

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 **2023** 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 BILLY JACK LLERENA ZEGARRA.

lunes, 17 de abril de 2023

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 2023

| 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. | REALIZAR LA CAPACITACIÓN A LOS FUNCIONARIOS | DIRECCIÓN EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/05/2023 | INFORME DEL EVENTO, LISTA DE PARTICIPANTES, MATERIALES DIDACTICOS Y FOTOS | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO 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. | PREPARARA Y APROBAR EL DISPOSITIVO | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | DIRECTVA Y RESOLUCION DE APROBACION | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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 NO HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO. | REALIZAR LA CAPACITACION A LOS FUNCIONARIOS | DIRECCION EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/05/2023 | INFORME DEL EVENTO, LISTA DE PARTICIPANTES, MATERIALES DIDACTICOS Y FOTOS | |
| 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. | INICIAR LA IMPLEMENTACION DEL MANUAL DE PROCESOS PARA ESTE AÑO | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA / OFICINA DE PLANIFICACIÓN ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | APROBAR CON UNA RESOLUCION LA IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE PROYECTO DE INVERSIONES | |
| 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 | INICIAR LA IMPLEMENTACION DE LOS PROCESOS PARA LA EVALUACION DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORMES / REPORTE | |

| 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 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. | LLEVAR A CABO LA ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS MEDIANTE DOCUMENTOS DE FELICITACIÓN | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDOS, DIPLOMAS, RESOLUCIONES O CUALQUIER DOCUMENTO QUE EVIDENCIE EL RECONOCIMIENTO. | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO 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. | LLEVAR A CABO, DE CORRESPONDER, LAS ACCIONES DISCIPLINARIAS A LOS SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACION DEL SCI | SECRETARIA TECNICA DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS - PAD/RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORMES Y DOCUMENTOS DE LLAMADA DE ATENCIÓN, O LA SANCIÓN DE CORRESPONDER | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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, SEGUN LA NORMATIVA APLICABLE. | ELABORARA Y LLEVAR A CABO LOS PROCESOS DE INDUCCION DEL PERSONAL MEDIANTE DISPOSITIVO APROBADO | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORMES, LISTA DE PARTICIPANTES, MATERIALES DIDACTICOS Y FOTOS | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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 | ANALIZAR LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LOS PRODUCTOS PARA EL PRESENTE AÑO Y EN BASE A RESULTADOS CONCLUIR EN HITOS DE MEJORA PARA EL SIGUIENTE PERIODO FISCAL | PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO / EQUIPO DE IMPLEMENTACION DEL SCI | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORMES | |
| 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. | DESIGNAR UN RESPONSABLE PARA REVISAR E INFORMAR LOS HALLAZGOS DE MANERA MENSUAL | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |

| 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 VERIFICADO ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE UN FUNCIONARIO O SERVIDOR PÚBLICO, SI ESTE SE ENCUENTRA IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO. | REVISAR E INFORMAR LOS HALLAZGOS ANTES DE LA FIRMA DEL CONTRATO | RECURSOS HUMANOS | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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. | IMPLEMENTAR CANALES DE COMUNICACIÓN (CORREO ELECTRONICO, PERIODICO MURAL, REVISTA INTERNA, ETC) | INGENIERIA HOSPITALARIA | 01/04/2023 | 31/12/2023 | ENVIOS DE CORREOS/PUBLICACION DE NOTAS INFORMATIVAS. | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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 LOS PLANES DE REMEDIARON Y CONTROL | DIRECCION EJECUTIVA / PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 30/04/2023 | INFORME, MEMORANDO, ACTAS DE REUNIONES, ENTREGA DE PLANES Y FOTOGRAFÍAS | |
| 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 DOCUMENTACION CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FISICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | INFORME SITUACIONAL POR PARTE DEL RESPONSABLE DE ARCHIVO PARA INICIAR LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES | ARCHIVO CENTRAL | 01/04/2023 | 30/04/2023 | INFORME | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO CUENTA CON UN SISTEMA INFORMATICO DE GESTIÓN DOCUMENTARIA QUE PERMITA EFECTUAR LA DISTRIBUCIÓN, DETERMINAR LA UBICACIÓN FÍSICA Y HACER EL SEGUIMIENTO DE LOS DOCUMENTOS. | INFORME SITUACIONAL POR PARTE DEL RESPONSABLE DE SISTEMAS PARA INICIAR LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES | INGENIERIA HOSPITALARIA | 01/04/2023 | 30/04/2023 | INFORME DE INICIO Y RESULTADOS / FOTOGRAFÍAS | |
| 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. | DESIGNAR A UN RESPONSABLE Y SOLICITARLE INFORME MENSUAL DEL ESTADO SITUACIONAL | ADMINISTRACION / INGENIERIA HOSPITALARIA | 01/04/2023 | 30/04/2023 | DOCUMENTO DE DESIGNACIÓN, INFORME DE INICIO Y RESULTADOS | |

| 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 EJECUTÓ LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN CONTENIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | INFORME DEL ESTADO DEL PDP Y LAS ACCIONES QUE ESTAN TOMANDO PARA SU CUMPLIMIENTO SITUACIONAL | APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | 01/04/2023 | 31/12/2023 | RESOLUCION DE APROBACION DEL PDP | |
| 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 PARA INICIAR LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE GOBIERNO DIGITAL | DIRECCION EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO | |
| GESTIÓN DE RIESGOS | EL TITULAR DE LA ENTIDAD NO HA EVIDENCIADO SU PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS QUE SERÁN PRIORIZADOS O REVALUADOS, SOBRE LOS QUE SE EFECTUARÁ LA GESTIÓN DE RIESGOS. | REUNIONES QUE EVIDENCIE SU PARTICIPACIÓN EN LA SELECCIÓN DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS | PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | ACTAS DE REUNIONES Y FOTOGRAFIAS | |
| 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. | REALIZAR EL REGISTRO DE LOS PRODUCTOS | PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | REPORTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, CONSTANCIA DEL APLICATIVO | |
| GESTIÓN DE RIESGOS | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS. ASÍ COMO EN LA DETERMINACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO 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 2 SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL | REALIZAR LA CAPACITACION A LOS FUNCIONARIOS | DIRECCION EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/05/2023 | INFORME DEL EVENTO, LISTA DE PARTICIPANTES, MATERIALES DIDACTICOS Y FOTOS | |
| 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. | PARA EL AÑO 2024 SE REVALUARA LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS DEL 2023 A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERON AFECTAR DICHS PRODUCTOS | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME DE RESULTADOS | |

| 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 | 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. | SELECCIÓN DE METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR ACTOS DE CORRUPCIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO | ADMINISTRACION | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME DE INICIO Y RESULTADOS. | |
| 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. | INFORMAR RESPECTO A LOS PROCESOS DE FISCALIZACION POSTERIOR | LOGISTICA | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME TRIMESTRAL | TRIMESTRAL |
| GESTIÓN DE RIESGOS | EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA NO HA VERIFICADO 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. | SOLICITAR AL OCI INFORME DEL ESTADO ACTUAL DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS INFORMES DE CONTROL | DIRECCIÓN EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO TRIMESTRAL | TRIMESTRALES |
| 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 AL OCI INFORME DEL ESTADO ACTUAL DE LA IMPLEMENTACION DE LOS INFORMES DE CONTROL | ADMINISTRACIÓN | 01.04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO TRIMESTRAL | TRIMESTRAL |
| GESTIÓN DE RIESGOS | LA ENTIDAD 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. | REVISAR EL ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE CONTROL E INFORMAR A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA | ADMINISTRACIÓN | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | TRIMESTRAL |

| 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 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. | REVISAR Y REMITIR LAS EVIDENCIAS DE LA IMPLEMENTACION DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DE LOS INFORMES DE CONTROL AL OCI | DIRECCIÓN EJECUTIVA | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO / REMISION DE LAS EVIDENCIAS DE LOS INFORMES DE CONTROL | |
| 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. | REVISAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DE LOS INFORMES DE CONTROL | ADMINISTRACION | 01/04/2023 | 31/12/2023 | ACTAS DE REUNIONES, REVISION DE LOS INFORMES DE CONTROL Y MEMORANDO | |
| 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. | ELABORAR EL PLAN DE DE CONTINUIDAD OPERATIVA O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES ANTE DESASTRES NATURALES | DIRECCIÓN EJECUTIVA / UGRED | 01/04/2023 | 31/12/2023 | RESOLUCION DE APROBACION | |
| SUPERVISIÓN | LA ENTIDAD NO 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 | REVISAR EL ESTADO DE LA IMPLEMENTACION EN EL TRASNURSO DEL AÑO E INFORMAR | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO/EL EQUIPO RESPONSABLE DEL SCI | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |
| SUPERVISIÓN | LA ENTIDAD NO 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. | DAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES A FIN DE VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |
| 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". | DAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES A FIN DE VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |

| 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 | | |
| SUPERVISIÓN | EL TITULAR DE LA ENTIDAD O EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO 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. | DAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES A FIN DE VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO/EVALUAR CON RESPECTO AL AÑO 2023 | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME, CONSTANCIA DE ENVIO | |
| 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. | DAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES A FIN DE VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO/EVALUAR CON RESPECTO AL AÑO 2023 | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | |
| 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 A LAS UNIDADES INFORMEN RESPECTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y DIFICULTADES DURANTE LA IMPLEMENTACION DE LOS PLANES | PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO / EQUIPO DE IMPLEMENTACION DEL SCI | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO | MENSUAL |
| 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. | INFORMAR AL TITULAR LOS INFORMES REMITIDOS POR LAS UNIDADES ORGANICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | INFORME | MENSUAL |
| 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 INFORMEN RESPECTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y DIFICULTADES DURANTE LA IMPLEMENTACION DE LOS PLANES | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO | |
| 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 INFORMEN RESPECTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y DIFICULTADES DURANTE LA IMPLEMENTACION DE LOS PLANES | PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | 01/04/2023 | 31/12/2023 | MEMORANDO | |

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LURETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M. S.
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y
CMP: 52751 RNE: 040837

Firma del Titular de la Entidad

Cargo: DIRECTOR EJECUTIVO

Nombre y Apellidos: JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS

DNI: 80321802

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LURETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
B. J. L.
CON BILLY JACK LLERENA ZEGARRA
CELOR N° 284
JEFE UNIDAD DE PLANES Y PROGRAMAS OPE

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

Cargo: JEFE PLANES Y PROGRAMAS

Nombre y Apellidos: BILLY JACK LLERENA ZEGARRA

DNI: 45557436