Directiva N° 006-2019-CG/INTEG



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

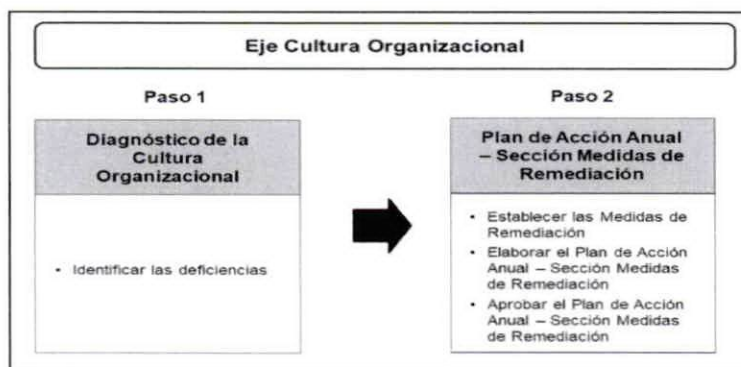
Programa Nacional de
Inversiones en Salud

9. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Para el desarrollo de los Ejes, la UPPM solicita al inicio de cada año (mes de enero) a todas las unidades del PRONIS la designación de los Coordinadores para realizar las acciones y trabajos necesarios para la implementación del SCI en la entidad.

9.1. Implementación del Eje Cultura Organizacional

Este eje fomenta la creación de condiciones apropiadas para alcanzar las metas institucionales, que fortalecen la gestión de la entidad, con una estructura orgánica apropiada, una definición clara de responsabilidades, canales de comunicación funcionales, procedimientos para reclutar y mantener al personal calificado, y un ambiente organizacional propicio para practicar valores éticos y normas de conducta. Se encuentra integrado por los componentes: Ambiente de Control, Información y Comunicaciones. Para su implementación se debe ejecutar los siguientes pasos:



Fuente: Gráfico N° 3 – Directiva N° 006-2019-CG/INTEG

9.1.1. Paso 1: Diagnóstico de la Cultura Organizacional

9.1.1.1 Identificar las deficiencias

- Es la determinación del estado situacional de la cultura organizacional y la identificación de sus deficiencias, para tal fin, se utiliza la información de las respuestas brindadas a las preguntas del Cuestionario, Anexo N° 1 de la Directiva SCI, y que son registradas en el aplicativo SCI.
- La información sobre el cumplimiento de las condiciones de las preguntas del Cuestionario, necesaria para sustentar las respuestas, son documentos que presentan las unidades del PRONIS, en el marco de sus funciones y atribuciones.
- Las preguntas no tienen las mismas opciones de respuesta, estas pueden variar entre Sí, Parcialmente, No aplica y No; las respuestas Parcialmente y No son las deficiencias identificadas en la implementación del SCI en la entidad.

9.1.2. Paso 2: Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación

La CGR solicita que el desarrollo de este paso debe estar documentado; para tal fin, la UPPM convoca a reuniones de trabajo a los Coordinadores; firmándose actas por cada reunión, que incluyen los documentos trabajados.

9.1.2.1 Establecer las Medidas de Remediación

- Cada deficiencia del control interno identificada en la Evaluación Anual de la implementación del SCI, debe ser superada de manera eficaz,



eficiente y oportuna, mediante la implementación de medidas de remediación.

- Las unidades del PRONIS que, dentro de sus funciones y competencias tengan la responsabilidad de superar las deficiencias, son las responsables de establecer las medidas de remediación, para ello se realizan reuniones de trabajo con los Coordinadores designados.

9.1.2.2 Elaborar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación

- El PAA – SMR contiene la información que las unidades de la entidad deben tomar en cuenta para implementar las medidas de remediación.

Este plan debe contener:

- Las deficiencias del control interno.
- Las medidas de remediación que permiten superar cada deficiencia.
- La unidad responsable de la implementación de cada medida.
- El plazo dentro del cual se debe implementar cada medida.
- El o los medios de verificación que evidencien su implementación.
- Los comentarios u observaciones que se considere relevante para asegurar la implementación de cada medida.

- Para la elaboración del plan se utiliza el Anexo 1: Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación de la presente directiva.

9.1.2.3 Aprobar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación

- Elaborado el PAA – SMR, la UPPM registra la información en el aplicativo del SCI, concluido el registro este debe ser visado por el Funcionario Responsable, y aprobado por el Titular de la Entidad, todo mediante el aplicativo informático del SCI.
- El reporte emitido por el aplicativo del SCI del PAA – SMR debe ser suscrito por ambos funcionarios (la firma puede ser firma digital o física), luego la UPPM debe digitalizarlo en formato PDF, y el Funcionario Responsable o el Titular de la Entidad deberá remitirlo a la CGR a través del aplicativo del SCI.
- Una vez aprobado el PAA – SMR, la UPPM informa al Titular de la Entidad el desarrollo de su elaboración; y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, debe remitirlo a las unidades de la entidad que se encuentran a cargo de la ejecución de las medidas de remediación.

9.2. Implementación del Eje Gestión de Riesgos

Este eje incluye la identificación y valoración de los riesgos que pudieran afectar negativamente la provisión de los productos (bienes o servicios) que la entidad brinda a su población objetivo, así como determinar las medidas de control que reduzcan la probabilidad que se materialicen dichos eventos adversos. Está integrado por los componentes Evaluación de Riesgos y Actividades de Control.

Se ejecutan los siguientes pasos para su ejecución:

**Eje Gestión de Riesgos****Paso 1****Priorización de
Productos**

- Identificar los productos
- Priorizar los productos

Paso 2**Evaluación de riesgos**

- Identificar los riesgos
- Valorar los riesgos
- Determinar la tolerancia al riesgo

Paso 3**Plan de Acción Anual
– Sección Medidas de
Control**

- Establecer las Medidas de Control
- Elaborar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control
- Aprobar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control

Fuente: Gráfico N° 4 – Directiva N° 006-2019-CG/INTEG

El desarrollo de los pasos y sus respectivas actividades deben estar documentados, para tal fin, se realizan reuniones de trabajo, donde participan los Coordinadores de las unidades. Por cada reunión se firman actas en donde se incluyen los documentos trabajados.

9.2.1. Paso 1: Priorización de Productos

Se realizan las siguientes actividades:

9.2.1.1 Identificar los productos

La UPPM identifica los productos de acuerdo a las disposiciones señaladas en la Directiva SCI. Los productos incorporados en el SCI pueden estar alineados al Plan Estratégico Institucional (PEI) del MINSA, como ente rector, u otros documentos de gestión con el que cuente la entidad para identificar sus productos, como el Manual de Operaciones o el Mapa de Procesos del PRONIS.

9.2.1.2 Criterio de priorización de los productos

PRONIS debe priorizar sus productos tomando como criterio el presupuesto asignado para su ejecución.

9.2.1.3 Periodos para incorporar los productos a la gestión de riesgos

- La CGR establece, en su aplicativo informático del SCI, el porcentaje mínimo del presupuesto que las entidades deben incorporar a la gestión de riesgos por cada periodo, tomando en cuenta la clasificación de cada entidad, siendo para PRONIS el Grupo 1.
- La UPPM es la unidad responsable de registrar en el aplicativo informático del SCI la identificación y priorización de los productos, que correspondan al porcentaje establecido por la CGR. La propuesta de productos priorizados para cada periodo, efectuado por la UPPM, debe contar con la conformidad y aprobación del/la Titular de la Entidad antes de su ingreso al aplicativo del SCI.
- Los productos priorizados son presentados a las unidades responsables del proceso para continuar con la implementación del Eje Gestión de Riesgos.



9.2.2. Paso 2: Evaluación de Riesgos

Para desarrollar este paso se deben realizar todas las actividades que se detallan a continuación:

9.2.2.1 Identificar los riesgos

- Identificación de riesgos que pudieran afectar negativamente las condiciones y atributos con las que la entidad debe brindar sus productos.

Para el desarrollo de esta actividad se ejecutan las siguientes acciones:

- Documentar la información que se genera durante la identificación y valoración de los riesgos, a través de herramienta de recojo de información como: lluvia de ideas, opinión de expertos, FODA, encuesta, entre otros.
- Identificar las condiciones con las que se deben brindar los bienes y/o servicios.
- Asegurar que los Coordinadores convocados deben:
 - Conocer los objetivos y metas institucionales.
 - Conocer los bienes y/o servicios que brinda la entidad a la población (marco normativo y expectativas de la población, entre otros).
 - Conocer los hechos pasados que afectaron negativamente el desarrollo y/o prestación de los bienes y/o servicios.
 - Recurrir a hechos ya efectuados por la entidad (buenas prácticas y lecciones aprendidas), en caso se encuentren documentados.
 - Haber participado en una capacitación sobre gestión de riesgos.
- La reevaluación de los riesgos asociados a los productos incluye aquellos que fueron incorporados a la gestión de riesgos en el periodo anterior, con el objetivo de identificar en conjunto nuevos riesgos que afecten los productos en el periodo a trabajar.
- Los Coordinadores identifican los siguientes riesgos:
 - a. Riesgos de desempeño: Probabilidad de que el producto no se entregue a los usuarios finales con las condiciones y atributos esperados, lo cual afecta el logro de los resultados u objetivos institucionales; siendo estos riesgos estratégicos, operativos, financieros, cumplimiento, tecnológicos u otros tipos de riesgos que pudieran afectar las condiciones y atributos como son la oportunidad, cobertura, calidad, continuidad del servicio, personal calificado u otras condiciones o atributos con los que se brindan los productos.
 - b. Riesgos que afectan la integridad pública: Posibilidad de que un determinado comportamiento transgreda, por acción u omisión, el respeto de los principios, deberes y normas relacionadas al ejercicio de la función pública, así como los valores de la organización, y configure una práctica contraria a la ética. Se consideran riesgos que afectan la integridad pública a los riesgos de corrupción y riesgos de inconducta funcional.





- c. **Riesgos de Desastre:** Probabilidad de que la población y sus medios de vida sufran daños y pérdidas a consecuencia de su condición de vulnerabilidad y el impacto de un peligro ante un desastre natural.

9.2.2.2 Valorar los riesgos

- Para valorar los riesgos identificados se debe tener en cuenta su probabilidad de ocurrencia y el impacto que podría causar en la provisión de estos, de acuerdo con los criterios y valores establecidos en el Anexo 7 - Criterios para la valorización de riesgos, y la tolerancia al riesgo.
- Los valores asignados a la probabilidad de ocurrencia e impacto del riesgo son multiplicados para obtener el valor y nivel de riesgo, que puede ser: bajo, medio, alto o muy alto. Para realizar la presente actividad se utiliza el Anexo 2: Formato Matriz de Evaluación de Riesgos de la presente Directiva.
- Los riesgos identificados y la valoración de los mismos son registrados en el aplicativo informático del SCI por la UPPM.
- En base a los valores utilizados para determinar la probabilidad e impacto, se construye una matriz que permite visualizar los distintos niveles de riesgo por colores; esta herramienta es denominada como el mapa de riesgos, en el caso de los riesgos de desempeño. Para realizar esta actividad se realiza lo establecido en el Anexo 7 - Criterios para la valorización de riesgos, y la tolerancia al riesgo.
- En el caso de los riesgos identificados que afectan la integridad pública, se procede de acuerdo a la Guía de la PCM.

9.2.2.3 Determinar la tolerancia al riesgo

- Con el valor y nivel de cada riesgo identificado, se debe determinar si estos se encuentran dentro de los niveles de tolerancia al riesgo aplicando los criterios establecidos en la presente Directiva en su Anexo 7 - Criterios para la valorización de riesgos, y la tolerancia al riesgo, y según el grupo en el que se encuentra el PRONIS en la Clasificación de Entidades.
- El PRONIS se encuentra en el Grupo 1, de acuerdo con lo indicado en el numeral 8.2. de la presente directiva, debiendo establecer medidas de control para mitigar los riesgos que se encuentran en niveles medio, alto y muy alto.
- La información generada en esta actividad debe ser registrada en el aplicativo informático del SCI, lo cual permitirá obtener la "Matriz de Evaluación de Riesgos", de la Directiva SCI.

9.2.3. Paso 3: Plan de Acción – Sección Medidas de Control

Para el desarrollo de este paso se convoca a los Coordinadores y se realizan las siguientes actividades:

9.2.3.1 Establecer las Medidas de Control

- Por cada riesgo que supere el nivel de tolerancia, se debe establecer la o las medidas de control sobre las causas identificadas que originan los riesgos, que permitan evitarlo, reducirlo o mitigarlo de manera eficaz, eficiente y oportuna. Las medidas de control pueden ser definidas como



políticas, procedimientos, técnicas u otros mecanismos que permiten reducir los riesgos.

- Para establecer las medidas de control se puede utilizar, entre otras, herramientas de recojo de información, como: entrevistas, encuestas, talleres participativos, lluvia de ideas, panel de expertos, a través de las cuales debe evidenciarse que las medidas propuestas sean factibles de ser implementadas y permita lograr la reducción del riesgo.

9.2.3.2 Elaborar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control

- El PAA – SMC de la entidad contiene la información que las unidades de la entidad deben tomar en cuenta para implementar las medidas de control.
- Este documento debe contener:
 - Los productos priorizados y/o revaluados
 - Los atributos de los productos
 - Los riesgos que superan el nivel de tolerancia
 - La o las causas que originan los riesgos
 - La o las medidas de control que permitirán reducir cada riesgo
 - La unidad orgánica responsable de la implementación de cada medida
 - Los plazos de implementación de cada medida
 - El o los medios de verificación que evidencien su implementación
 - Los comentarios u observaciones que la entidad considere relevante para asegurar la implementación de cada medida.
- Para realizar esta actividad se utiliza el Anexo 3: Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control de la presente directiva.
- La UPPM tiene la responsabilidad del ingreso de la información requerida en el aplicativo del SCI del PAA - SMC.

9.2.3.3 Aprobar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control

- Concluido el registro de información del PAA - SMC, este es visado por el Funcionario Responsable y aprobado por el Titular de la Entidad, todo a través del aplicativo informático del SCI.
- El reporte emitido por el aplicativo informático del SCI del PAA – SMC debe ser suscrito por ambos funcionarios (la firma puede ser firma digital o física), luego la UPPM debe digitalizarlo en formato PDF, y el Titular de la Entidad o el Funcionario Responsable deberá remitirlo a la CGR a través del aplicativo del SCI.
- Una vez aprobado el PAA – SMC, la UPPM informa al Titular de la Entidad el desarrollo de su elaboración; también, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, debe remitirlo a las unidades de la entidad que se encuentran a cargo de la ejecución de las medidas de control.

9.3. Implementación del Eje Supervisión

Comprende el conjunto de acciones que permiten dar cuenta de la implementación del SCI en la entidad a través del seguimiento permanente de la ejecución de las medidas de remediación y control consignadas en el PAA – SMR - SMC, así como las evaluaciones de la implementación del SCI, que permitan identificar las deficiencias del control interno y medir el nivel de madurez de la implementación del SCI.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

El Eje Supervisión se ejecuta realizando los siguientes pasos:



Fuente: Directiva N° 006-2019-CG/INTEG

9.3.1. Paso 1: Seguimiento de la Ejecución del Plan de Acción Anual

El seguimiento permite determinar el estado de implementación de las medidas de remediación y control consignadas en el PAA – SMR - SMC, sobre la base de la información y documentación que proporcionen las unidades que se encuentran a cargo de su ejecución. El seguimiento debe efectuarse de forma permanente y continua.

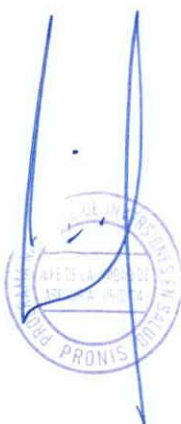
El estado de ejecución de las medidas consignadas en el Plan de Acción Anual se determina considerando los siguientes criterios:

Estado	Criterio
Implementada	Cuando la entidad ha cumplido con implementar la medida de remediación o control conforme al Plan de Acción Anual.
No implementada	Cuando la entidad no ha cumplido con implementar la medida de remediación o control contenida en el Plan de Acción Anual y la oportunidad para su ejecución ha culminado definitivamente.
En proceso	Cuando la entidad ha iniciado, pero aún no ha culminado con la implementación de la medida de remediación o control contenida en el Plan de Acción Anual.
Pendiente	Cuando la entidad no ha iniciado la implementación de la medida de remediación o control contenida en el Plan de Acción Anual.
No aplicable	Cuando la medida de remediación o control contenida en el Plan de Acción Anual, no puede ser ejecutada por factores no atribuibles a la entidad, debidamente sustentados, que imposibilitan su implementación.
Desestimada	Cuando la entidad decide no implementar la medida de remediación o control contenida en el Plan de Acción Anual, asumiendo las consecuencias de dicha decisión.

Fuente: Directiva N° 006-2019-CG/INTEG

La CGR exige a las entidades del Estado realizar el seguimiento de manera mensual, semestral y anual, y que los dos últimos seguimientos deben ser enviados a través del aplicativo del SCI.

9.3.1.1 Seguimiento mensual de la ejecución del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación – Sección Medidas de Control



- Para realizar el seguimiento constante es necesario realizarlo de manera mensual en la entidad, con el fin de asegurar la implementación de las medidas de remediación y control contenidas en este.
- La UPPM, al finalizar cada mes, deberá solicitar, hasta el quinto día hábil del mes siguiente, a las unidades responsables de la implementación de las medidas la información generada sobre las acciones de implementación realizadas durante el mes, y los medios de verificación que las sustenten.
- Las unidades responsables deberán enviar a la UPPM un documento formal (memorando o informe), adjuntando la información solicitada en el Anexo 4-A: Formato de seguimiento - Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación, y en el Anexo 4-B - Formato de seguimiento - Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control, indicando el estado de ejecución de cada medida, y los medios de verificación en digital y en formato PDF, hasta el quinto día hábil de recibido por la unidad el requerimiento de información efectuado por la UPPM; de ser necesario, la UPPM podrá otorgar un plazo adicional que no excederá los 3 días hábiles.
- La UPPM, con la información recibida, realiza el seguimiento a la implementación del PAA – SMR - SMC, y elabora el informe reportando el estado de implementación de las medidas al Titular de la Entidad. Asimismo, la UPPM comunica los avances de implementación a todos los funcionarios y servidores del PRONIS.

9.3.1.2 Seguimiento semestral y anual de la ejecución del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación – Sección Medidas de Control

El seguimiento semestral se realiza durante el mes de julio de cada año, teniendo como periodo desde el mes de enero al mes junio de cada año, y debe ser presentado a la CGR, a través del aplicativo SCI, a más tardar el último día hábil del mes de julio.

El seguimiento anual se realiza desde el inicio de cada año (mes de enero), teniendo como periodo a evaluar desde el mes de enero al mes diciembre del año anterior, y debe ser presentado a la CGR, a través del aplicativo SCI, a más tardar el último día hábil del mes de enero.

Se realizan las siguientes actividades:

- La UPPM, al finalizar el mes de junio y de diciembre deberá solicitar a las unidades responsables de la implementación de las medidas, la información generada respecto a las acciones de implementación de estas; los medios de verificación que sustentan las acciones tomadas, y el estado de implementación de las medidas; así como también la problemática identificada durante la ejecución de las mismas, y las recomendaciones de mejora implementadas para su ejecución con sus medios de verificación.
- Las unidades responsables deberán enviar a la UPPM un documento formal (memorando o informe) con la información solicitada, adjuntando:
 - El Anexo 4-A: Formato de seguimiento - Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación, y en el Anexo 4-B - Formato de seguimiento - Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control de la presente directiva.
 - El Anexo 5: Formato de problemáticas y mejoras – Medidas de remediación, y el Anexo 6: Formato de problemáticas y mejoras – Medidas Control – Por Producto de la presente directiva.





- 
- 
- Los medios de verificación deberán ser enviados en digital y en formato PDF.
 - La información debe ser enviada en el plazo máximo de diez (10) días hábiles contados desde la recepción, por parte de la unidad, del requerimiento formulado por la UPPM.
 - Para el seguimiento semestral del PAA – SMR - SMC los estados de implementación de las medidas que se consideran son: Implementada, En proceso, Pendiente, No aplicable y Desestimada. Para el seguimiento anual del PAA – SMR - SMC los estados de implementación de las medidas que se consideran son: Implementada, No implementada, No aplicable y Desestimada.
 - La UPPM es responsable del ingreso de la información en el aplicativo SCI. Una vez concluido el registro, el seguimiento debe ser visado por el Funcionario Responsable, y aprobado por el Titular de la Entidad a través del aplicativo.
 - El reporte emitido por el aplicativo del seguimiento debe ser suscrito por ambos funcionarios (la firma puede ser firma digital o física), luego la UPPM debe digitalizarlo en formato PDF y el Titular de la Entidad o el Funcionario Responsable deberá remitirlo a la CGR a través del aplicativo del SCI.
 - Finalmente, la UPPM elabora el informe reportando el desarrollo del seguimiento al Titular de la Entidad; y posteriormente comunica los avances a todos los funcionarios y servidores del PRONIS.

9.3.1. Paso 2: Evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno

- 
- Permite a la entidad identificar las deficiencias del control interno y conocer el nivel de madurez de la implementación del SCI. Para superar las deficiencias identificadas, la entidad debe elaborar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación conforme a las disposiciones contenidas en el numeral 9.1.2.2 de la presente Directiva.
 - Se deben efectuar dos evaluaciones cada año, una evaluación semestral que debe ser enviada a la CGR, a través aplicativo informático del SCI, hasta el último día hábil del mes de julio de cada año, en base a la información generada por la entidad hasta el último día hábil del mes de junio de cada año; y una evaluación anual, que debe ser enviada a la CGR, a través aplicativo informático del SCI, hasta el último día hábil del mes de enero del año siguiente, en base a la información generada por la entidad hasta el último día hábil del mes de diciembre de cada año.
 - Las evaluaciones se realizan dando respuesta a las preguntas contenidas en el Cuestionario de Evaluación de la Implementación del SCI, Anexo N° 1 de la Directiva SCI que contiene 63 preguntas, las respuestas (Si, Parcialmente, No y No aplica) se basan en la información y documentación que proporcionen las unidades responsables de las preguntas, según sus competencias y funciones.
 - Para responder cada una de las preguntas del Cuestionario cada unidad responsable debe llenar las Fichas de Revisión, donde se deben detallar los medios de verificación que sustentan el cumplimiento de los criterios de cada pregunta, dar respuesta a la pregunta, y debe ser firmada por el jefe/a de la unidad responsable.
 - Las evaluaciones de la implementación del SCI deben ser efectuadas a través del aplicativo informático del SCI, la información y documentación registrada permite obtener el "Reporte de Evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno".
 - La UPPM es responsable del ingreso de la información requerida para realizar las evaluaciones en el aplicativo SCI.



– Se realizan las siguientes actividades:

- La UPPM solicita a las unidades responsables del desarrollo de las preguntas contenidas en el Cuestionario de Evaluación de la Implementación del SCI, según sus competencias y funciones, las Fichas de Revisión que sustenta el desarrollo del cuestionario debidamente llenadas y firmadas, y los medios de verificación que sustentan las respuestas, al inicio de cada año (mes de enero).
- Las unidades responsables deberán enviar a la UPPM un documento formal (memorando o informe) adjuntando la información solicitada en digital y en formato PDF; en el plazo máximo de diez (10) días hábiles contados desde la recepción, por parte de la unidad, del requerimiento formulado por la UPPM.
- Una vez completado el registro en el aplicativo del SCI, debe ser visado por el Funcionario Responsable y aprobado por el Titular de la Entidad en el aplicativo. El reporte emitido por el aplicativo del SCI de la evaluación debe ser suscrito por ambos funcionarios (la firma puede ser firma digital o física), luego la UPPM debe digitalizarlo en formato PDF y el Titular de la Entidad o el Funcionario Responsable deberá remitirlo a la CGR a través del aplicativo.
- Finalmente, la UPPM elabora un informe reportando el desarrollo de las Evaluaciones de la Implementación del SCI al Titular de la Entidad (semestral y anual, respectivamente), y posteriormente comunica los avances a todos los funcionarios y servidores del PRONIS.

– Eficacia de las medidas de control implementadas para mitigar el riesgo

- La UPPM verifica anualmente que las medidas de control planificadas para mitigar los riesgos hayan sido implementadas y que, además, hayan logrado reducir el nivel del riesgo identificado a bajo. Cuando ambas condiciones se cumplen, se considera que la medida es eficaz.
- En caso de que las medidas de control hayan sido implementadas, pero no se evidencie una reducción en el nivel de riesgo a bajo, se determina que dichas medidas no fueron eficaces.

10. RESPONSABILIDADES

- El/la Coordinador/a General, es la máxima autoridad jerárquica institucional, responsable de la implementación del SCI en el PRONIS y tiene las siguientes funciones:
 - Participar en la priorización de los productos que serán incluidos en el SCI, y aprobar los mismos.
 - Revisar y aprobar los documentos que le remitan en aplicación de la presente Directiva.
 - Solicitar a la Contraloría, los accesos al aplicativo informático del SCI.
 - Ejecutar las acciones que aseguren el registro, en el aplicativo informático del SCI, de la información y los documentos establecidos en la presente Directiva.
 - Utilizar la información del SCI para la toma de decisiones.
 - Establecer las medidas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Directiva.
- La UPPM es responsable de:
 - Solicitar de manera mensual, semestral y anual a las unidades responsables, la información y documentación pertinente para realizar el seguimiento de la implementación del PAA –



SMR – SMC; asimismo, es responsable de solicitar semestral y anualmente a las unidades responsables la información para realizar la evaluación de la implementación del SCI en la entidad.

- Brindar asesoramiento, orientación y asistencia técnica a las todas unidades del PRONIS sobre la implementación del SCI; así como efectuar el seguimiento a las actividades que se ejecutan para su implementación.
- Crear los entregables exigidos por la CGR y registro de la información en el aplicativo informático del SCI.
- Presentar el informe anual al Titular de la Entidad, que evidencie el porcentaje de implementación de las medidas de remediación y control consignadas en el PAA – SMR – SMC, aplicando lo estipulado por la CGR.
- Difundir trimestralmente los avances y resultados de la implementación del SCI en el PRONIS a los Funcionarios y Servidores de la entidad, a través de canales de comunicación interna de la entidad, en coordinación con la UCII.

– Las unidades que participan en la implementación del SCI son responsables de:

- Informar a la UPPM mensual, semestral y anualmente, mediante documento formal (memorando o informe), sobre el estado de implementación del PAA – SMR – SMC; así como también, de enviar la información a la UPPM para realizar la evaluación de la implementación del SCI en la entidad semestral y anual, como lo solicite la UPPM.
- Presentar el informe del análisis comparativo en el que se determine el porcentaje de las medidas de remediación implementadas en el periodo evaluado permitieron superar las deficiencias del control interno, los primeros cinco (5) días hábiles del mes de enero del año siguiente del periodo evaluado. El informe es presentado por las unidades a cargo de las implementaciones de las medidas de remediación.
- Presentar el informe del análisis comparativo en el cual determina que porcentaje de las medidas de control implementadas en el periodo evaluado permitieron reducir los riesgos que afectan el desarrollo y entrega de los productos, los primeros cinco (5) días hábiles del mes de enero del año siguiente del periodo evaluado. El informe es presentado por las unidades a cargo de la implementación de las medidas de control.

– Los Coordinadores designados por las unidades del PRONIS que participan en la implementación del SCI, son responsables de:

- Efectuar el seguimiento a la ejecución de las medidas de remediación y de control registradas en el PAA – SMR – SMC en sus respectivas unidades.
- Efectuar el seguimiento a la ejecución de las condiciones de las preguntas del Cuestionario para la evaluación de la implementación del SCI, y del envío de la información para contestar el cuestionario, de competencia de sus respectivas unidades.
- Gestionar en sus respectivas unidades el envío oportuno de los documentos formales (memorando o informe) mensuales, semestrales y anuales a la UPPM para la implementación del SCI en el PRONIS.

– Los Funcionarios y Servidores de las unidades que participan en la implementación del SCI, de acuerdo con sus competencias y funciones, son responsables de la implementación de las medidas de remediación y medidas de control, así como de la implementación de las disposiciones y condiciones contenidas en las preguntas del Cuestionario de evaluación de la implementación del SCI.

– La UPPM, es responsable de velar por el cumplimiento de la presente Directiva, así como brindar la asistencia técnica a las unidades del PRONIS para su aplicación.

– La UPPM, en coordinación con la SURH y UCII, realiza actividades de sensibilización y difusión de los alcances de la presente Directiva, entre los Funcionarios y Servidores del PRONIS.



- El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Directiva genera responsabilidades, según corresponda, conforme a lo establecido en el numeral 11.2.

11. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

11.1. Capacitaciones en el marco del SCI

- La UPPM, solicitará a la SURH, anualmente, el desarrollo de las siguientes capacitaciones:
a) Ética e Integridad, b) Control interno, c) Gestión de Riesgos, de acuerdo a las disposiciones emitidas por la CGR, para la implementación del Sistema de Control Interno.
- Los Coordinadores de las unidades son capacitados para asumir la responsabilidad en el seguimiento continuo y permanente en la ejecución de las medidas de remediación y control; con la finalidad de prevenir riesgos de incumplimiento y/o demora en la presentación de los seguimientos mensuales, semestrales y anuales, y de los medios de verificación que sustentan la implementación de las medidas. Asimismo, son capacitados para la presentación de la información solicitada para realizar la Evaluación de la implementación del SCI en la entidad.

11.2. Comunicación a la Secretaría Técnica (STPAD) del PRONIS

La UPPM informa al Titular de la Entidad la posible inobservancia e incumplimiento a las obligaciones y responsabilidades referidas a la implementación y funcionamiento del SCI, recomendando su envío a la SURH, para que, de acuerdo a sus funciones, la STPAD evalúe el o los posibles incumplimientos en las que pudieran haber incurrido los Coordinadores y/o Funcionarios y/o Servidores a cargo de su cumplimiento, para el deslinde de responsabilidades a que hubiere lugar, en caso corresponda.

11.3. Cambios en la acreditación de los Coordinadores de la implementación del SCI de las unidades del PRONIS.

Las unidades que forman parte de la implementación del SCI, comunican a la UPPM, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de iniciado el año, la designación del Coordinador de la implementación del SCI. El cambio del Coordinador del SCI en cada unidad es informado en el plazo de tres (03) días hábiles, de haber concluido la designación del Coordinador anterior, bajo responsabilidad, de acuerdo a lo señalado en el numeral 11.2 de la presente Directiva.

12. ANEXOS

- 12.1. **Anexo 1:** Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación.
- 12.2. **Anexo 2:** Formato Matriz de Evaluación de Riesgos.
- 12.3. **Anexo 3:** Formato Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control.
- 12.4. **Anexo 4-A:** Formato de Seguimiento a la implementación del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Remediación.
- 12.5. **Anexo 4-B:** Formato de Seguimiento a la implementación del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control.
- 12.6. **Anexo 5:** Formato de Problemáticas y Mejoras – Medidas de Remediación.
- 12.7. **Anexo 6:** Formato de Problemáticas y Mejoras – Medidas de Control – Por Producto Priorizado.
- 12.8. **Anexo 7:** Criterios para la valorización de riesgos y la tolerancia al riesgo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 1 - FORMATO PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

N°	EJE	COMPONENTE	PREGUNTA	DEFICIENCIA	N°	MEDIDA DE REMEDIACIÓN	UNIDAD RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	COMENTARIO U OBSERVACIONES
								FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO		





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 2 - FORMATO MATRIZ DE EVALUACIÓN DE RIESGOS

N°	PRODUCTOS PRONIS	UNIDAD RESPONSABLE DEL PRODUCTO	RIESGO IDENTIFICADO	UNIDAD RESPONSABLE DE MITIGAR EL RIESGO	RIESGOS DE DESEMPEÑO / RIESGOS DE DESASTRE / RIESGOS DE INTEGRIDAD	TIPOS DE RIESGO DE DESEMPEÑO (RIESGO ESTRATÉGICO / OPERATIVO / ADMINISTRATIVO)	VALORACIÓN DEL RIESGO				
							PROBABILIDAD / PELIGRO	IMPACTO / VULNERABILIDAD	VALOR DEL RIESGO	NIVEL DEL RIESGO	TRATAMIENTO OBLIGATORIO SEGÚN DIRECTIVA (SI / NO)





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 4-A - FORMATO DE SEGUIMIENTO - PLAN DE ACCION ANUAL - SECCION MEDIDAS DE REMEDIACION

N°	DEFICIENCIA	N°	MEDIDA DE REMEDIACIÓN	UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	COMENTARIO U OBSERVACIONES	MES DE REPORTE	N°	ACCIONES TOMADAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	ESTADO DE LA MEDIDA
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO									





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 4-B - FORMATO DE SEGUIMIENTO - PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

N. º	PRODUCTOS PRIORIZADOS	UNIDAD RESPONSABLE DE PRODUCTO	N. º	RIESGO IDENTIFICADO	N. º	MEDIDA DE CONTROL	UNIDAD RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	COMENTARIO U OBSERVACIONES	MES DE REPORTE	N. º	ACCIONES TOMADAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	ESTADO DE LA MEDIDA
								FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO									





PERÚ

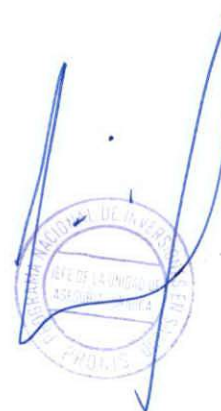
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 5 - FORMATO PROBLEMÁTICA Y MEJORA - MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

N°	PROBLEMÁTICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN	MEJORA IMPLEMENTADA PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA	MEDIOS DE VERIFICACION DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEJORA
1			
2			





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 6 - FORMATO PROBLEMÁTICA Y MEJORA - MEDIDAS DE CONTROL - POR PRODUCTO

N°	PRODUCTO	N°	PROBLEMÁTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL	MEJORA IMPLEMENTADA PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA	MEDIOS DE VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEJORA
1		1			
		2			
2		1			
		2			





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Programa Nacional de
Inversiones en Salud

ANEXO 7 - CRITERIOS PARA LA VALORIZACIÓN DE RIESGOS, Y LA TOLERANCIA AL RIESGO

1. Fórmula para determinar el valor del riesgo.

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

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

Donde

Vr : Valor del riesgo
Po : Probabilidad de ocurrencia del riesgo
I : Impacto del riesgo

Valores para determinar la probabilidad del riesgo

Nº	Nivel	Valor
1	Baja	4
2	Media	6
3	Alta	8
4	Muy Alta	10

Fuente: Directiva SCI.

Para determinar el valor de la probabilidad de ocurrir el riesgo, el PRONIS ha determinado los siguientes criterios por cada valor:

Nº	Nivel	Criterios
1	Baja	Podría realizarse, existen condiciones que hacen que su probabilidad de realización sea baja o de largo plazo. Podría ocurrir una vez cada dos años. / Existen condiciones que hacen lejana la posibilidad de ocurrencia.
2	Media	Puede ocurrir su realización, existen condiciones que hacen que pueda ocurrir en el lapso de un año, siendo una probabilidad media que sucede. Puede ocurrir una vez al año. / Existen condiciones que hacen poco probable en el corto plazo pero que no son suficientes para evitarlo en el largo plazo.
3	Alta	Probablemente se realice. Se puede dar en el corto plazo y no existen condiciones que impidan la ocurrencia. Probablemente ocurrirá una vez al mes. / No existen condiciones que impidan la ocurrencia.
4	Muy Alta	Se puede realizar en la mayoría de las circunstancias. La ocurrencia es inminente. Ocurrirá en la mayoría de las circunstancias; varias veces al mes. / La ocurrencia es inminente.

Fuente: Propia

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Programa Nacional de
Inversiones en Salud**Valores para determinar el impacto del riesgo

N°	Nivel	Valor
1	Baja	4
2	Media	6
3	Alta	8
4	Muy Alta	10

Fuente: Directiva SCI.

Para determinar el valor del impacto del riesgo, el PRONIS ha determinado los siguientes criterios por cada valor:

N°	Nivel	Criterios
1	Baja	Impacto no significativo, afectaría con un margen mínimo el logro de objetivos de la entidad y a la población objetivo del PRONIS. El impacto es mínimo en los procesos, afectaría una actividad o proceso no misional de la entidad.
2	Media	Impacto que podría ocasionar una afectación para el logro de objetivos de la entidad hasta a un 50%. El impacto es moderado en los procesos. El Impacto que podría ocasionar es un perjuicio significativo en una actividad o proceso misional, o más de una actividad o proceso no misional de PRONIS.
3	Alta	Impacto que podría ocasionar afectaría el logro de objetivos de la entidad entre 80% a 90%. El impacto es alto en los procesos. El Impacto que podría ocasionar es un perjuicio significativo para la entidad y que podría impedir la ejecución de las actividades del PRONIS.
4	Muy Alta	Impacto que podría ocasionar afectaría el logro de objetivos de la institución entre 91% a 100%. Impacto que podría ocasionar es un perjuicio significativo o catastrófico para la entidad, y podría impedir la ejecución de las actividades del PRONIS.

Fuente: Propia

2. Mapa de riesgos

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

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

Fuente: Directiva SCI.



3. Valores y Niveles del riesgo por intervalos

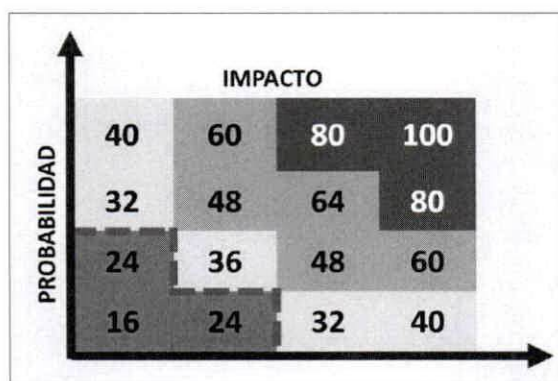
Para determinar el nivel de riesgo por intervalo, debe efectuarse ¿A qué intervalo pertenece el valor del riesgo obtenido?

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

Fuente: Directiva SCI.

4. Tolerancia al riesgo

Para las entidades del Grupo 1, donde el PRONIS pertenece, deben asegurar al menos la adopción de controles para reducir los riesgos que se encuentran en los niveles medio, alto y muy alto.



Fuente: Directiva SCI.

