

CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN DE ENTREGABLE

La Contraloría General de la República hace constar a través de este documento, la presentación virtual del Informe de **SEGUNDO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN ANUAL** 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.

miércoles, 31 de enero de 2024

Subgerencia de Prevención e Integridad
Contraloría General de la República

Nota:

La información reportada es sujeta de verificación posterior.

REPORTE DE ENTREGABLE
SEGUNDO REPORTE DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN ANUAL

0674 - REGION LORETO - HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LORETO - ALTO AMAZONAS - YURIMAGUAS

AÑO 2024

1. SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACIÓN	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	1	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	01/01/2023	25/04/2023	OFICIO N. 007-2023-GRL-DR3L/30.37.04-UPP DE FECHA 25/04/2023 QUE CONTIENE INFORME DEL PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL DE INTERNO.	NO IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACION AL	3	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	12/12/2023	31/12/2023	MEMORADUM N. 04773-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 12 DE DICIEMBRE DEL 2023 DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO - ESTEFANIA TUESTA PANDURO PUBLICACION EN EL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTANDAR DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							RESOLUCION DIRECTORAL N. 383-2023-GRL-GR:SL/30.37.03.01 DE FECHA 13 DE DICIEMBRE DEL 2023, APRUEBA LA DIRECTIVA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR Y ATENDER DENUNCIAS CONTRA FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE VULNERAN LOS VALORES ETICOS, NORAMAS DE CONDUCTA O AFECTEN LA INTEGRIDAD PUBLICA.		
CULTURA ORGANIZACION AL	4	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA (ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO, APOYO Y LÍNEA) QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO.	REALIZAR LA CAPACITACION A LOS FUNCIONARIOS	DIRECCION EJECUTIVA	01/01/2023	31/05/2023	ACTIVIDAD: SENSIBILIZACION Y CAPACITACION DEL CONTROL INTERNO REALIZADO EL VIERNES 10 DE FEBRERO DEL 2023. ACTIVIDAD: PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO REALIZADO EL 20 Y 21 DE ABRIL DEL 2023.	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	6	LA ENTIDAD NO CUENTA CON LINEAMIENTOS, FROCEDIMIENTOS, 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				NO IMPLEMENTADA	
CULTURA ORGANIZACIONAL	9	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	01/01/2023	28/08/2023	CON OFICIO N. 0281-2023-GRL-GR/3L/30.37.03.01 DE FECHA 08 DE JULIO DEL 2023 QUE CONTIENE EL INFORME N.- 0013-2023-GRI.-DRSL/30.37.03.01 DONDE SE INFORMA: LA IMPLEMENTACION DE GESTION DE RENDIMIENTO EN ESTA ENTIDAD ES A PARTIR DEL AÑO 2024, EN CONCORDANCIA A LA PRIMERA DISPOSICION COMPLEMENTARIA TRANSITORIA DE LA DIRECTIVA DEL SUB SISTEMA DE GESTION DE RENDIMIENTO, APROBADO MEDIANTE RESOLUCION DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N. 000068+2020-SERVIR-PE.	ACTIVIDAD CONCLUIDA	NO APLICABLE

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	10	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	01/01/2023	15/01/2024	CON OFICIO N. 0281-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01 DE FECHA 08 DE JULIO DEL 2023 CONTIENE EL INFORME N.0013-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01 DONDE SE INFORMA: ESTA ACCION NO SE HA CUMPLIDO PORQUE NO SE TIENE LA INFORMACION DE LOS SERVIDORES QUE SEGUN SU DESEMPEÑO AMERITEN ESTE RECONOCIMIENTO.	SITUACION PENDIENTE	IMPLEMENTADA
							CON RESOLUCION DIRECTORAL N. 031-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01 SE DA RECONOCIMIENTO Y FELICITACIONES A LOS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	11	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 IMPLEMENTACIÓN DEL SCI	SECRETARIA TECNICA DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS - PAD/RECURSOS HUMANOS	01/01/2023	31/12/2023	CARTA N.- 046-2023-ST-PAD-HSGY DE FECHA 05 DE JULIO DE 2023, LA SECRETARIA TECNICA DEL PAD DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, INFORMA NO SE HA APERTURADO PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS A LOS SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACION DEL SCI.	NO APLICABLE	
							CARTA N° 001-2024-ST-PAD-HSGY DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024, LA SECRETARIA TECNICA DEL PAD DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, INFORMA NO SE HA APERTURADO PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS A LOS SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.		DURANTE EL AÑO 2023, NO SE PRESENTARON ACCIONES DISCIPLINARIAS A LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DEL CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIAMGUAS.

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							CARTA N° 061-2023-ST-PAD-HSGY DE FECHA 10 DE OCTUBRE DEL 2023, LA SECRETARIA TECNICA DEL PAD DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, INFORMA NO SE HA APERTURADO PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS A LOS SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	14	EL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS O LA QUE HAGA SUS VECESNO HA EJECUTADO EL PROCESO DE INCUCCIÓN DEL PERSONAL, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDE, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE.	ELABORARA Y LLEVAR A CABO LOS PROCESOS DE INDUCCION DEL PERSONAL MED ANTE DISPOSITIVO APROBADO	RECURSOS HUMANOS	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 0281-2023-GRL-GR3L/30.37.03.01 DE FECHA 06 DE JULIO DEL 2023 CONTIENE EL INFORME N.0013-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01 DONDE SE INFORMA: SI SE EJECUTA ESTA ACCION, PRECISANDO QUE EN LA INDUCCION A CARGO DE RECURSOS HUMANOS, ES SOBRE ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ASI COMO EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL LABORAL, ETICA DE FUNCION PUBLICA Y REGLAMENTO INTERNO INTERNO DEL SERVIDOR CIVIL. DEL MISMO MODO, SE INFORMO QUE EN EL PRESENTE SEMESTRE EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURMAGUAS , NO HUBO CONVOCATORIA NI PROCESO DE SELECCION.	NO APLICABLE	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							<p>CON INFORME N. 0021-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01 DE FECHA 18 DE OCTUBRE DEL 2023 , LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS INFORMA : QUE EN EL PRESENTE SEMESTRE EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, NO HUBO CONVOCATORIA NI PROCESO DE SELECCION.</p>		
							<p>CON INFORME N. 002-2024-GRL-DRSL/30.37.03.01 DE FECHA DE 05 DE ENERO DEL 2024 DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS , SE INFORMA QUE EN EL PRESENTE SEMESTRE EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, NO HUBO CONVOCATORIA NI PROCESO DE SELECCION.</p>		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	15	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	01/01/2023	31/12/2023	SE ANEXA LOS OFICIOS Y MEMORADUMS EMITIDOS POR LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO REQUERIENDO LA EJECUCION DE LAS METAS FISICAS Y FINANCIERAS AL I Y II SEMESTRE DEL AÑO, A TODAS LAS COORDINADORES DE LOS PRODUCTOS (PPR) DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIAMGUAS OFICIO N. 205-2023-GRL-GR3L/30.37.04 DE FECHA 09 DE JUNIO DEL 2023, - INFORME DE EVALUACION AL I TRIMESTRE 2023. OFICIO N. 238-2023-GRL-GR3L/30.37.04 DE FECHA 14 DE JULIO DEL 2023, - INFORME DE EVALUACION AL II TRIMESTRE 2023. OFICIO N. 293-2023-GRL-GR3L/30.37.04 DE FECHA 12 DE OCTUBRE DEL 2023, - INFORME DE EVALUACION AL III TRIMESTRE 2023. INFORME DE EVALUACION INSTITUCIONAL CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	20	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	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 0281-2023-GRL-GR/SL/30.37.03.01 DE FECHA 06 DE JULIO DE 2023 QUE CONTIENE EL INFORME N. 0013-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01. DEL MISMO MODO, CON INFORME N. 0021-2023-GRI-DRSL/30.37.03.01 DE FECHA 18 DE OCTUBRE DEL 2023, LA UNIDAD DE RECUROS HUMANOS INFORMA: SI SE REvisa AL MOMENTO DE LA INCORPORACION DE NUEVOS SERVIDORES EN EL APLICATIVO MTPE-CUL, EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS Y EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES.	ACCION EN PROCESO.	NO IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	22	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 DE _ CONTRATO	RECURSOS HUMANOS	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 0281-2023-GRL-GR:SL/30.37.03.01 DE FECHA 06 DE JULIO DE 2023 CONTIENE EL INFORME N. 0013-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01 , Y CON INFORME N. 0021-2023-GRL-DR:SL/30.37.03.01 DE FECHA 18 DE OCTUBRE DEL 2023, LA UNIDAD DE DE RECURSOS HUMANOS INFORMA:LA VERIFICACION SE EFECTUA MEDIANTE CONSULTA EN LA PAGINA WEB DEL ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO (OSCE), PARA VERIFICAR QUE LOS POSTULANTES NO ESTEN IMPEDIDOS DE CONTRATAR CON EL ESTADO.	ACCION EN PROCESO	IMPLEMENTADA
CULTURA ORGANIZACION AL	23	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	01/05/2023	31/12/2023	PANTALLAZOS DE LA IMPLEMENTACION DE LA SECCION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS, DONDE SE PUBLICARA LOS PLANES DE ACCION ANUAL Y LOS AVACES Y RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI.	INFORMACION DE AVANCES Y RESULTADOS DEL SCI.	IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	24	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 2 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	24/04/2023	24/04/2023	OFICIO N. 0156-2023-GRI-DRSL/30.37.04 DE FECHA 24 DE ABRIL DEL 2023, DIRIGIDO AL MC. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS , DIRECTOR EJECUTIVO. OFICIO N. 0157-2023-GRI-DRSL/30.37.04 DE FECHA 24 DE ABRIL DEL 2023 DIRIGIDO A LA CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, DIRECTOR ADMINISTRATIVO. OFICIO N. 0159-2023-GRI-DRSL/30.37.04 DE FECHA 24 DE ABRIL DEL 2023 DIRIGIDO AL CPC ARNALDO MEZA VIZCARRA. MEMORADUM MULTIPLE N. 007-2023-GRI-DRSL/30.37.03.03 DE FECHA 24 DE ABRIL DEL 2023 DIRIGIDOA A LAS AREAS DE ARCHIVO CENTRAL, UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS, AREA DE DOCENCIA E INVESTIGAICON, SECRETARIA TECNICA DEL. PAD. Y UNIDAD DE LOGISTICA. MEMORADUM MULTIPLE N. 008-2023-GRI-DRSL/30.37.03.03 DE FECHA 25 DE ABRIL DEL 2023 DIRIGIDOA A LAS COORDINACIONES PPR DE METAXENCIAS Y ZOONOSIS, MATERNO	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							NEONATAL, SAMU, PEDIT Y NO TRANSMISIBLE SALUD OCULAR.		
CULTURA ORGANIZACIONAL	25	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.	INFORME SITUACIONAL POR PARTE DEL RESPONSABLE DE ARCHIVO PARA INICIAR LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES	ARCHIVO CENTRAL	01/01/2023	31/12/2023	OFICIO N.- 0033-2023-U.- ARCHIVO CENTRAL /HSGY DE FECHA 26/04/2023 QUE CONTIENE EL INFORME SITUACIONAL "MEJORAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUTURA DE LA UNIDAD DE ARCHIVO CENTRAL DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS";	IMPLEMENTADA	
							OFICIO N.072-2023-GRL-GR:3L/30.37.03.01 DE FECHA 07/06/2023 SOLICITA CONFORMACION DEL COMITE EVALUADOR DE DOCUMENTOS (CED)		ACCIONES ADOPTADAS.
							RESOLUCION DIRECTORAL N.- 213-2023-GRL-GR:3L/30.37.03.01 DE FECHA 26 DE JUNIO DEL 2023 SE RESUELVE CONFORMAR EL COMITE EVALUADOR DE DOCUMENTOS (CED) AÑO - 2023 DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS.		ACCIONES ADOPTADAS

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							INFORME 00078-2023-U-ARCHIVO CENTRAL/HSGY DE FECHA 15 DE DICIEMBRE DEL 2023, DE LA JEFATURA DE ARCHIVO CENTRAL DEL HOSPITAL II-2 SANTA GE/MA DE YURIMAGUAS, DONDE INFORMA LOS AVANCES DE IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DURANTE EL AÑO 2023.		
CULTURA ORGANIZACION AL	26	LA ENTIDAD NO CUENTA CON UN SISTEMA INFORMÁTICO 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	01/01/2023	28/06/2023	CON INFORME N. 029-2023-GRL-GRSL/UIH DE FECHA 12 DE JULIO DEL 2023, DONDE SE INFORMA EL ESTADO SITUACIONAL DE LA GESTION DOCUMENTARIA EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GE/MA DE YURIMAGUAS.	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACIONAL	27	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	01/01/2023	31/12/2023	1. CON RESOLUCION DIRECTORAL N. 039-2023-GRL-GR/SL/30.37.03.01 DE FEHCA 30 DE ENERO DEL 2023, SE RESUELVE ASIGNAR, A PARTIR DEL 25 DE ENERO DEL 2023 LAS FUNCIONES DEL "PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTÁNDAR (PTE) DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS, AL SERVIDOR ING. SIST. ROY ROGER ANGULO RAMIREZ. 2. CON MEMORANDUM N. 02798-2023-GRL-GR/SL/30.37.03 DE FECHA 27 DE JUNIO DEL 2023, SE SOLICITA AL RESPONSABLE DEL PTE INFORMAR MENSUALMENTE SOBRE EL ESTADO SITUACIONAL DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTANDAR (PDT), SIENDO EL PRIMER REPORTE CON CORTE AL 28 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO.	LOS INFORMES MENSUALES SON REQUERIDOS A PARTIR DEL MES DE JUNIO 2023.	IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							INFORME N. 0006-2023-RRAR-AIC DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2023 DEL RESPONSABLE DE PORTAR DE TRANSPARENCIA ESTANDAR.	INFORME SITUACIONAL DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTANDAR.	
							CON INFORME N.054-2023-GRL-GRSL/UIH DE FEHCA 18 DE DICIEMBRE DEL 2023 Y, CON INFORME N. 043-2023-GRL-GRSL/UIH DE FECHA 06 DE OCTUBRE DEL 2023, LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA INFORMA SOBRE LA IMPLEMENTACION DEL PTE.		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
CULTURA ORGANIZACION AL	28	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	01/01/2023	31/12/2023	CON RESOLUCION DIRECTORAL N.- 165-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01 DE FEHCA 02 DE MAYO DEL 2023 SE RESUELVE APROBAR CON EFICACIA AL MES DE ENERO DEL AÑO EN CURSO EL "PLAN DE DESARROLLO DE PERSONAS (PDP - 2023 DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS CON UN TO"OAL DE QUINCE (15) PAGINAS QUE EN ANEXO FORMAN PARTE DE LA PRESENTE RESOLUCION.	IMPLEMENTADA	
							OFICIO N.- 078-2023/GRL/GRSL/30.37.16.01 DE FECHA 24 DE ABRIL DEL 2023 CONTIENE LA EVALUACION DE ACTIVIDADES DE SALUD DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL II-2 "SANTA GEMA DE YURIMAGUAS" I TRIMESTRE - 2023 (ENERO - FEBRERO - MARZO)		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							<p>OFICIO N. 004-2024-/GRL/GRSL/30.37.1.6.01 DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024, CONTIENE EL INFORME N. 001-2024-UDAEL-JNHA DONDE SE INFORMA EL SEGUIMIENTO AL IV TRIMESTRE DEL PLAN DE ACCION ANUAL . SECCION MEDIDAS DE REMEDIACION.</p> <p>OFICIO 10-2023/GRL/GRSL/30.37.16.01 DE FECHA 25 DE OCTUBRE DEL 2023 CONTIENE LA EVALUACION DE ACTIVIDADES DE SALUD III TRIMESTRE- AÑO: 2023 (JULIO,AGOSTO-SEPTIEMBRE)</p> <p>OFICIO N. 125-2023/GRL/GRSL/30.37.1.01 DE FECHA 18 DE JULIO DE 2023 SE REMITE EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL II TRIMESTRE 2023</p>		
CULTURA ORGANIZACIONAL	32	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				NO IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	36	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 ESTRATEGICO	01/01/2023	19/04/2023	PRESENTACION DE LA CONSTANCIA DE IDENTIFICACION DE PRODUCTOS DE LA GESTION DE RIESGOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CON FECHA 19 DE ABRIL DEL 2023. REUNION DE COORDINACION CON LAS COORDINADORAS DE LOS PPR DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	37	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 ESTRATEGICO	01/01/2023	19/04/2023	PRIORIZACION DE PRODUCTOS : S/. 8 590,678.00 QUE REPRESENTA UN 81.1% DEL PRESUPUESTO DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS QUE ALCANZA A SIETE PRODUCTOS.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	38	LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS, ASÍ COMO EN LA DETERMINACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL 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 ¿ SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL	REALIZAR LA CAPACITACION A LOS FUNCIONARIOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	01/01/2023	25/04/2023	OFICIO N. 007-2023-GRL-DRSL/30.37.04-UPP DE FECHA 25/04/2023 QUE CONTIENE EL INFORME DEL PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.	CAPACITACION SOBRE GESSTION DE RIESGOS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES ,	IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	39	LA ENTIDAD NO HA DOCUMENTADO LA REEVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS QUE FUERON INCORPORADOS A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN AÑOS ANTERIORES A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR DICHOS PRODUCTOS.	PARA EL AÑO 2024 SE REVALUARA LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS DEL 2023 A FIN DE IDENTIFICAR NUEVOS RIESGOS QUE PUDIERON AFECTAR DICHOS PRODUCTOS	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	01/01/2023	31/12/2023	FORMATO DE REEVALUACIÓN DE RIESGOS PLANTEADO POR LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	41	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	26/09/2023	12/12/2023	MEMORADUM N. 03901-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 26 DE SETIEMBRE DEL 2023. MEMORADUM N. 04773-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 12 DE DICIEMBRE DEL 2023	NO IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	46	EL ÓRGANO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN EN EL MARCO DE LAS NORMAS QUE REGULAN LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO 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	01/01/2023	31/12/2023	<p>OFICIO N.-00177-2023-GRI-GRSL/30.37.03.02 DE FECHA 08 DE JULIO DE 2023, CONTIENE EL MEMORADUM N. 025-2023-GRI-GRSL/30.37.03.02 DE FECHA 27 DE JUNIO DE 2023 A TRAVES DEL CUAL SE DESGINGA AL CPC FRANCK W. ARRIETA PEREZ COMO ENCARGADO DE EFECTUAR LA FISCALIZACION POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCION EN EL MARCO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO - LEY 30225 Y REGLAMENTO D.S. N. 344-2018-EF.</p> <p>LA FISCALIZACION POSTERIOR DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCION SE IMPLEMENTARAN A PARTIR DEL MES DE JULIO 2023</p>	IMPLEMENTADA	
							<p>CON OFICIO N. 0208. 0241 Y 0285-2023-GRI-GRSL/30.37.03.02 DE FECHA 03/08/2023, 04/ 0/2023 Y 19/12/2023 RESPECTIVAMENTE LA UNIDAD DE LOGISITICA DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, INFORMA SOBRE LA SUPERVISION REALIZADA A LOS POSTORES GANADORES DE BUENA PRO DEL PERIODO 2023.</p>		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACIÓN	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	47	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	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 0304-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 02/03/2023, Y CON OFICIO N. 0303-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 02/03/2023 SE REMITE EL PLAN DE ACCION PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL INFORME DE OFICIO POTERIOR N. 886-2022-CG/SADEN-AOP	LA DIRECCION EJECUTIVA Y LA DIRECCION ADMINISTRATIVA SON LOS RESPOSNABLES DE REMITIR LOS PLANES DE ACCION A LOS ORGANOS DEL SISTEMA DE CONTROL.	IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	48	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	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N.058-2023-GRI-GRSL/30.37.03 DE FECHA 02 DE MAYO DEL 2023, SE REMITE A LA JEFA DEL ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA, LA INFORMACION SUSTENTATORIA DEL PLAN DE ACCION DEL INFORME DE ACCION DE OFICIO POSTERIOR N. 886-2022-CG/SADEN-AOP "ACREDITACION DE LA MAXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA EN EL REGISTRTO DE SUJETOS OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACION JURADA DE INTERESES".	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	49	LA ENTIDAD NO HA IMPLEMENTADO LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL EMITIDO POR LOS ÓRGANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL, DE ACUERDO A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS Y SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE.	REVISAR EL ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES FORMULADAS EN LOS INFORMES DE CONTROL E INFORMAR A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA	ADMINISTRACIÓN	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME DEL ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DE CONTROL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO, SE INFORMA LA IMPLEMENTACION DE LA RECOMENDACION DEL INFORME DE ACCION DE OFICIO POSTERIOR N. 886-2022-CG/SADEN-AOP "ACREDITACION DE LA MAXIMA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA EN EL REGISTRO DE SUJETOS OBLIGADOS A PRESENTAR LA DECLARACION JURADA DE INTERESES";	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
GESTIÓN DE RIESGOS	50	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 SIMULTÁNEO 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	01/01/2023	24/11/2023	CON OFICIO N. 010-2023-GRI.-GRSL/30,37.03 , ESTEFANIA TUESTA PANDURO - DIRECTOR ADMINISTRATIVO REMITE LA INFORMACION SOLICITADA DEL PLAN DE ACCION DEL INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO N. 8283-2022-CG/DEN-SOO "REGISTRO DE LAS OPERACIONES DEL PROCESO DE EJECUCION DEL GASTO PUBLICO EN EL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACION FINANCIERA (SIAF-RP), CORRESPONDIENTE A LA EJECUCION PRESUPUESTARIA 2022"	INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO - IMPLEMENTADA.	IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							<p>CON OFICIO N. 084-2023-GRI-GRSL/30.37.03 DE FECHA 20 DE JULIO DEL 2023 DE LA CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO - DIRECTOR ADMINISTRATIVO REMITE LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION: INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO N. 14198-2022-CG/DEN-SOO &quot; INCORPORACION A LA PLATAFORMA DIGITAL UNICA DEL ESTADO PERUANO PARA ORIENTACION AL CIUDADANO - GO3.PE&quot;;</p> <p>INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO - IMPLEMENTADA</p>		
							<p>CON OFICIO N. 128-2023-GRI-GRSL/30.37.03 DE FECHA 24 DE NOVIEMBRE DEL 2023, LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA - CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, REMITE INFORMACION DEL INFORME DE VISITA DE CONTROL N. 004-2023-OCI/0674-SVC &quot;DOCUMENTOS TECNICOS DE GESTION DEL HOSPITAL SANTA GEMA II-2 YURIMAGUAS&quot;;</p> <p>INFORME DE VISITA DE CONTROL - IMPLEMENTADA</p>		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACIÓN	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							<p>CON OFICIO N. 12-A--2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 19 DE NOVIEMBRE DE 2023, LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA - CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, REMITE LAS ACCIONES CORRECIVAS PARA SUPERAR LA SITUACION ADVERSA DERIVADA DEL INFORME DE VISITA DE CONTROL N. 003-2023-OCI/067 "DESEMPEÑO Y OPERATIVIDAD DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIAMGUAS EN EL NIVEL DE ATENCION";</p> <p>INFORME DE VISITA DE CONTROL IMPLEMENTADA</p>		

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							CON OFICIO N. 127-2023-GRU-GRSU/30.37.03 DE FECHA 23 DE NOVIEMBRE DE 2023, LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA - CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, REMITE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS PARA SUPERAR SITUACION ADVERSA DERIVADA DEL INFORME DE VISTA DE CONTROL N. 002-2023-OCI/0674-SVC "ACTUALIZACION DEL PORTAL DE TRANSPARENCIA ESTANDAR DEL HSGY"	INFORME DE VISTA CONTROL - IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							CON OFICIO N. 112-A-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 27 DE OCTUBRE DE 2023, LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA - CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, REMITE EL INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO N. 17181-2023-CG/PCCS-SOO "ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE VISITAS EN EL PORTA DE TRANSPARENCIA ESTANDAR PTE, DE LA REGION LORETO - HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS";	INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO - CON ACCIONES	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							CON OFICIO N. 089-2023-GRI.-GRSL/30.37.03 DE FECHA 15 DE AGOSTO DE 2023, LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA - CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO, REMITE LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION DEL INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO N. 6880-2023-CG/PC.-SOO "CONFORMACION DEL COMITE EVALUADOR DE DOCUMENTOS ENCARGADO DE ELABORAR EL PROGRAMA DE CONTROL DE DOCUMENTOS ARCHIVISTICOS Y ELIMINACION DE DOCUMENTOS EN LA REGION LORETO- HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS";	INFORME DE ORIENTACION DE OFICIO - IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTÁDO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							CON MEMORADUM N. 03903 Y 03902-GRL-GR3L/30.37.03 DE FECHA 26 DE SETIEMBRE DE 2023, SE DESIGNA COMO RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA DE DEBIDA DILIGENCIA, A CPC JOSEPH ABAD RODRIGUEZ - JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA Y CPC DORIS CONSUELO SANCHEZ - JEFA DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS, RESPECTIAMENTE.		
GESTIÓN DE RIESGOS	51	LA ENTIDAD NO HA CORREGIDO LAS SITUACIONES ADVERSAS FORMULADAS EN LOS INFORMES DE SERVICIOS DE CONTROL SIMULTÁNEO, 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	01/01/2023	31/12/2023	INFORME DEL OCI DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS, QUE DA CUENTA DE CONFORMIDAD DE LAS SITUACIONES ADVERSAS DE LOS SERVICIOS DE CONTROL SIMULTANEO DURANTE EL AÑO 2023.	IMPLEMENTADA	
GESTIÓN DE RIESGOS	52	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				NO IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLIMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	55	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 TRANCURSO DEL AÑO E INFORMAR	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO/EL EQUIPO RESPONSABLE DEL SCI	01/01/2023	31/12/2023	REPORTE DE PRIMER SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCION ANUAL SUSCRITO Y ENVIADO A LA CGR, QUE REGISTRA LAS PROBLEMATICAS Y SUS RESPECTIVAS RECOMENDACIONES DE MEJORA .	IMPLEMENTADA	
SUPERVISIÓN	56	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	01/01/2023	31/12/2023	REPORTE DE SEGUIMIENTO EN EL PLAN DE ACCION ANUAL SUSCRITO Y ENVIADO A LA CGR, DONDE SE REGISTRA LAS PROBLEMATICAS Y SUS RESPECTIVAS RECOMENDACIONES POR CADA MEDIDA DE REMEDIACION.	IMPLEMENTADA	
SUPERVISIÓN	57	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				NO IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	58	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	01/01/2023	27/04/2023	<p>REPORTE DE IDENTIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS PERIODO ENERO ¿ DICIEMBRE 2022 (PLAZO DE ENVIO VENCIO EL 31/03/2023 - EN"REGADO EL 22/03/2023)</p> <p>PRIMER REPORTE DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCION (SEMESTRAL) PRESENTADO EL 31 DE JULIO DEL 2023.</p> <p>EVALUACION SEMESTRAL DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI PRESENTADO EL 31 DE JULIO DEL 2023</p> <p>PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE REMEDIACIÓN CORRESPONDIENTE AL PERÍODO 2023 (PLAZO DE ENVÍO VENCÍÓ EL 27/04/2023 - EN"REGADO EL 17/04/2023).</p> <p>PLAN DE ACCIÓN ANUAL - SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL CORRESPONDIENTE AL PERÍODO 2023. (PLAZO DE ENVÍO VENCÍÓ EL 27/04/2023 - EN"REGADO 19/04/2023).</p>	IMPLEMENTADA	

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	59	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					NO IMPLEMENTADA
SUPERVISIÓN	60	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	01/01/2023	31/12/2023	CARGO DE LOS OFICIOS REMITIDOS A LOS ORGANOS O UNIDADES ORGANICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	CON OFICIO SE REMITE EL REQUERIMIENTO DE INFORMACION DE LOS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI.	IMPLEMENTADA
SUPERVISIÓN	61	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 INPLEMENTACION DEL SCI	PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	01/01/2023	31/12/2023	REGISTRAR LOS AVANCES DE LA EJECUCION DE LA IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION Y CONTROL, EN EL PRIMER Y SEGUNDO EPORTE DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL Y EVALUACIÓN SEMESTRAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI.		IMPLEMENTADA

EJE	N° PREGUNTA	DEFICIENCIAS DEL SCI	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE REMEDIACIÓN	
			MEDIDA DE REMEDIACION	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
SUPERVISIÓN	62	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	01/01/2023	31/12/2023	IMPLEMENTACION DE LAS 63 FICHAS DE LOS ENTREGABLES - REPORTES DE EVALUACION DE LA IMPELEMNTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL II-2 SANTA GEIMA DE YURIMAGUAS	IMPLEMENTACION DE FICHAS	IMPLEMENTADA
SUPERVISIÓN	63	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 HAS TA 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	01/01/2023	31/12/2023	REPORTE DE EVALUACION DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS.		IMPLEMENTADA

2. SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
63146	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	FALTA DE DESARROLLO DE CAMPAÑA MEDICA	COMUNICACIÓN CONSTANTE CON LA GERESA	NO TRANSMISIBLE	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 02-2023-RGEF-DRSL-E.S.N.T - HSG.YGS EL RESPONSBLE DE PRODUCTO PRIORIZADO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA	IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE NO TRANSMISIBLES Y SALUD OCULAR INFORMA LOS AVANCES DE SUS ACCIONES.		
							INFORME N° 001-2023-RGIEF-DRSL-E.S.N.T-HSGY-YGS DE FECHA 25 DE OCTUBRE DEL 2023 INFORME SOBRE EL AVANCE DEL SEGUIMIENTO EN LAS PROBLEMATICAS IDENTIFIADAS SOBRE EL DESARROLO DE LAS MEDIDAD DE CONTROL Y ACCIONES DE MEJORA		
							INFORME N° 01-2024/RGEF/GRSL/ESNT/HSGY/30.37 DE FECHA 02 DE ENERO DEL 2024 REMITE INFORME SOBRE EL AVANCE Y RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
63146	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	FALTA DE EQUIPAMIENTO MEDICO	ADQUISICION DE EQUIPOS	NO TRANSMISIBLE	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 02-2023-RGEF-DRSL-E.S.N.T - HSG.YGS EL RESPONSBLE DE PRODUCTO PRIORIZADO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE NO TRANSMISIBLES Y SALUD OCULAR INFORMA LOS AVANCES DE SUS ACCIONES.	IMPLEMENTADA	
						OFICIO N° 001-2024/RGEF/GRSL/ESNT/ HSGY/30.37 DE FECHA 02 DE ENERO DEL 2024 REMITE INFORME SOBRE EL AVANCE Y RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL PLAN DE ACCION ANUAL			
63146	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	FALTA DE PERSONAL	CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CAS	NO TRANSMISIBLE	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 02-2023-RGEF-DRSL-E.S.N.T - HSG.YGS EL RESPONSBLE DE PRODUCTO PRIORIZADO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE NO TRANSMISIBLES Y SALUD OCULAR INFORMA LOS AVANCES DE SUS ACCIONES.	NO IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							OFICIO N001-2024-2024/RGEF/GRSL/ESNT/ HSGY/30.37 DE FECHA 02 DE ENERO 2024 REMITE INFORME DE RESULTADO DE MEDIDA DE CONTROL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
63146	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	INFRAESTRUCTURA INADECUADA	PROYECTAR UN CONVENIO INSTITUCIONAL	NO TRANSMISIBLE	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N. 02-2023-RGEF-DRSL-E.S.N.T - HSG.YGS EL RESPONSBLE DE PRODUCTO PRIORIZADO EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE NO TRANSMISIBLES Y SALUD OCULAR INFORMA LOS AVANCES DE SUS ACCIONES.	NO IMPLEMENTADA	
63209	3000688: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISMINUCION DE PERSONAL	MANTENER EL PERSONAL ADECUADO	SAMU	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	NO IMPLEMENTADA	
63209	3000688: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FALTA DE EQUIPOS BIOMEDICOS	COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS	SAMU	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	NO IMPLEMENTADA	
63209	3000688: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	INFRAESTRUCTURA INADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	ASIGNAR UN ESPACIO ADECUADO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	SAMU	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	NO IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIOS DE VERIFICACIÓN		
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
63212	3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	FALTA DE DOCUMENTACION DE LOS VEHICULOS (TARJETA DE PROPIEDAD SOAT, REVISION TECNICA)	REGULARIZACION DE LA DOCUMENTACION	SAMU	01/01/2023	30/06/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	DESESTIMADA	
63212	3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	FALTA DE PERSONAL PARA EL TRASLADO DE PACIENTE	CONTRATACION DE PERSONAL PARA EL TRASLADO DE PACIENTESBAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CAS	SAMU	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	IMPLEMENTADA	
							OFICIO N° 001-2014-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 DE FECHA 08 DE ENERO DEL 2024 DA A CONOCER OBSERVACIONES		
							OFICIO N°061-2023-PPR-104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 DE FECHA 25 DE OCTUBRE 2023 DAR A CONOCER ONSERVACIONES DEL OFICIO N°0279-2023.		
63212	3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS VEHICULOS	REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS DE LOS VEHICULOS	SAMU	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 044-2023-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 SE DA A CONOCER LOS AVANCES DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							OFICIO N° 061-2023-PPR-104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.16 DE FECHA 26 DE OCTUBRE DEL 2023 DAR A CONOCER OBSERVACIONES DEL OFICIO N° 0279-2023		
							OFICIO N° 001-2024-PPR104-GRL-GRSL-HSGY/30.37.06 DE FECHA 08 DE ENERO DEL 2024 DA A CONOCER OBSERVACIONES		
63197	3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	DESBASTECIMIENTO DE LAS VACUNAS	SOLICITAR EL CRONOGRAMA A LA RED DE SALUD	COORDINADORA PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO 0034-2023-GRL-GRSL/PEPDIT SE INFORMA LOS INDICADORES SANITARIOS DEL II TRIMESTRE 2023	IMPLEMENTADA	
							OFICIO N°001-2024-GRL-GRSL/PEPDIT DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 REMITO INFORMACION SOLICITADA		
							OFICIO N°0075-2023-GRL-GRSL/PEPDIT DE FECHA 18 DE OCTUBRE-2023 REMITE INFORMACION SOLICITADA		
63197	3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	FALTA DE PERSONAL	CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CAS	COORDINADORA PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 0034-2023-GRLGRSL/PEPDIT SE INFORMA LOS INDICADORES SANITARIOS DEL II TRIMESTRE 2023	NO IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							OFICIO N° 001-2024-GRL-GR/SL/PEPDIT. DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 SE REMITE LA INFORMACION		
							OFICIO N°075-2023-GRL-GR/SL/PEPDIT DE FECHA 18 DE OCTUBRE-2023 REMITIO INFORMACION SOLICITADA		
63106	3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	FALTA DE RECURSOS HUMANOS	CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CAS	MATERNO NEONATAL	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE INFORMA EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	IMPLEMENTADA	
							INFORME N° 002-202-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
							CON INFORME N° 002-224-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DEGO DE FECHA 05 DE DICIEMBRE 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
63106	3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	FALTA DE SENSIBILIZACION HACIA LAS MUJERES EN EDADES FERTILES (MEF3)	PROGRAMACION Y DESARROLLO DE CHARLAS DIRIGIDAS A LAS MEFS	MATERNO NEONATAL	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE INFORMA EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL.	IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							INFORME 002-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO DE FECHA 25 DE OCTUBRE DEL 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
							INFORME N°002-2024-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
63106	3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	FATA DE INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CONTROL DE INVENTARIO DE INSUMOS	MATERNAL NEONATAL	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE INFORMA EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL. INFORME N° 002-2024-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO DE FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL INFORME N°002-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.DRGO DE FECHA 25 DE OCTUBRE DEL 2023 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL	IMPLEMENTADA	

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
63108	3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	EQUIPOS INSUFICIENTES PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROGRAMADA	ADQUISICIÓN DE EQUIPO BIOMÉDICO	MATERNO NEONATAL	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE INFORMA EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	IMPLEMENTADA	
							CON INFORME N°002-2023-GRL-DRSL-HSGY/PPP.MN-DRGO DE FECHA 25 DE OCTUBRE DEL 2023 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL		
							INFORME N°002-2024-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO DE FECHA 05 DE ENERO 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL		
63108	3033294: ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL	PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACITACIONES AL PERSONAL ASISTENCIAL	MATERNO NEONATAL	01/01/2023	31/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE INFORMA EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL.	IMPLEMENTADA	
							INFORME N°002-2023-GR-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO DE FECHA 25 DE OCTUBRE-2023 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL		

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							INFORME N° 002-2024-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO FECHA 0 DE ENERO DEL 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCIONANUAL		
63108	3033284: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	FALTA DE RECURSOS HUMANOS	CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CAS	MATERNO NEONATAL	01/01/2023	30/12/2023	CON INFORME N. 0001-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO SE REALIZAR EL INFORME DEL SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL	IMPLEMENTADA	
							INFORME N°002-2023-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO FECHA 25 DE OCTUBRE 2023 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		
							INFORME N°002-2024-GRL-DRSL-HSGY/PP.MN-DRGO FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 INFORME DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DEL PLAN DE ACCION ANUAL		

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
63144	3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	FALTA DE PERSONAL	CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE LOCACION O CA3	METAXENICA	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 015-2023-GRL-DRSL/30.37.05/E.S.M.Z. DOCUMENTO QUE INFORMA SOBRE LA EVALUACION FISICA DE ACTIVIDADES DEL I SEMESTRE 2023 DEL PROGRAMA DE METAXENCIAS Y ZONOSIS.	IMPLEMENTADA	
							OFICIO N° 077-2023-GRL-GRSL/30.37.03 DE FECHA 17 DE OCTUBRE-2023 REMITE INFORMACION		
							OFICIO N° 001-2024-GRL-GRSL/30.37.05 CON FECHA 05 DE ENERO DEL 2024 REMITO INFORMACION		
63144	3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	INFRAESTRUCTURA INADECUADA	PROYECTAR UN CONVENIO INSTITUCIONAL	METAXENICA	01/01/2023	31/12/2023	CON OFICIO N. 015-2023-GRL-DRSL/30.37.05/E.W.MM.Z. DOCUMENTO QUE INFORMA LA EVALUACION FISICA DE ACTIVIDADES DEL I SEMESTRE 2023 DEL PROGRAMA DE METAXENCIAS Y ZONOSIS.	NO IMPLEMENTADA	
							OFICIO N° 077-2023-GRL-GRSL/30.37.05 CON FECHA 17 DE OCTUBRE 2023 REMITE INFORMACION		

CÓD. PRODUCTO	PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL				COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ESTADO DE LA MEDIDA DE CONTROL	
			MEDIDA DE CONTROL	ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN				MEDIOS DE VERIFICACIÓN
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO			
							OFICIO N° 001-2023-GRL-GRSL/30.37.05 DON FECHA 05 DE ENERO 2024 REMITO INFORMACION		

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

PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
EXISTE DESCONOCIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR PARTE DE LOS RESPONSABLES DE CADA ÓRGANO O UNIDAD ORGANICAS RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI..	EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO BRINDE EL APOYO CONSTANTE A CADA ÓRGANO O UNIDAD ORGANICAS RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACION DEL SCI..
EXISTE DIFICULTAD EN LA ENTREGA DE LOS REPORTE DE SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL Y EN LA RECOPIACIÓN DEL SUSTENTO RESPECTIVO.	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ENVIAR RECORDATORIOS A CADA ÓRGANO O UNIDAD ORGANICA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL Y DE REMEDIACIÓN.

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

PRODUCTOS PRIORIZADOS	PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	COMO HOSPITAL II-2 NO CONTAMOS CON POBLACION ADSCRITA.	SE REUIEICO A UN PERSONAL OBSTETRA PARA ESTA AREA Y BRINDAR LA ATENCION CORRESPONDIENTE.
	NO INGRESO INSUMOS DE LARGA DURACION POR LO QUE LA GERESA REPORTO FALTA DE INUSMO A NIVEL NACIONAL.	REALIZAMOS MENSUALMENTE INFORMES DE MOVIMIENTOS DE INSUMOS DE PLANIFICACION FAMILIAR A LA GERESA, PARA NO ESTAR DESABASTECIDOS.
3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO : NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA, LA PROBLEMÁTICA ENCONTRADA ES LA FALTA DE PERSONAL ESPECIALIZADO.	ASIGNACIÓN DE MAYOR PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE PROFESIONALES ESPECIALIZADOS
	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO : NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA, LA PROBLEMÁTICA ENCONTRADA ES LA CONSTANTE RENUNCIAS DEL PERSONAL ESPECIALIZADO POR MEJORES OFERTAS LABORALES.	LAS CONVOCATORIAS DE PERSONAL DEBEN DEFINIR LOS MONTOS REMUNERATIVOS ACORDE AL MERCADO LABORAL DE LA ZONA.
3000686: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NO SE MANTIENE EL PERSONAL ADECUADO POR LA CONSTANTE ROTACION DEL PERSONAL.	NO ROTAR AL PERSONAL . CONTRATAR PERSONAL CAS, CAPACITACION CONSTANTE DEL PERSONAL.
	SE COMPRA LENTAMENTE LOS MATERIALES, NO DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO YA QUE TENEMOS PRESUPUESTO EN LA 104.	NO CONTAMOS CON MATERIALES SOLICITADO POR LOS ESPECIALISTAS POCOS MATERIALES SOFISTICADO EN EL SERVICIO.

3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	NO CONTAMOS CON INFRAESTRUCTURA ADECUADA NI EL PERSONAL, PESE A QUE HAY DOCUMENTOS SOLICITANDO LA INFRAESTRUCTURA.	SE SOLICITO UN AMBIENTE EN EL CLAS AGUAMIRO
	HASTA EL MOMENTO NO SEA PODIDO CONCRETIZAR EL PAGO Y LA GESTION DE LA PLACA Y TARJETA DE PROPIEDAD Y SOAT DE LAS AMBULANCIAS.	SE PIDE CELERIDAD EN LOS PEDIDOS CON RESPECTO A LAS AMBULANCIAS YA QUE ESTAS MOVILIDADES SE VAN A LA CIUDAD DE TARAPOTO.
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	DEMORA EN LA COMPRA DE EQUIPAMIENTO BIOMEDICO.	SE REINCIDIO CON INFORMES CONSECUTIVOS A LOS DIRECTIVOS PARA LA COMPRA DE EQUIPOS, EL RESULTADO FUE QUE SE PUDO COMPRAR ALGUNOS.
	POCA DISPONIBILIDAD DE LOS CAPACITADORES NACIONALES PARA TRASLADARSE A NUESTRA CIUDAD DE YURIMAGUAS.	SE VOLVIO A SOLICITAR OFICIOS PARA LOS CAPACITADORES, EL RESULTADO ES QUE TENDREMOS CAPACITADOES PARA EL MES DE AGOSTO Y ASI MEJORAR LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN NUESTRO SERVICIO.
3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS, LA PROBLEMATICA ENCONTRADA ES EL DEFICIT PRESUPUESTAL NO PERMITE MEJORAR LAS REMUNERACIONES DEL PERSONAL PROFESIONAL.	SE SUGIERE AL NIVEL ADMINISTRATIVO LA ELABORACION DEL SUSTENTO TECNICO DE LA BRECHA EN RECURSOS HUMANOS ASI COMO DE LA ESCALA REMUNERATIVA EL CUAL NO ES EQUITATIVA, PRESENTANDO DICHO SUSTENTO AL GOBIERNO REGIONAL Y/O MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.
	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS, LA PROBLEMATICA ENCONTRADA REFIERE A LA DEFICIENTE CAPACITACION A NIVEL ADMINISTRATIVO EN EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTION.	GESTIONAR CAPACITACIONES DE PARTE DE NIVEL REGIONAL, EN PROGRAMACION PPR, SIGA, SIAF, MANEJO DE CUBOS, LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO.
3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONICAS, LA PROBLEMATICA ENCONTRADA ES CONTAR POR LO MENOS CON UN EQUIPO, PARA LECTURA DE LAS MUESTRAS SEROLOGICAS EN ELISA, DENGUE (PCR E IGM). ACOMPAÑADO DE ELLO, PERSONAL CAPACITADO.	SEGUIR ENVIANDO LAS MUESTRAS SEROLOGICAS EN FORMA OPORTUNA AL LABORATORIO REFERENCIAL DE ALTO AMAZONAS Y DE SALUD PUBLICA, MANTENIMIENTO Y CORRECTIVOS DE EQUIPOS DE LABORATORIO. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN TOMA, PROCESAMIENTO, CONSERVACION Y TRASLADO DE MUESTRAS, EN LAS ENFERMEDADES METAXENICAS A NIVEL DE MICRO REDES. CAPACITACION EN EL CORRECTO LLENADO DE HIS-MINSA Y DE LOS FORMATOS DE VIGILANCIA CLINICA EPIDEMIOLOGICA Y; CAPACITACIONES CONSTANTES EN EL MANEJO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS, EN SUS FORMAS GRAVES. ASI COMO LA ADQUISICION DE UN EQUIPO PARA LA LECTURA DE LAS MUESTRAS PARA LA OBTENCION DE RESULTADOS DENGUE, A CORTO PLAZO.
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON CATARATAS, LA PROBLEMATICA ENCONTRADA ESTA REFERIDA A LA REDUCCION DE PERSONAL ESPECIALIZADO PARA EL CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.	ASIGNACION DE MAYOR PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACION DE PROFESIONISTAS ESPECIALIZADOS.
	RESPECTO AL PRDUCTO PRIORIZADO TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS, LA PROBLEMATICA ENCONTRADA ES UNA INFRAESTRUCTURA INADECUADA. PARA SALUD OCULAR EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE OFTALMOLOGIA.	ASIGNACION DE MAYOR PRESUPUESTO PARA EL EQUIPAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE OFTALMOLOGIA.

5. CUADROS RESUMIEN DEL REPORTE DE SEGUIMIENTO

MEDIDAS DE REMEDIACIÓN

Eje	Implementada	No Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
CULTURA ORGANIZACIONAL	11	4	3	0	18
GESTIÓN DE RIESGOS	10	2	0	0	12
SUPERVISIÓN	7	2	0	0	9

MEDIDAS DE CONTROL

Productos	Implementada	No Implementada	No Aplicable	Desestimada	Total
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	3	0	0	0	3
3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	2	0	0	1	3
3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	1	1	0	0	2
3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	1	1	0	0	2
3000688: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	0	3	0	0	3
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	3	0	0	0	3
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	2	2	0	0	4

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

Producto	Problemática	Recomendaciones de Mejora
3033291: POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	2	2

3000801: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	2	2
3033254: NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA	2	2
3043983: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	3	3
3000686: ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	2	2
3033294: ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	2	2
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	2	2

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
.....
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M. 52754 ANE 040037

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 N-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
.....
Mg. CPC. ANGEL LLOYD BARRERA TAPAYURI
RESPONSABLE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
M.A. 191716

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