

CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN DE ENTREGABLE

La Contraloría General de la República hace constar a través de este documento, la presentación virtual del Informe de **PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN** correspondiente al período **2024** de la entidad **REGION LORETO - HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS** cuyo(a) titular es **JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS** identificado(a) con DNI N° **80321802**

El evaluador de este reporte es ANGEL LLOYD BARRERA TAPAYURI.

martes, 26 de marzo de 2024

Subgerencia de Prevención e Integridad
Contraloría General de la República

Nota:

La información reportada es sujeta de verificación posterior.

REPORTE DE ENTREGABLE
PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

0674 - REGION LORETO - HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LORETO - ALTO AMAZONAS - YURIMAGUAS

AÑO 2024

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	
		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.	PROGRAMACION DE LAS CAPACITACIONES SOBRE ETICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCION PUBLICA	DIRECCION ADMINISTRATIVA / RESPONSABLE DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL	01/04/2024	28/06/2024	PLAN DE CAPACITACION.	
CULTURA ORGANIZACIONAL	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA.	EJECUCION DE LAS CAPACITACIONES SOBRE ETICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCION PUBLICA.	RESPONSABLE DE INTEGRIDAD INSTITUCIONAL	01/07/2024	31/12/2024	INFORME O DOCUMENTO QUE CONTEGA INFORMACION SOBRE LA EJECUCION DE LAS CAPACITACIONES DE ETICA E INTEGRIDAD INSTITUCIONAL.	
CULTURA ORGANIZACIONAL	LA ENTIDAD NO 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.	REALIZAR EL PLAN DE TRABAJO PARA LA ACTUALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE GESTION QUE REGULE LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS.	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO / DIRECCION EJECUTIVA.	01/04/2024	31/12/2024	INFORME O DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL SE SUSTENTE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS.	
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 DE PLANIFICACION DE LA GESTION DE RENDIMIENTO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	01/04/2024	31/12/2024	DOCUMENTOS QUE EVIDENCIE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETPA DE PLANIFICACION DE LA GESTION DE RENDIMIENTO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	
		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 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.	REVISION MENSUAL DEL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSSC), PARA VERIFICAR QUE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD NO ESTEN REGISTRADOS EN EL MISMO.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	01/04/2024	31/12/2024	INFORME O DOCUMENTO QUE CONTENGA LOS RESULTADOS DE LA CONSULTA AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSSC).	
CULTURA ORGANIZACIONAL	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 EL PROYECTO DEL PLAN DE TRABAJO ARCHIVISTICO, SEGUN LA NORMATIVA APLICABLE.	UNIDAD DE ARCHIVO CENTRAL	01/04/2024	30/06/2024	INFORME O DOCUMENTO QUE SUSTENTE TECNICA Y JURIDICAMENTE EL PROYECTO DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVISTICO.	
CULTURA ORGANIZACIONAL	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.	APROBACION Y SUPERVISAR LA EJECUCION DE LA ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVISTICO.	ARCHIVO CENTRAL	01/07/2024	31/12/2024	ACTO RESOLUTIVO, INFORME O DOCUMENTO QUE CONTENGA LA INFORMACION SOBRE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE TRABAJO ARCHIVISTICO.	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	DESIGNAR AL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DIGITAL EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.	DIRECCION EJECUTIVA	01/04/2024	28/06/2024	RESOLUCION DIRECTORAL DE DESIGNACION.	
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORAR EL CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA FORMULAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL.	01/04/2024	28/06/2024	CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA LA FORMULAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL.	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	
		MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN			MEDIOS DE VERIFICACIÓN
				FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO		
CULTURA ORGANIZACIONAL	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTAR EL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORACION Y APROBACION DEL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL.	01/07/2024	31/12/2024	PLAN DE GOBIERNO DIGITAL Y RESOLUCION DE APROBACION.	
GESTIÓN DE RIESGOS	DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO 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.	IDENTIFIICACION DE RIESGOS DE DESEMPEÑO QUE PUDIERAN AFECTAR LAS CONDICIONES Y ATRIBUTOS CON LOS QUE SE DEBEN BRINDAR LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.	EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION SCI.	01/02/2024	31/03/2024	INFORME O DOCUMENTO QUE EVIDENCIE LA IDENTIFICACION DE RIESGOS DE DESEMPEÑO QUE REPERCUTEN EN LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.	
GESTIÓN DE RIESGOS	DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE.	IDENTIFICACION DE RIESGOS DE CORRUPCION O INCONDUCTA FUNCIONAL QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PUBLICA QUE REPERCUTEN EN LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS	EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI.	01/02/2024	31/03/2024	DOCUMENTO QUE EVIDENCIE EL ANALISIS DE LA POSIBLE EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCION E INCONDUCTA FUNCIONAL QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PUBLICA QUE REPERCUTEN EN LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.	
GESTIÓN DE RIESGOS	EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO 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.	APROBACION DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.	UNIDAD DE GESTION DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRES (UGRED)	01/04/2024	28/06/2024	ACTO RESOLUTIVO EMITIDO POR LA DIRECCION EJECUTIVA.	

EJE	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	
		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 NO 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.	ASIGNAR LOS RECURSOS PRESUPUESTARIOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA.	DIRECCION EJECUTIVA/OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO.	01/07/2024	31/12/2024	INFORME DE LA UNIDAD DE PRESUPUESTO U OTRO DOCUMENTO QUE ACREDITE LA ASIGNACION DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS ACTIVIDADES PRESENTES EN EL PLAN DE CONTINUIDAD OPERATIVA.	
SUPERVISIÓN	EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO 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¿.	IDENTIFICAR LAS PROBLEMATICAS PRESENTADAS Y PROPONER Y EJECUTAR ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA EN LA EJECUCION DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION Y CONTROL	EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	01/04/2024	31/12/2024	INFORME QUE EVIDENCIE QUE SE HAN IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PLATENADAS.	
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 CALCULO DEL PORCENTAJE DE LAS MEDIDAS QUE TIENEN LA CONDICION DE IMPLEMENTADAS DURANTE EL PERIODO 2024, RESPECTO DE LA TOTALIDAD DE MEDIDAS DE REMEDIACION Y CONTROL FORMULADAS EN LOS RESPECTIVOS PLANES DE ACCION ANUAL	EQUIPO RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	01/04/2024	31/12/2024	INFORME O DOCUMENTO QUE EVIDENCIE EL NIVEL DE IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION Y CONTROL ASIGNADAS EN EL PLAN DE ACCION ANUAL.	



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
.....
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 52751 PNE: 040837

Firma del Titular de la Entidad

Cargo: DIRECTOR EJECUTIVO

Nombre y Apellidos: JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS

DNI: 80321802



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
.....
MG. CFC. ANGEL LLOYD BARRERA TAPAYURI
RESPONSABLE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
A. 21. 191714

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

Cargo: RACIONALIZACION

Nombre y Apellidos: ANGEL LLOYD BARRERA TAPAYURI

DNI: 41113857