CONTROL INTERNO

LA CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CAPACITACIÓN SOBRE GESTIÓN DE RIESGOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI

(DIRECTIVA N° 006-2019-CG/INTEG)

SUBGERENCIA DE INTEGRIDAD PÚBLICA
GERENCIA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

JUNIO 2020

Antes de empezar… por favor, ten en cuenta lo siguiente:

Se silenciará el micrófono de todos los participantes

Los comentarios y preguntas realizarlas al finalizar la charla

Respetar las opiniones de los demás.

EJE GESTIÓN DE RIESGOS

- Comprende la **identificación y valoración de los factores o eventos** que pudieran afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales, relacionados a la provisión de los productos que se brindan a la población (bienes o servicios públicos)
- Determina las **medidas de control** que reduzcan la probabilidad que se materialicen dichos factores o eventos.

PRODUCTO

- Bien o servicio que proporcionan las entidades del Estado a una población beneficiaria con el objeto de satisfacer sus necesidades

Educación: Contratación oportuna de docentes.

Salud: Vacunación Completa

Emergencias o Desastres: Capacidad instalada para prevención y respuesta frente a emergencias y desastres

EJE GESTIÓN DE RIESGOS

Eje Gestión de Riesgos

Paso 1

Priorización de Productos

- Identificar los productos
- Priorizar de productos

Paso 2

Evaluación de riesgos

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

Paso 3

Plan de Acción Anual – Medidas de Control

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

3er Entregable: Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control (Etapa 1, y 2)

CONTROL INTERNO

LA CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

3ER ENTREGABLE PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

El Plan de Acción de Anual – Sección Medidas de Control es el resultado del desarrollo del Eje Gestión de Riesgos, este Plan de Acción se debe presentar a la Contraloría General de la República, a través del aplicativo informático del Sistema de Control Interno.

Para la elaboración del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control se debe registrar la siguiente información:

1. Productos Priorizado
2. Riesgo identificado
3. Medida de control
4. Órgano o unidad orgánica responsable
5. Plazo de implementación (Inicio)
6. Plazo de implementación (Término)
7. Medios de verificación
8. Comentarios u observaciones

Plazo máximo de presentación

1ra Etapa	2da Etapa
Noviembre	Junio
29	30
2019	2020

El Plan de Acción Anual - Sección Medidas de Remediación **se presenta a través del aplicativo informático**

Sistema de CONTROL INTERNO

INGRESA AL SISTEMA

https://apps1.contraloria.gob.pe/sci

3ER ENTREGABLE PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

Anexo N° 2
Plan de Acción Anual

2. Sección Medidas de Control

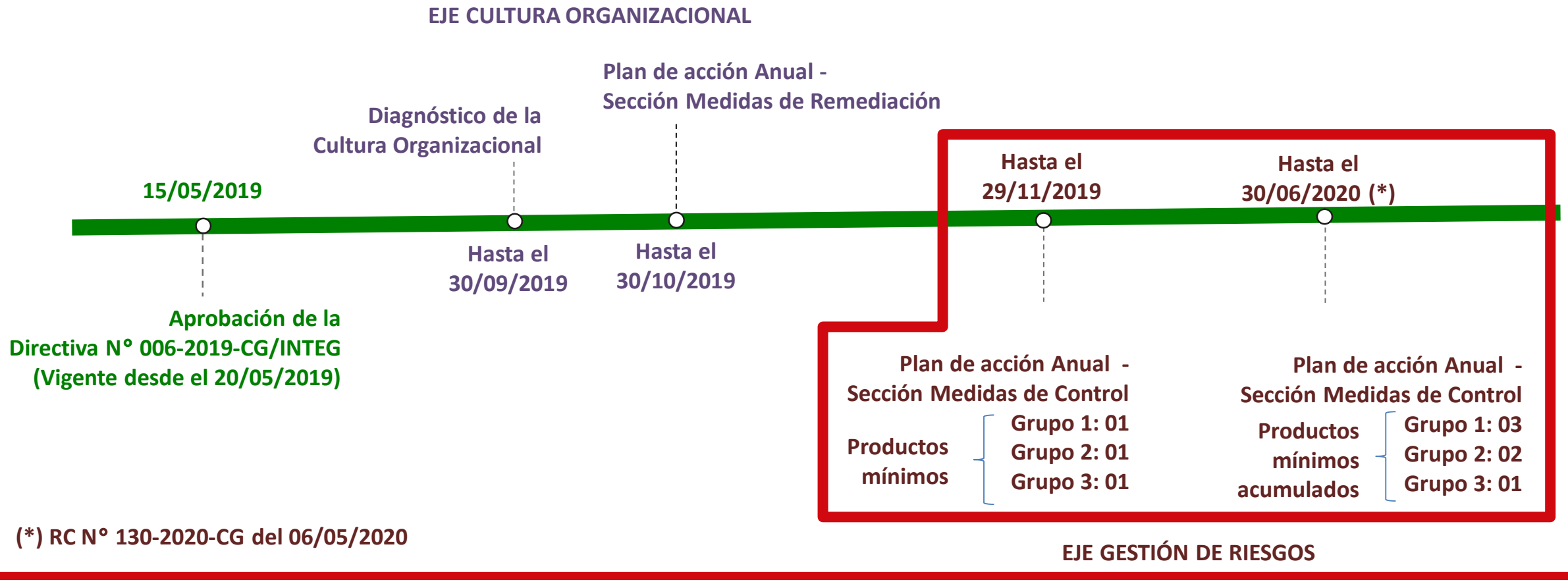
Productos Priorizados	Riesgo Identificado	Determinación de medidas de control					Comentarios u observaciones
		Medida de control	Órgano o Unidad Orgánica Responsable	Plazo de implementación		Medios de Verificación	
				Fecha de Inicio	Fecha de Término		

Firma del Titular de la entidad
Cargo
Nombres y Apellidos
DNI N°

V°B° del funcionario a cargo de la UO responsable de implementar el SCI
Cargo
Nombres y Apellidos
DNI N°

PRESENTACIÓN DE ENTREGABLES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI

Para la implementación del Sistema de Control Interno se han establecido plazos iniciales, para cumplir con estos plazos las entidades del Estado deben elaborar y presentar entregables, **siendo el tercer entregable el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control**, que se tiene que **presentar hasta el 29/11/2019 (1ra Etapa) y hasta el 30/06/2020 (2da Etapa).**



(*) RC N° 130-2020-CG del 06/05/2020

PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

El Plan de Acción de Anual – Sección Medidas de Control es el resultado del desarrollo del Eje Gestión de Riesgos, este Plan de Acción se debe presentar a la Contraloría General de la República, a través del aplicativo informático del Sistema de Control Interno.

El Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control contiene la siguiente información:

1. **Productos Priorizado**
2. **Riesgo identificado**
3. **Medida de control**
4. **Órgano o unidad orgánica responsable**
5. **Plazo de implementación (Inicio)**
6. **Plazo de implementación (Término)**
7. **Medios de verificación**
8. **Comentarios u observaciones**

El Plan de Acción Anual - Sección Medidas de Control **se presenta a través del aplicativo informático**

https://apps1.contraloria.gob.pe/sci

EJE DE GESTIÓN DE RIESGOS

Para el desarrollo del Eje Gestión de Riesgos se tiene que ejecutar 3 pasos: la **Priorización de Productos**, la **Evaluación de riesgos** y el **Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control**

Paso 1

Priorización de Productos

- Identificar los productos
- Priorizar los productos

Paso 2

Evaluación de riesgos

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

Paso 3

Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control

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

METODOLOGÍA PRÁCTICA

CONTROL INTERNO

PROCEDIMIENTO ORIENTADOR PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

1. Priorizar Producto
   - Características deseadas del producto
2. Identificar atributos
3. Identificar Riesgos
   - **Riesgo 1**
4. Valorar Riesgos
   - **Riesgo 1**
5. Identificar la causa del riesgo
   - **Causa 1.1**
   - Causa 1.2
   - Causa 1.3
6. Establecer las medidas de control
   - **Medida de Control 1.1.1**
   - Medida de Control 1.1.2
7. Establecer los medios de verificación
   - **Medio de verificación 1.1.1.1 (inicio)**
   - **Medio de verificación 1.1.1.2 (intermedio)**
   - **Medio de verificación 1.1.1.3 (final)**
8. Sobre cada medio de verificación identificamos la **UO responsable** y el **plazo de ejecución** (inicio y término)

SI se registra en el aplicativo informático del SCI: 1,3,4,6,7 y 8
NO se registra en el aplicativo informático del SCI: 2 y 5

CASO 1:
VISITAS DOMICILIARIAS A PERSONAS CON CÁNCER TERMINAL (HOSPITAL)

PASO 1: PRIORIZACIÓN DE PRODUCTOS

1.1 IDENTIFICAR LOS PRODUCTOS

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD 2019 – 2021

PROGRAMA PRESUPUESTAL 2020

PASO 1: PRIORIZACIÓN DE PRODUCTOS

La entidad debe identificar y priorizar el (los) producto (s) que serán incluidos en el Eje Gestión de Riesgos, como mínimo se debe incluir un (01) en el Eje Gestión de Riesgos para el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control que se debe presentar **hasta el 29/11/2019 e incorporar según corresponda productos adicionales hasta el 30/06/2020.**

1.1 IDENTIFICAR LOS PRODUCTOS

Para identificar los productos se puede utilizar uno de los siguientes instrumentos de gestión:

- Plan Estratégico Institucional (PEI)
- Programas Presupuestales
- Plan de Desarrollo Institucional
- Plan de Desarrollo Local Concertado
- PEI del pliego o de la entidad de la provincia o región en cuyo ámbito se encuentren

1.2 PRIORIZAR LOS PRODUCTOS

Para priorizar los productos considere uno o varios de los siguientes criterios:

- Relevancia para la población
- Presupuesto asignado al producto
- Contribución al logro del OEI de Tipo I (PEI) o Resultado Específico (Programa Presupuestal)
- Bajo desempeño
- Otro criterio que la entidad considere

PASO 1: PRIORIZACIÓN DE PRODUCTOS

1.1 IDENTIFICAR LOS PRODUCTOS Y 1.2 PRIORIZAR LOS PRODUCTOS

Identificar los productos

- Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de cataratas.
- Brindar atencion de parto normal.
- **Visitas domiciliarias a personas con cáncer terminal**
- Despistaje de tuberculosis en sintomáticos respiratorios.
- Otros productos

Priorizar los productos

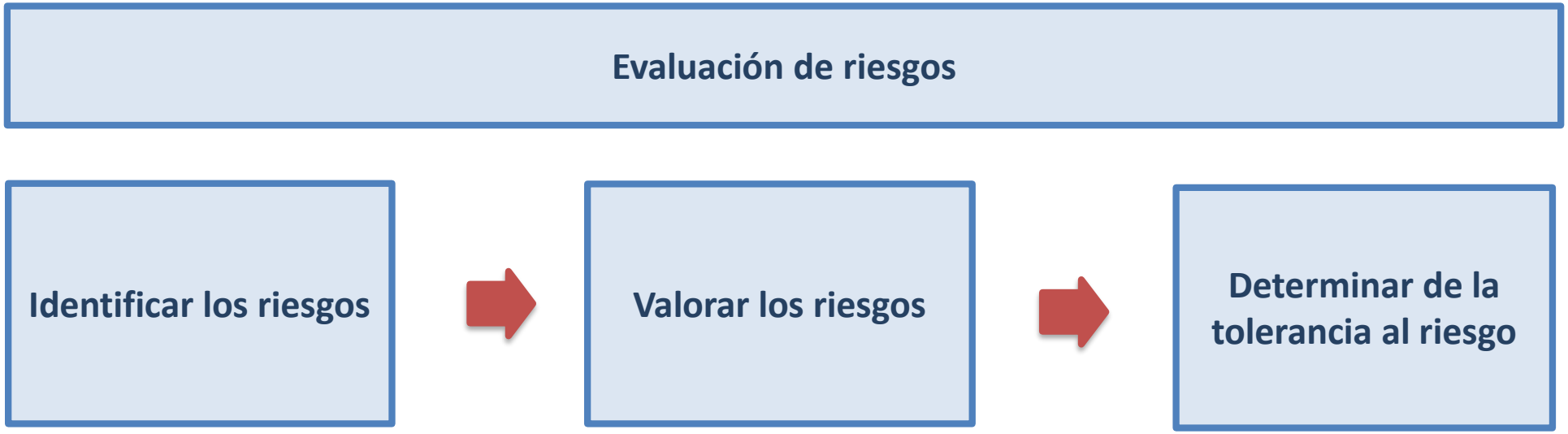
VISITAS DOMICILIARIAS A PERSONAS CON CÁNCER TERMINAL

- **Procedencia:** Programa Presupuestal 024
- **Criterio (s) de priorización:** Relevancia para la población.

La entidad puede priorizar más de un producto para la Gestión de Riesgos

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

Luego de culminar con el PASO 1, la entidad debe identificar los riesgos asociados al (a los) producto (s) priorizado (s), valorar los riesgos y determinar la tolerancia al riesgo de acuerdo a la metodología expuesta en la Directiva "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado".



IMPORTANTE:

- Deben participar en la identificación y valoración de los riesgos los funcionarios y servidores públicos con mayor conocimiento y experiencia en la operatividad del producto priorizado

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1 IDENTIFICAR LOS RIESGOS

La entidad puede utilizar el procedimiento que considere adecuado para la identificarlos riesgos, sin perjuicio de ello, se pone de conocimiento a manera de orientación un procedimiento para tal fin.

Producto priorizado

→

Atributo del producto priorizado

Son las características deseadas del producto

→

Identificación del riesgo

Se identifica los riesgos considerando el atributo del producto priorizado

IMPORTANTE:

- Para la identificación de riesgos puede utilizar las siguientes herramientas de recojo de información: Lluvia de ideas, entrevistas, encuestas, talleres participativos, diagrama o ficha técnica de procesos, entre otros
- Se recomienda que los riesgos se redacten en condicional simple (llegaría, podría, habría, haría, tendría, etc.)

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1 IDENTIFICAR RIESGOS

El producto priorizado por la entidad es: "visitas domiciliarias a personas con cáncer terminal".

Atributos del Producto (Características deseadas del producto)	Identificación del Riesgo (Considerando los atributos del producto)
• Registro actualizado de pacientes con cáncer terminal que requieren visitas domiciliarias.	• Registro de pacientes con cáncer terminal podría **encontrarse desactualizada.**
• Personal médico especializado suficiente para la adecuada asistencia médica.	• Personal médico especializado podría ser **insuficiente para la adecuada asistencia médica.**
• Medicamentos suficientes para el adecuado tratamiento oncológico.	• Podría **existir una escasez de medicamentos** para el adecuado tratamiento oncológico.

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.2 VALORAR LOS RIESGOS

Por cada riesgo identificado se procede a valorar su probabilidad de ocurrencia (Po) y el impacto (I) que podría generar en la provisión del producto priorizado.

Estos dos valores se multiplican para obtener el valor del riesgo, que puede ser: bajo, medio, alto y muy alto.

EVALUACIÓN CUALITATIVA

PROBABILIDAD

Nivel	Valor
Baja	4
Media	6
Alta	8
Muy Alta	10

¿Cuál es la probabilidad de ocurrencia del riesgo en el producto priorizado?

IMPACTO

Nivel	Valor
Bajo	4
Medio	6
Alto	8
Muy Alto	10

¿Cuál es el impacto del riesgo en el cumplimiento del objetivo del producto priorizado?

FÓRMULA PARA VALORAR EL RIESGO

Valor del riesgo (Vr) = Po x I

Donde

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

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.2 VALORAR LOS RIESGOS

En base a los valores utilizados para determinar la probabilidad e impacto, se construye una matriz que permite visualizar los distintos niveles de riesgo por colores.

Esta herramienta es denominada como el **mapa de riesgos**.

MAPA DE RIESGOS

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

VALORES Y NIVELES DEL RIESGO POR INTERVALOS

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

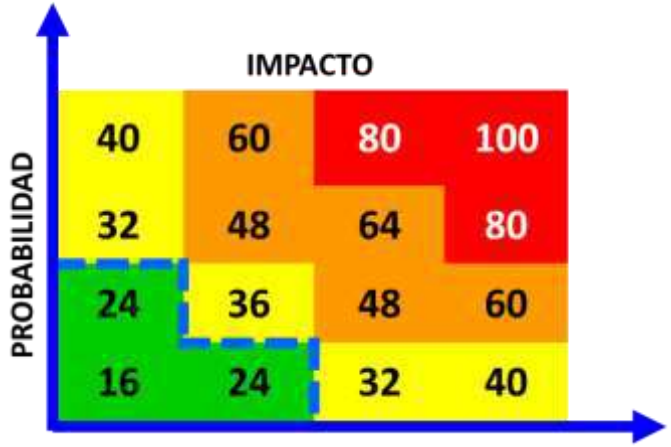
¿A qué intervalo pertenece el valor del riesgo obtenido?

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.3 DETERMINAR LA TOLERANCIA AL RIESGO (PARA EL TRATAMIENTO DEL RIESGO)

Para entidades del Grupo 1

Deben asegurar al menos la adopción de controles para reducir los riesgos que se encuentran en los niveles medio, alto y muy alto.

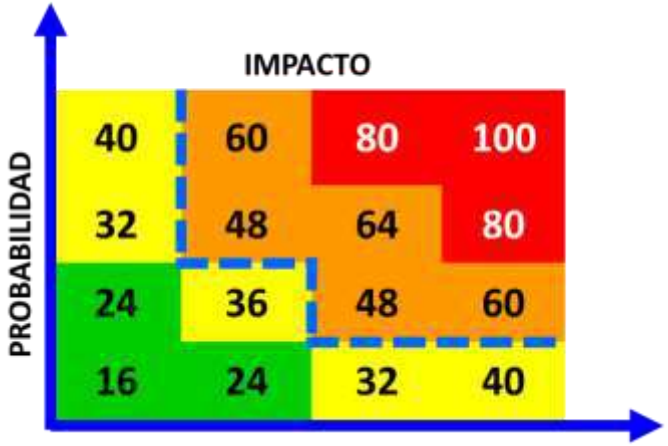


Tolerancia aplicable a:

- **Gobierno Nacional**
- **Gobierno Regional Sede Central**
- **Municipalidades ubicadas en Lima Metropolitana y Callao; así como, a las OPD y empresas que dependes de estas entidades**

Para entidades del Grupo 2 Y 3

Deben asegurar al menos la adopción de controles para reducir los riesgos que se encuentran en los niveles alto y muy alto.



Tolerancia aplicable a:

- **Unidades ejecutoras de los Gobiernos Regionales**
- **Municipalidades que son del Tipo A, B, D, E, F y G del Programa de Incentivos del MEF; así como, a las OPD y empresas que dependes de estas entidades. Con excepción de las Municipalidades comprendidas dentro del Grupo 1.**

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.2 VALORAR LOS RIESGOS Y 2.3 DETERMINAR LA TOLERANCIA AL RIESGO

RIESGO IDENTIFICADO	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALOR DEL RIESGO	NIVEL DEL RIESGO	TRATAMIENTO OBLIGATORIO SEGÚN DIRECTIVA (SI / NO)
Registro de pacientes con cáncer terminal podría encontrarse desactualizada.	Media (6)	Alto (8)	48	ALTO	SI
Personal médico especializado podría ser insuficiente para la adecuada asistencia médica	Alto (8)	Muy alto (10)	80	MUY ALTO	SI
Podría existir una escasez de medicamentos para el adecuado tratamiento oncológico	Alto (8)	Muy Alto (10)	80	MUY ALTO	SI

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

Por cada riesgo identificado en el paso anterior, debe establecerse las medidas de control que permitan reducirlo de manera eficaz, oportuna y eficiente, luego se tiene que elaborar y aprobar el Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control para enviarlo a la Contraloría General de la República a través del aplicativo informático de la CGR

Plan de Acción de Medidas de Control

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

IMPORTANTE:

- Deben participar en establecer las medidas de control los funcionarios y servidores públicos con mayor conocimiento y experiencia en la operatividad del producto priorizado

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.1 ESTABLECER LAS MEDIDAS DE CONTROL

La entidad puede utilizar el procedimiento que considere adecuado para la establecer las medidas de control, sin perjuicio de ello, se pone de conocimiento a manera de orientación un procedimiento para tal fin.

Riesgo identificado

Riesgos que han sido valorados y serán incluidos en el Plan de Acción Anual Sección Medidas de Control

Identificar las causas

Identificar y listar el origen de los riesgos identificados

Establecer las medidas de control

Se establece la (s) medida (s) de control sobre las causas identificadas

IMPORTANTE:

- Para la establecer las medidas de control se puede utilizar las siguientes herramientas de recojo de información entrevistas, encuestas, talleres participativos, lluvia de ideas, panel de expertos, entre otros.
- Se recomienda que las medidas de control se redacten tomando en cuenta los siguientes verbos (supervisar, verificar, alertar, contrastar, evaluar, monitorear, comparar, vigilar, observar, inspeccionar, chequear, entre otros.)

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.1 ESTABLECER LAS MEDIDAS DE CONTROL

RIESGO IDENTIFICADO	CAUSAS	MEDIDAS DE CONTROL
Registro de pacientes con cáncer terminal podría encontrarse desactualizada.	El registro de pacientes se realiza de forma manual en un documento físico	Verificar la implementación de historias clínicas electrónicas con la finalidad de contar con información sistematizada de los diferentes pacientes del hospital.
	No se cuenta con un reporte de atención detallada por paciente atendido.	Verificar que se ejecute un protocolo relacionado al adecuado registro de la información de los pacientes oncológicos.
	Rotación constante del personal responsable del registro de la información.	Verificar la implementación de un manual de procedimientos relacionado a las actividades de la entidad.

IMPORTANTE:

- Se puede identificar una o mas causas por cada riesgo identificado y valorado
- Se puede establecer una o más medidas de control por cada causa identificada.

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.2 ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

Por cada medida de control que se ha establecido, debe identificarse los medios (evidencia o sustento) que permitirán verificar su cumplimiento, a la unidad orgánica que estará a cargo de la ejecución y el plazo (inicio y término) de cada medio de verificación, y a modo de comentarios u observaciones, debe señalarse la información que sea relevante para asegurar el cumplimiento de dicha medida.

Medidas de Control

Medida de control elaborada sobre la base de los riesgos identificados

Medios de verificación

Se establecen los medios de verificación de acuerdo a la medida de control establecida

Unidad Orgánica y plazos

Se identifica la unidad orgánica y el plazo de ejecución (inicio y término) tomando en cuenta cada medio de verificación.

IMPORTANTE:

- Se recomienda que se establezcan por lo menos tres (03) medios de verificación por cada medida de control: al inicio, al intermedio y al finalizar.
- De acuerdo a los medios de verificación establecidos se identificará la unidad orgánica responsable de su ejecución, así como el plazo (inicio y termino).

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.2 ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

MEDIDAS DE CONTROL	UO RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIO DE VERIFICACIÓN
		FECHA DE INCIO	FECHA DE TÉRMINO	
Verificar la implementación de un manual de procedimientos relacionado a las actividades de la entidad.	Oficina de Planeamiento Estratégico / Departamento de Medicina	20/06/2020	20/08/2020	Acta de reuniones sobre la elaboración del manual de procedimientos del departamento de medicina (Frecuencia semanal)
	Dirección General	21/08/2020	21/09/2020	Resolución que aprueba el manual de procedimientos del departamento de medicina . (Frecuencia única).
	Oficina de Planeamiento Estratégico	22/09/2020	20/12/2020	Informe de seguimiento de las actividades descritas en el manual de procedimientos del departamento de medicina (Frecuencia mensual).

IMPORTANTE:

- Deben numerar la medida de control por cada medio de verificación asignado para que el aplicativo informático permita grabar la información sin inconvenientes.

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.3 APROBAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

En este punto el órgano o unidad orgánica responsable de la implementación del SCI debe visar el plan elaborado y remitirlo al Titular de la entidad para su revisión y aprobación. Para ello, debe imprimirse el "Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control", desde el aplicativo informático del SCI.

PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL ELABORADO

PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL VISADO

El Funcionario Responsable después de revisar y dar conformidad al Plan de Acción Anual -Sección Medidas de Control, realiza el **VISADO** del mismo.

PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL APROBADO

El Titular de la Entidad después de revisar y dar conformidad al Plan de Acción Anual -Sección Medidas de Control visado, realiza la **APROBACIÓN** del mismo.

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.3 APROBACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTARIOS U OBSERVACIONES
		MEDIDAS DE CONTROL	UO RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIDAS DE VERIFICACIÓN	
				FECHA DE INCIO	FECHA DE TÉRMINO		
Visitas domiciliarias a personas con cáncer terminal	Registro de pacientes con cáncer terminal podría encontrarse desactualizada	Verificar la implementación de un manual de procedimientos relacionado a las actividades de la entidad.3	Oficina de Planeamiento Estratégico / Departamento de Medicina	20/06/2020	20/08/2020	Acta de reuniones sobre la elaboración del manual de procedimientos del departamento de medicina .	Frecuencia semanal
			Dirección General	21/08/2020	21/09/2020	Resolución que aprueba el manual de procedimientos del departamento de medicina .	Frecuencia única
			Oficina de Planeamiento Estratégico	22/09/2020	20/12/2020	Informe de seguimiento de las actividades descritas en el manual de procedimientos del departamento de medicina .	Frecuencia mensual

Titular de la Entidad

V°B° del Funcionario a Cargo de la UE o Responsable de la Implementación del SCI

CASO 2:
Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuno (INSTITUTO)

PASO 1: PRIORIZACIÓN DE PRODUCTOS

1.1 IDENTIFICAR LOS PRODUCTOS Y 1.2 PRIORIZAR LOS PRODUCTOS

ID	TIPO OBJETIVO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES ESTRATEGICAS
1	Tipo I	OEI.01	Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población , con énfasis en las prioridades nacionales	AAEI.01.01 AEI.01.02 : AEI.01.08
2	Tipo I	OEI.02	Garantizar el acceso a ciudadanos y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud, concentradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	AEI.02.01 AEI.02.02 : AEI.02.09
4	Tipo I	OEI.04	Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e integro en el marco de la modernización de la gestión pública.	AEI.04.01 AEI.04.02 : AEI.04.06
4	Tipo I	OEI.05	Mejorar la gestión del desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias, y la disponibilidad equitativa en el país.	AEI.05.01 AEI.05.02 AEI.05.03
⋮		⋮		⋮
8	Tipo I	OEI.08	Fortalecer la gestión del riesgo y defensa	AEI.08.01 AEI.08.02 : AEI.08.05

Identificar los productos

PEI 2019 – 2021(*)

MINISTERIO DE SALUD

(*) Aprobado por Resolución Ministerial-N.° 1334-2018/MINSA

PASO 1: PRIORIZACIÓN DE PRODUCTOS

1.1 IDENTIFICAR LOS PRODUCTOS Y 1.2 PRIORIZAR LOS PRODUCTOS

Identificar los productos

- Vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Prevención y control de enfermedades transmisibles ; fortalecidos con énfasis en las prioridades sanitarias nacionales.
- **Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuno.**
- Mecanismos de generación de evidencia para la toma de decisiones para prevención y control de la enfermedades; implementados.
- Otros productos

Priorizar los productos

- **ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS, EFICIENTE Y OPORTUNO**
- **Procedencia:** PEI 2019 – 2021 - MINSA
- **Criterio (s) de priorización:** Relevancia para la población y Contribución al logro de objetivos.

La entidad puede priorizar más de un producto para la Gestión de Riesgos

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.1 IDENTIFICAR RIESGOS

El producto priorizado por la entidad es: "Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuno".

Atributos del Producto (Características deseadas del producto)	Identificación del Riesgo (Considerando los atributos del producto)
• Inmediata.	• Atención de urgencia y emergencia podría **no ser inmediata.**
• Personal asistencial idóneo.	• Personal asistencial podría **no ser el adecuado.**
• Infraestructura adecuada.	• Salas de urgencia y emergencia podría **no contar con una infraestructura adecuada.**
• Medicamento e insumos médicos suficientes.	• Podría **existir una escasez parcial o total de medicamentos e insumos.**

PASO 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

2.2 VALORAR LOS RIESGOS Y 2.3 DETERMINAR LA TOLERANCIA AL RIESGO

RIESGO IDENTIFICADO	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALOR DEL RIESGO	NIVEL DEL RIESGO	TRATAMIENTO OBLIGATORIO SEGÚN DIRECTIVA (SI / NO)
Atención de urgencia y emergencia podría no ser inmediata.	Media (6)	Alto (8)	48	ALTO	SI
Personal asistencial podría no ser el adecuado.	Media (6)	Muy Alto (10)	60	ALTO	SI
Salas de urgencia y emergencia podría no contar con una infraestructura adecuada.	Alto(8)	Muy alto(10)	80	MUY ALTO	SI
Podría existir una escasez parcial o total de medicamentos e insumos.	Alta (8)	Muy alto (10)	80	MUY ALTO	SI

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.1 ESTABLECER LAS MEDIDAS DE CONTROL

RIESGO IDENTIFICADO	CAUSAS	MEDIDAS DE CONTROL
Podría existir una escasez parcial o total de medicamentos e insumos.	No se cuenta con almacén en farmacia adecuado para cubrir la demanda en medicamentos e insumos	Realizar un rediseño de espacio para un adecuado almacenamiento de medicamentos e insumos
	No se ha realizado un buen análisis de la demanda de medicamentos e insumos	Realizar un adecuado inventario de medicamentos e insumos.
	Perdida de medicamentos en insumos por personal con conductas inapropiadas	Realizar la Identificación y sanción a las personas que cuenten con conductas inadecuadas relacionadas a la perdida de medicamentos e insumos.

IMPORTANTE:

- Se puede identificar una o mas causas por cada riesgo identificado y valorado
- Se puede establecer una o más medidas de control por cada causa identificada.

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.2 ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

MEDIDAS DE CONTROL	UO RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIO DE VERIFICACIÓN
		FECHA DE INCIO	FECHA DE TÉRMINO	
Realizar un adecuado inventario de medicamentos e insumos.	Unidad de Soporte al Diagnóstico y al Tratamiento	01/07/2020	30/07/2020	Proyecto de informe que contiene un programa de inventario de medicamentos e insumos. (Frecuencia anual)
	Dirección General	01/08/2020	15/08/2020	Informe aprobado que contiene un programa de inventario de medicamentos e insumos. (Frecuencia anual)
	Unidad de Soporte al Diagnóstico y al Tratamiento	16/08/2020	30/12/2020	Informe que contiene el inventario realizado de medicamentos e insumos. (Frecuencia trimestral)

IMPORTANTE:

- Deben numerar la medida de control por cada medio de verificación asignado para que el aplicativo informático permita grabar la información sin inconvenientes.

PASO 3: PLAN DE ACCIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL

3.3 APROBACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

PRODUCTOS PRIORIZADOS	RIESGO IDENTIFICADO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE CONTROL					COMENTAROS U OBSERVACIONES
		MEDIDAS DE CONTROL	UO RESPONSABLE	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		MEDIDAS DE VERIFICACIÓN	
				FECHA DE INCIO	FECHA DE TÉRMINO		
Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuno	Podría existir una escasez parcial o total de medicamentos e insumos	Realizar un adecuado inventario de medicamentos e insumos.	Unidad de Soporte al Diagnóstico y al Tratamiento	01/07/2020	30/07/2020	Proyecto de informe que contiene un programa de inventario de medicamentos e insumos.	(Frecuencia anual)
			Dirección General	01/08/2020	15/08/2020	Informe aprobado que contiene un programa de inventario de medicamentos e insumos.	(Frecuencia anual)
			Unidad de Soporte al Diagnóstico y al Tratamiento	16/08/2020	30/12/2020	Informe que contiene el inventario realizado de medicamentos e insumos.	(Frecuencia trimestral)

Titular de la Entidad

V°B° del Funcionario a Cargo de la UE o Responsable de la Implementación del SCI

APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

TIPS A CONSIDERAR

1. Se recomienda el uso de Google Chrome para utilizar el aplicativo informático del Sistema de Control Interno

2. Se recomienda actualizar los cambios en el aplicativo utilizando "**Ctrl + F5**"

3. Se recomienda no ingresar al aplicativo informático del Sistema de Control Interno con dos (02) perfiles en la misma computadora y al mismo tiempo *(Ejemplo: Ingreso con el perfil "Funcionario Responsable" e ingreso con el perfil "Operador")*

LA ENTIDAD DEBE CONSIDERAR LAS SIGUIENTES PRECISIONES ANTES DE ESTABLECER LAS MEDIDAS DE CONTROL Y ELABORAR EL PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL

1. La entidad puede registrar en el "Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control" uno o más **RIESGOS** por cada **PRODUCTO PRIORIZADO**.

2. La entidad puede registrar en el "Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control" una o más **MEDIDAS DE CONTROL** por cada **RIESGO IDENTIFICADO**.

3. Se recomienda ingresar por lo menos tres (03) **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** por cada **MEDIDA DE CONTROL ESTABLECIDA**.

4. La fecha de inicio para el plazo de implementación debe ser mayor o igual al 20/05/2019.

5. La fecha de término para el plazo de implementación debe ser menor o igual al 31/12/2020.

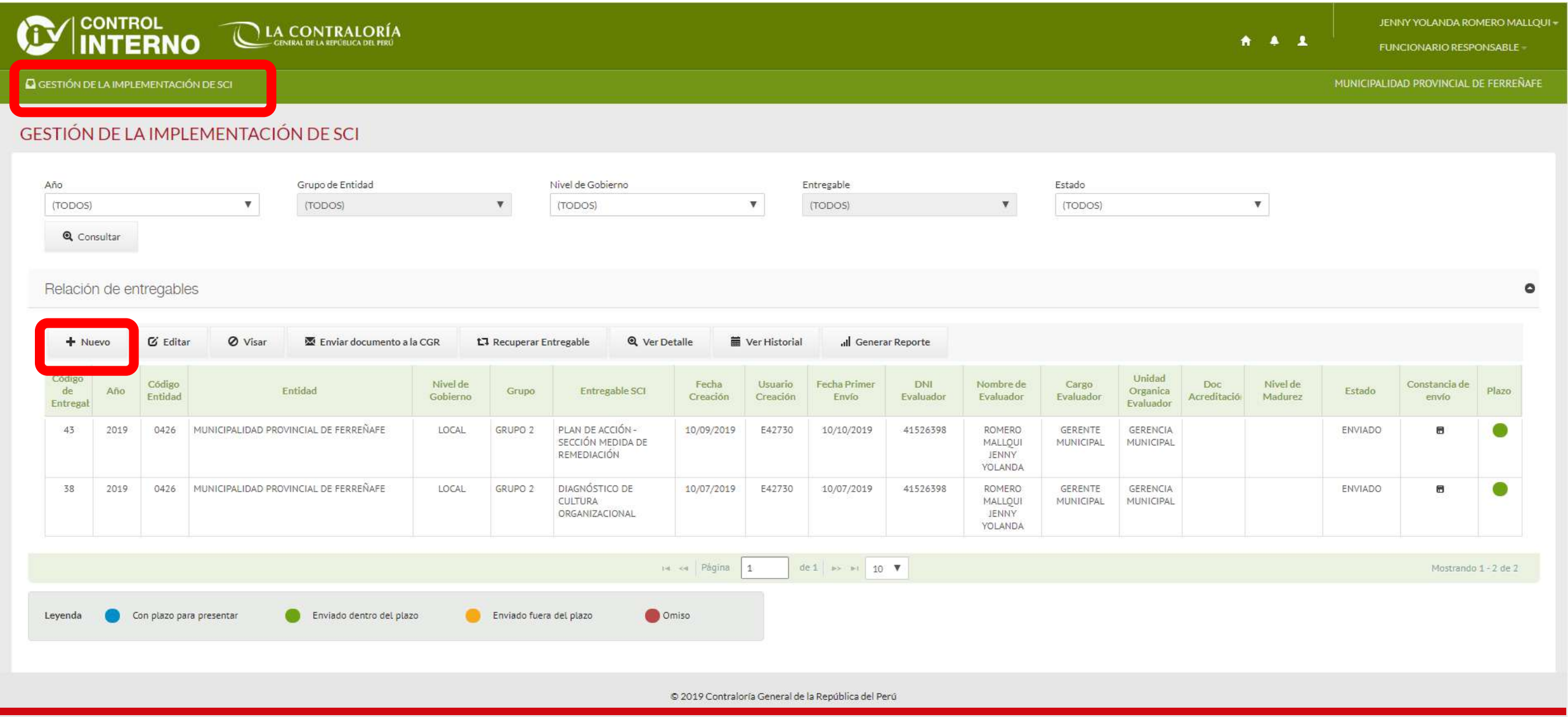
¿Cómo registro y envío el “Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control” en el aplicativo informático del Sistema de Control Interno?

ROLES EN EL FLUJO DEL ENTREGABLE DEL "PLAN DE ACCIÓN ANUAL – SECCIÓN MEDIDAS DE CONTROL" (*)

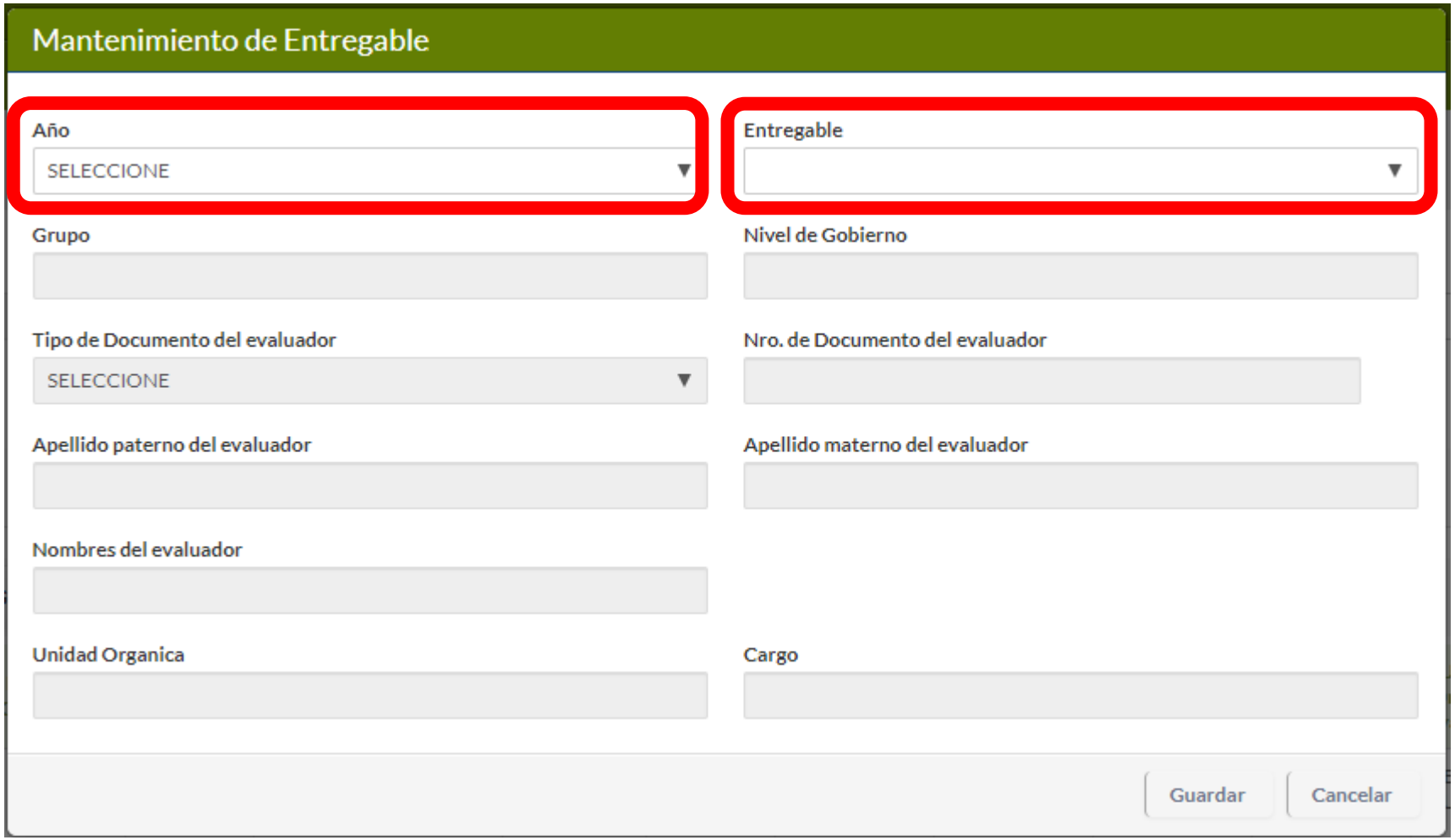
Rol	1. Crear Entregable	2. Registrar detalle del Entregable	3. Visar	4. Aprobar	5. Generar Reporte	6. Enviar a CGR
Titular	NO	NO	NO	SI	SI	SI
Funcionario Responsable	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Operador	SI	SI	NO	NO	SI	NO

(*) Solo puede recuperar el entregable el Rol que lo ha enviado

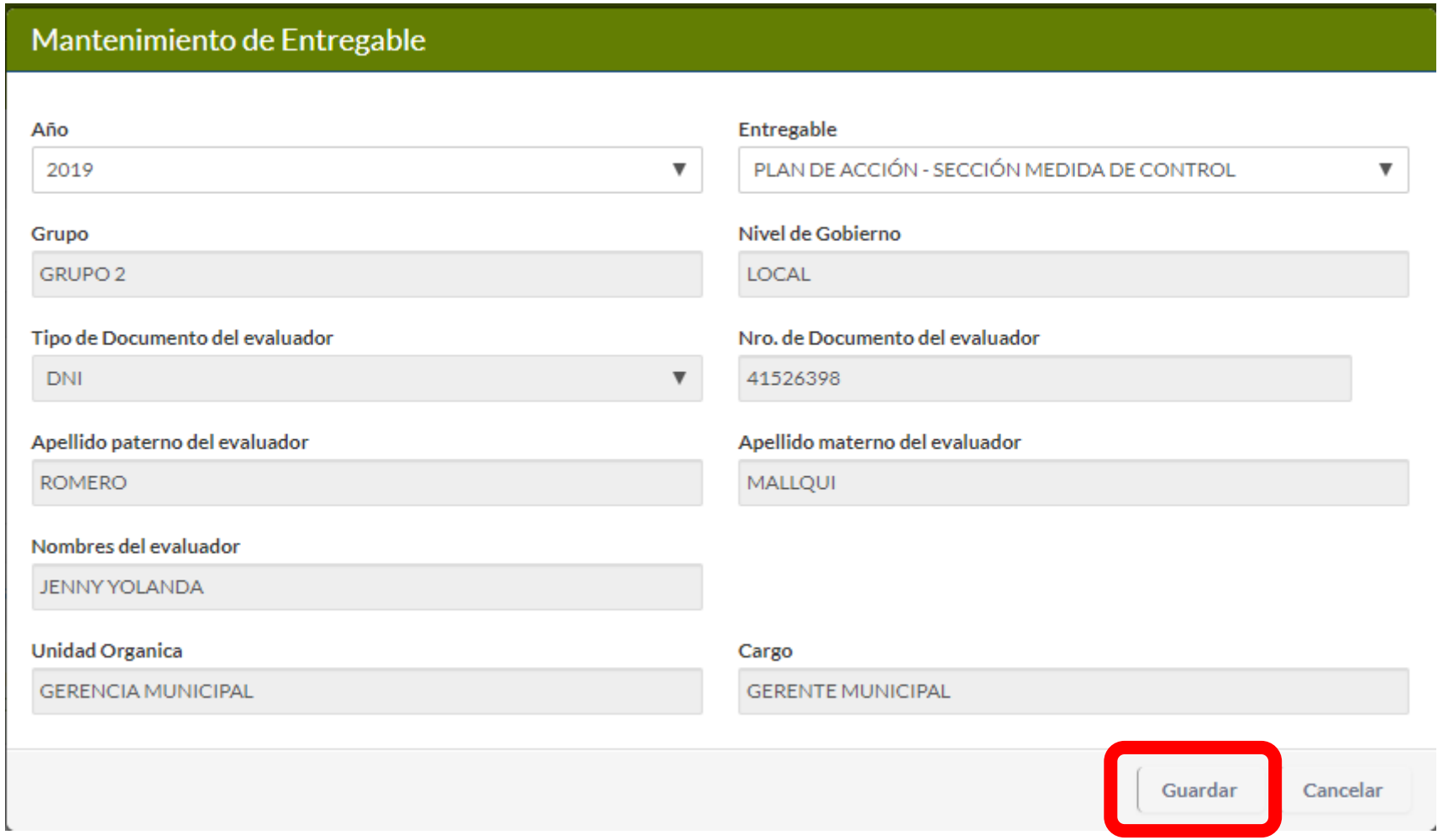
1. En la sección **“GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI”,** darle click a la pestaña **“Nuevo”**



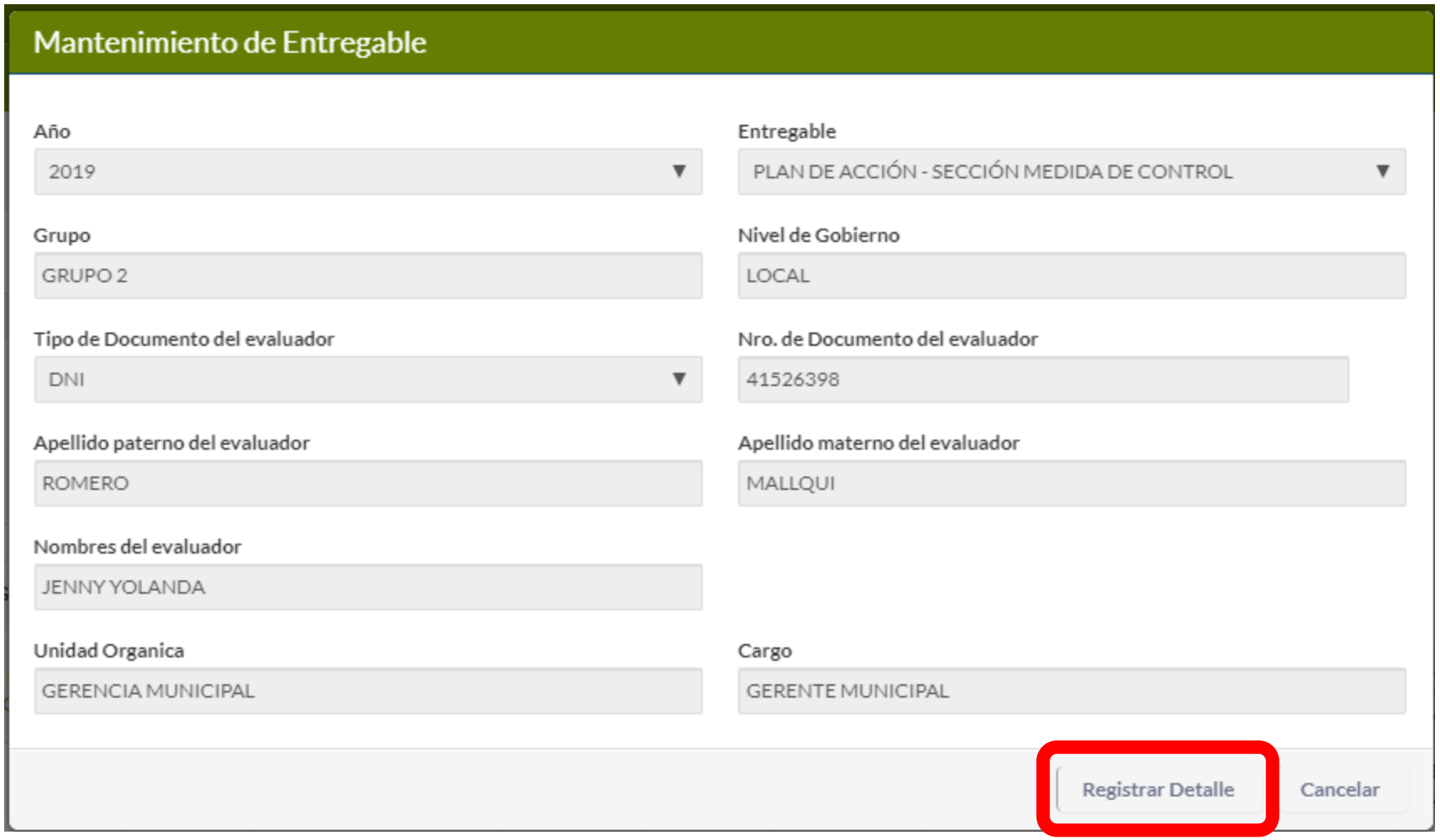
2. Se visualiza **"Mantenimiento de Entregable",** seleccionar como **Año: 2019** y como **Entregable: "Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control"**



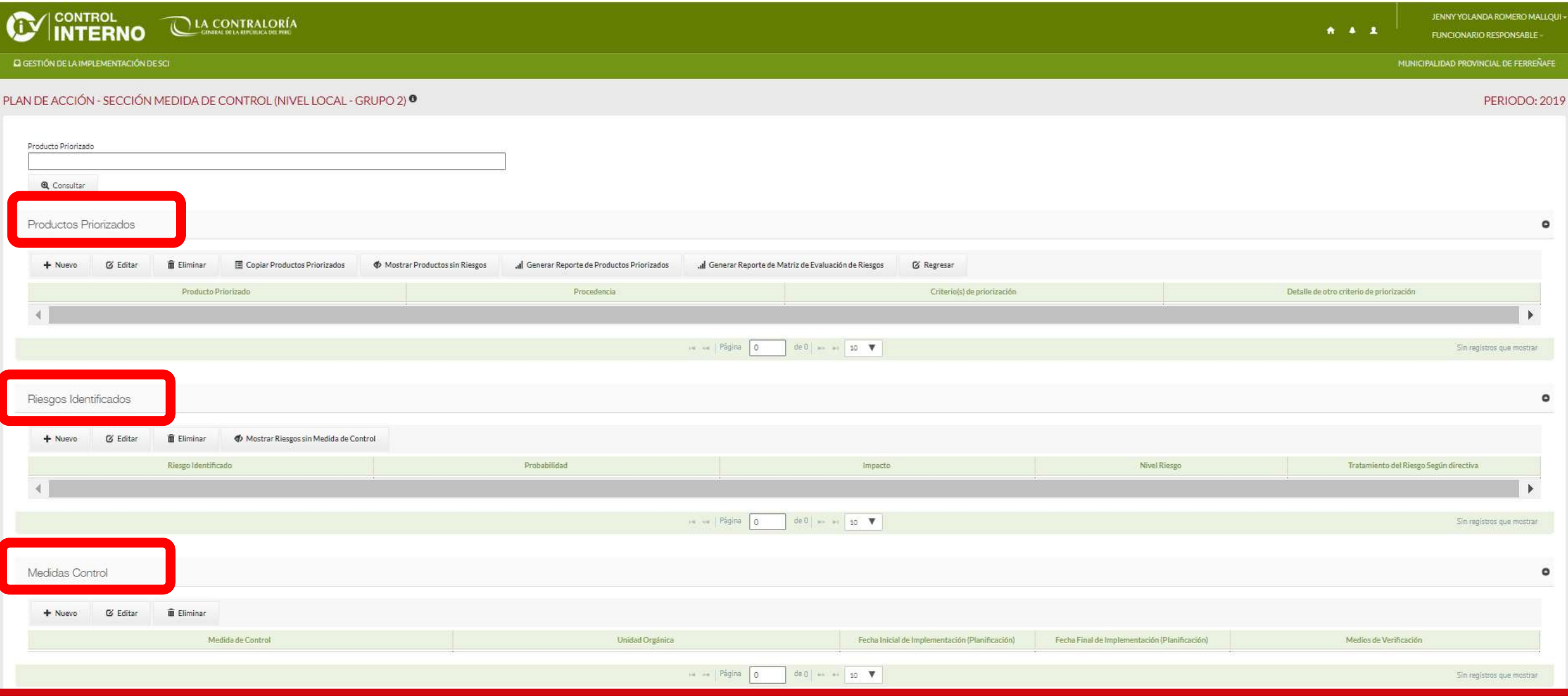
3. Luego de seleccionar el Año y Entregable, se completa en automático el formulario con los datos del Funcionario Responsable, se da click en **"Guardar"**



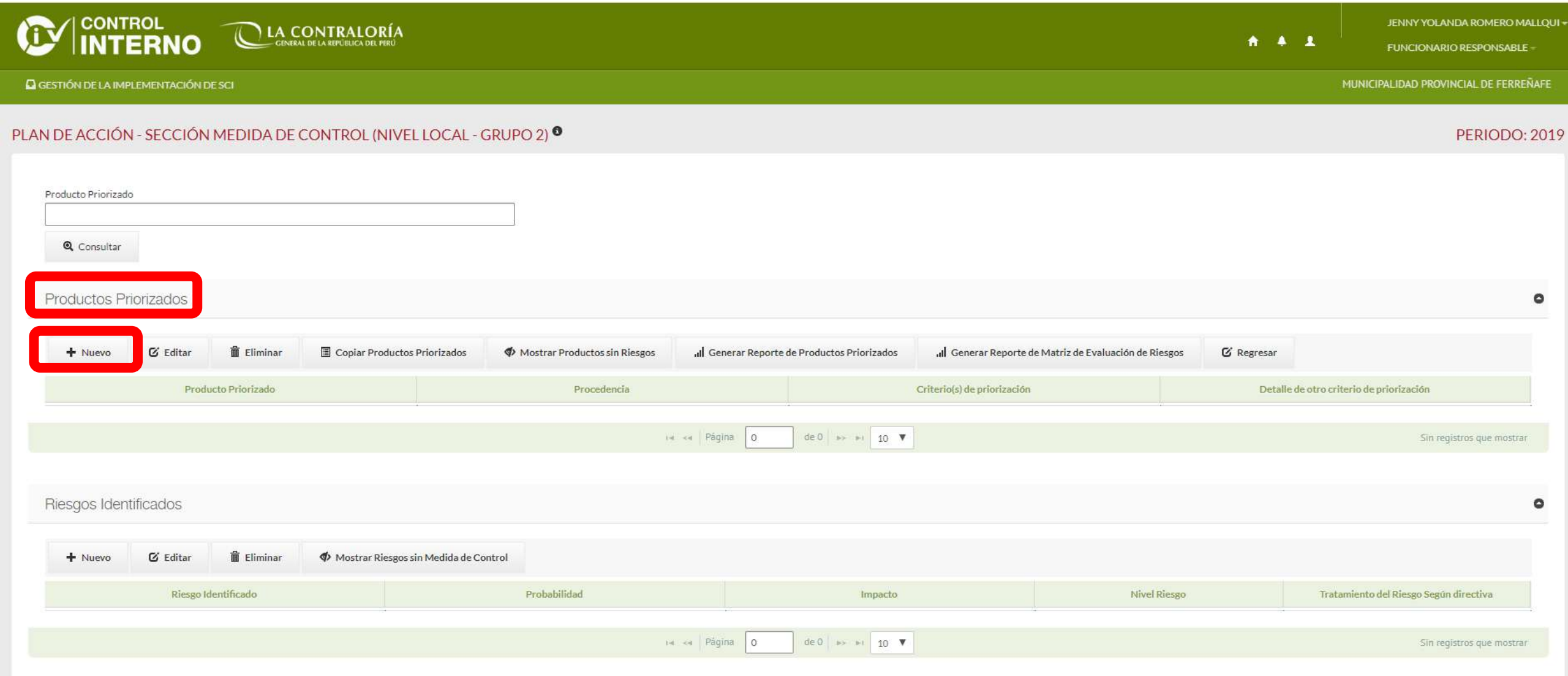
4. Se visualiza el formulario **"Mantenimiento de Entregable"** con la opción "Registrar Detalle", se da click en esa pestaña



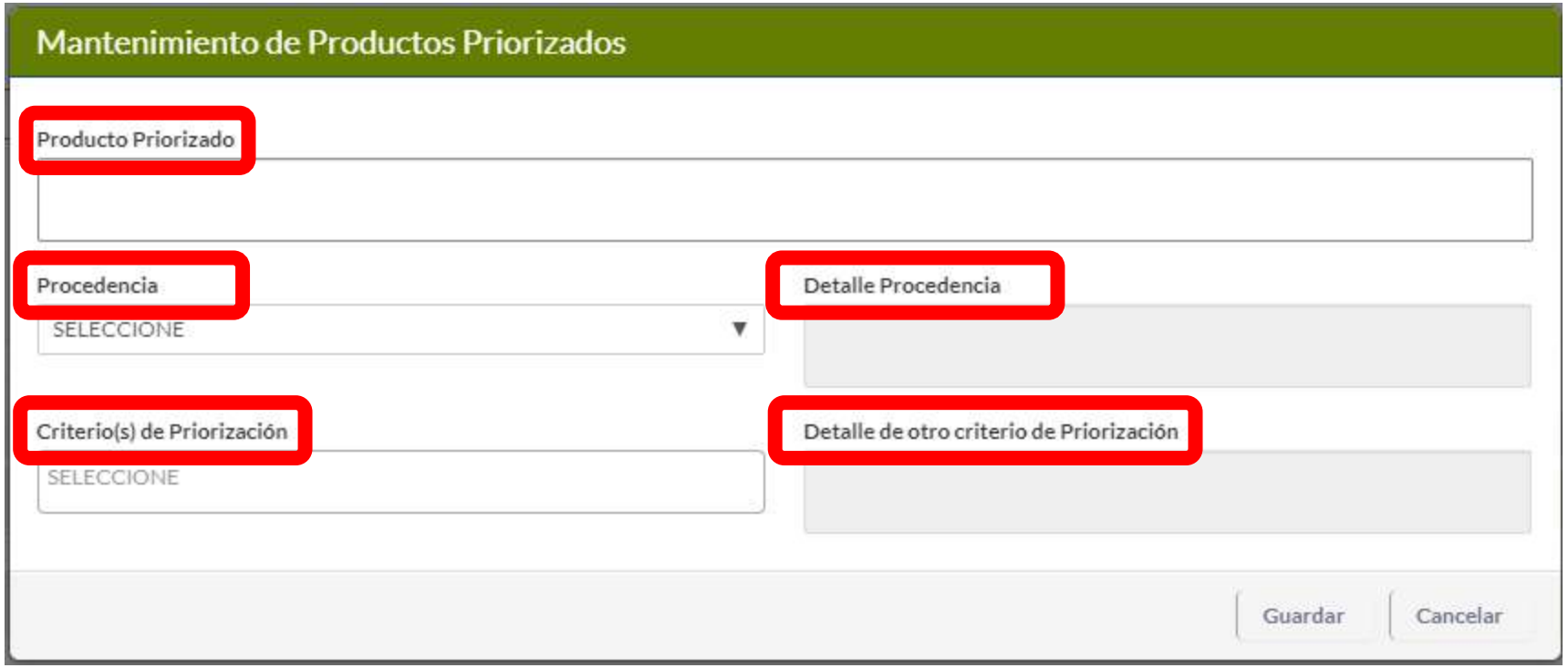
5. Se visualiza el formulario **“Plan de Acción Anual – Sección Medida de Control”** con las secciones: **“Productos Priorizados”**, **“Riesgos Identificados”** y **“Medidas de Control”**



6. En la Sección **"Productos Priorizados"**, se da click en nuevo.

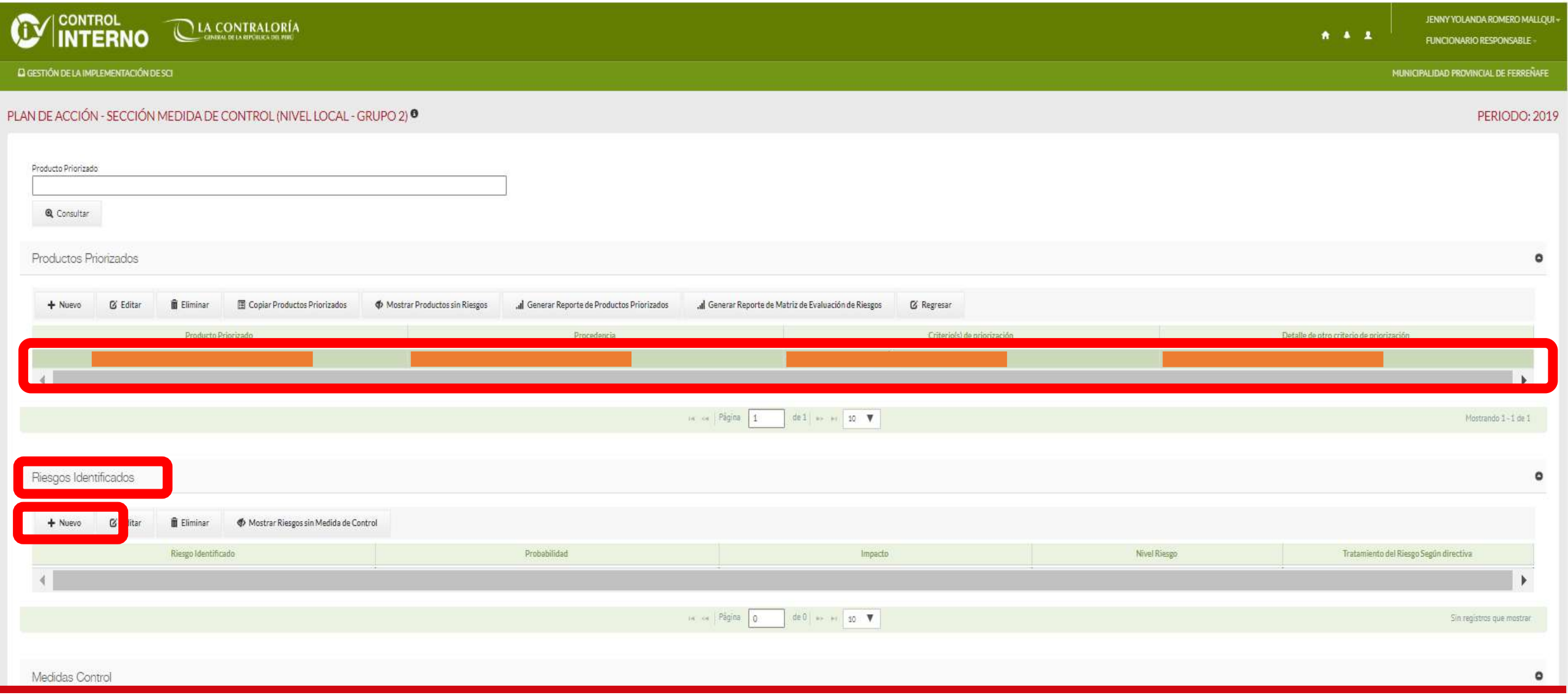


7. Se visualiza el formulario **“Mantenimiento de Productos Priorizados”**, se completa la información: **”Producto Priorizado”**, **“Procedencia”**, **“Detalle de Procedencia”**, **“Criterios de Priorización”**



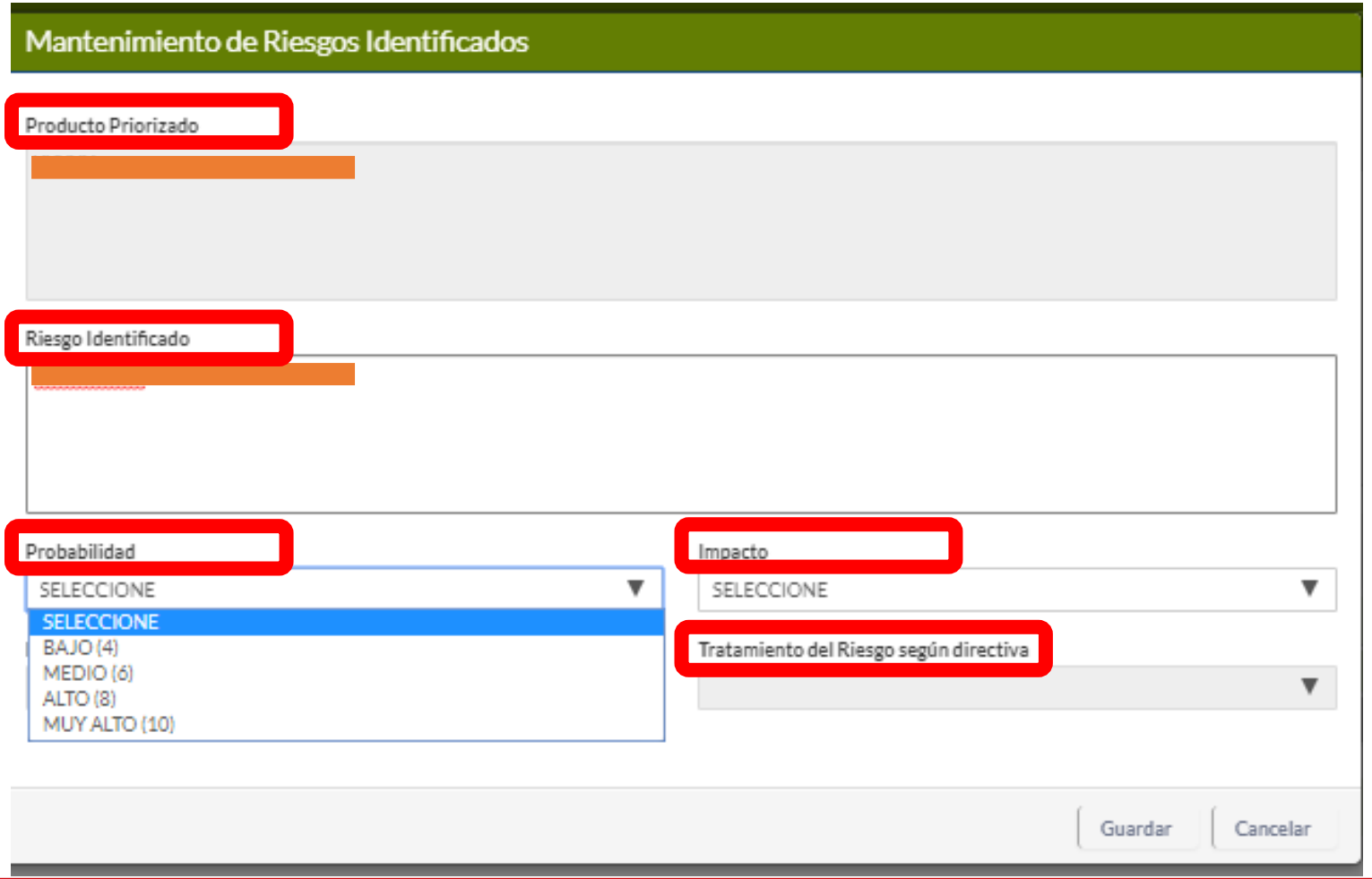
8. Cuando el formulario se encuentre con la información registrada se da click en **“Guardar”**

9. En la Sección **“Riesgos identificados”**, se da click en **“Nuevo”** para registrar los riesgo identificados
Previo a esa acción se debe seleccionar el **“Producto Priorizado”** que asociaremos los riesgos identificados



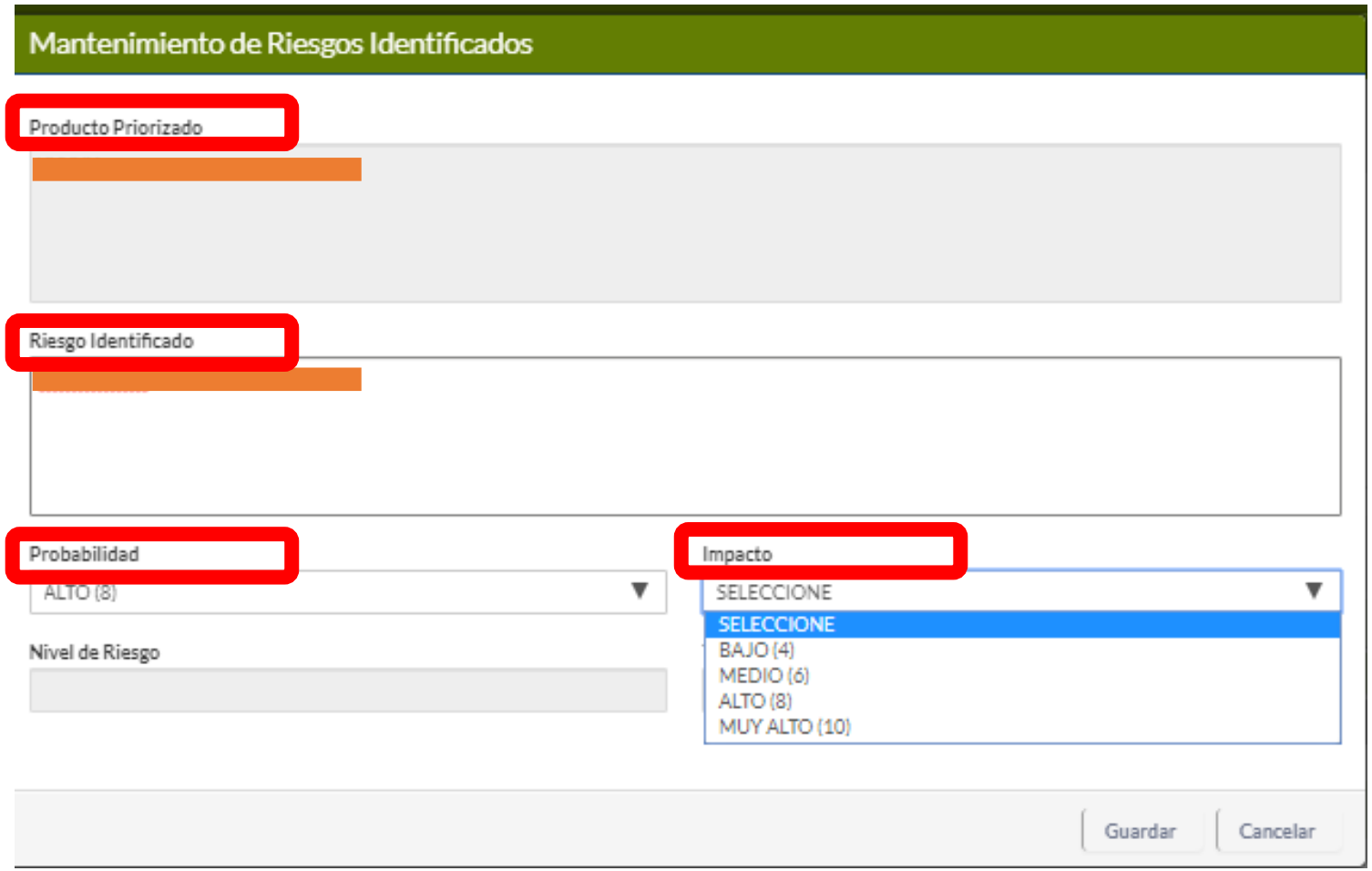
10. Se visualiza el formulario **“Mantenimiento de Riesgos Identificados”**, se completa la información: **”Riesgo Identificado”**, **“Procedencia”**, **“Probabilidad”**, **“Impacto”.**

Se visualiza en automático el **“Tratamiento del Riesgo”** de acuerdo a las disposiciones de la Directiva (Obligatorio / No Obligatorio)

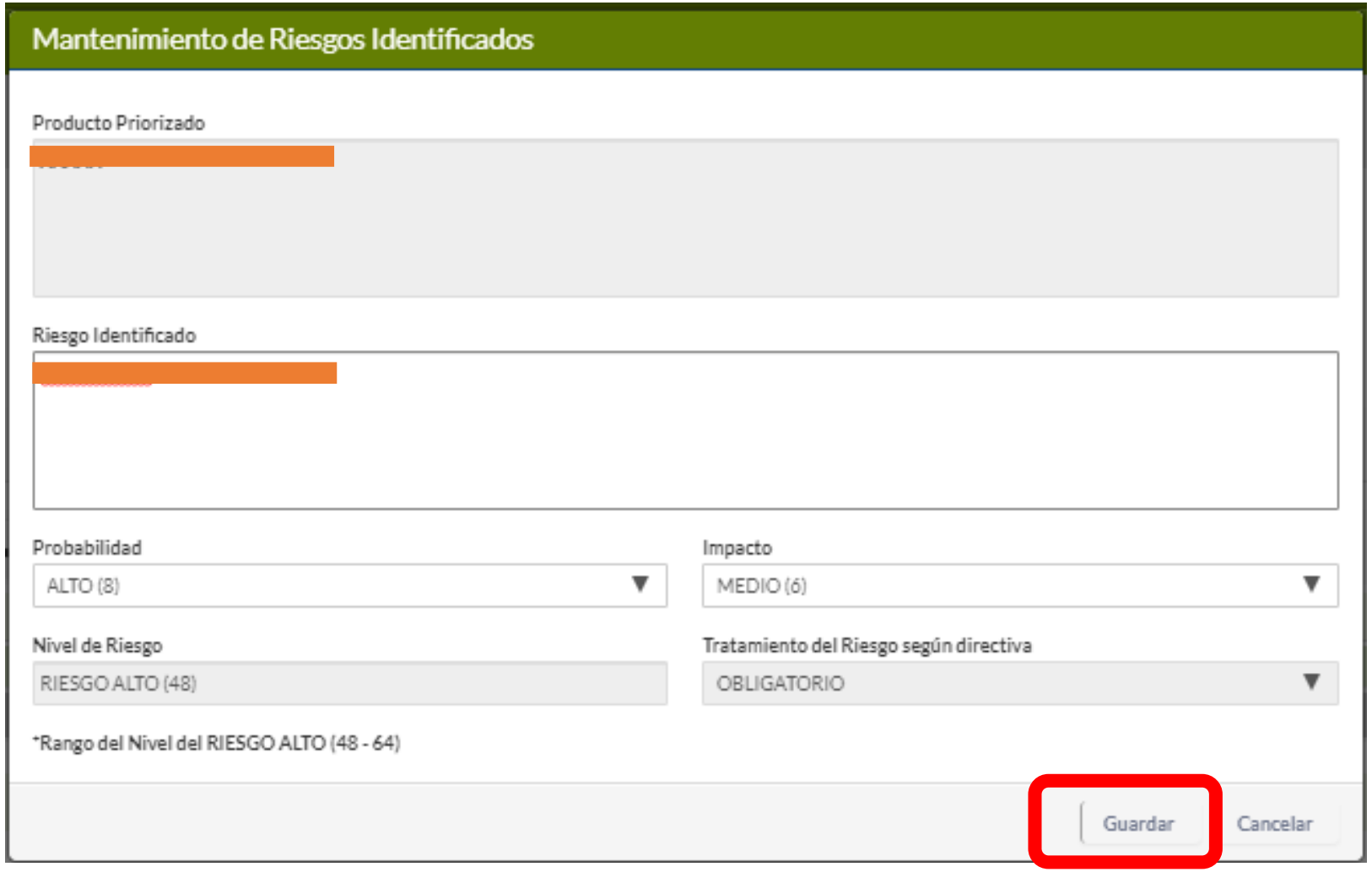


11. Se visualiza el formulario **“Mantenimiento de Riesgos Identificados”**, se completa la información: **”Riesgo Identificado”**, **“Procedencia”**, **“Probabilidad”**, **“Impacto”.**

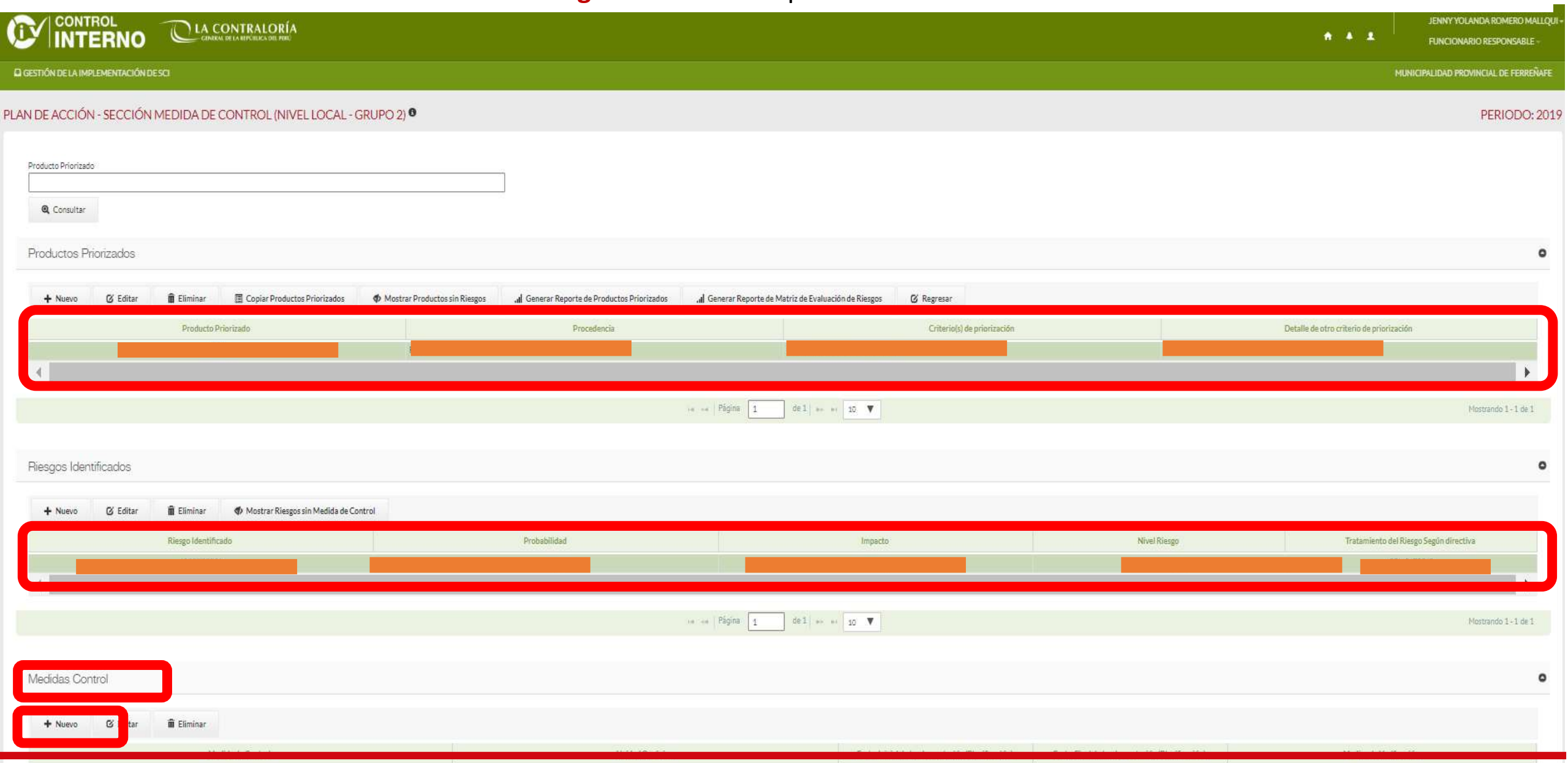
Se visualiza en automático el **“Tratamiento del Riesgo”** de acuerdo a las disposiciones de la Directiva (Obligatorio / No Obligatorio)



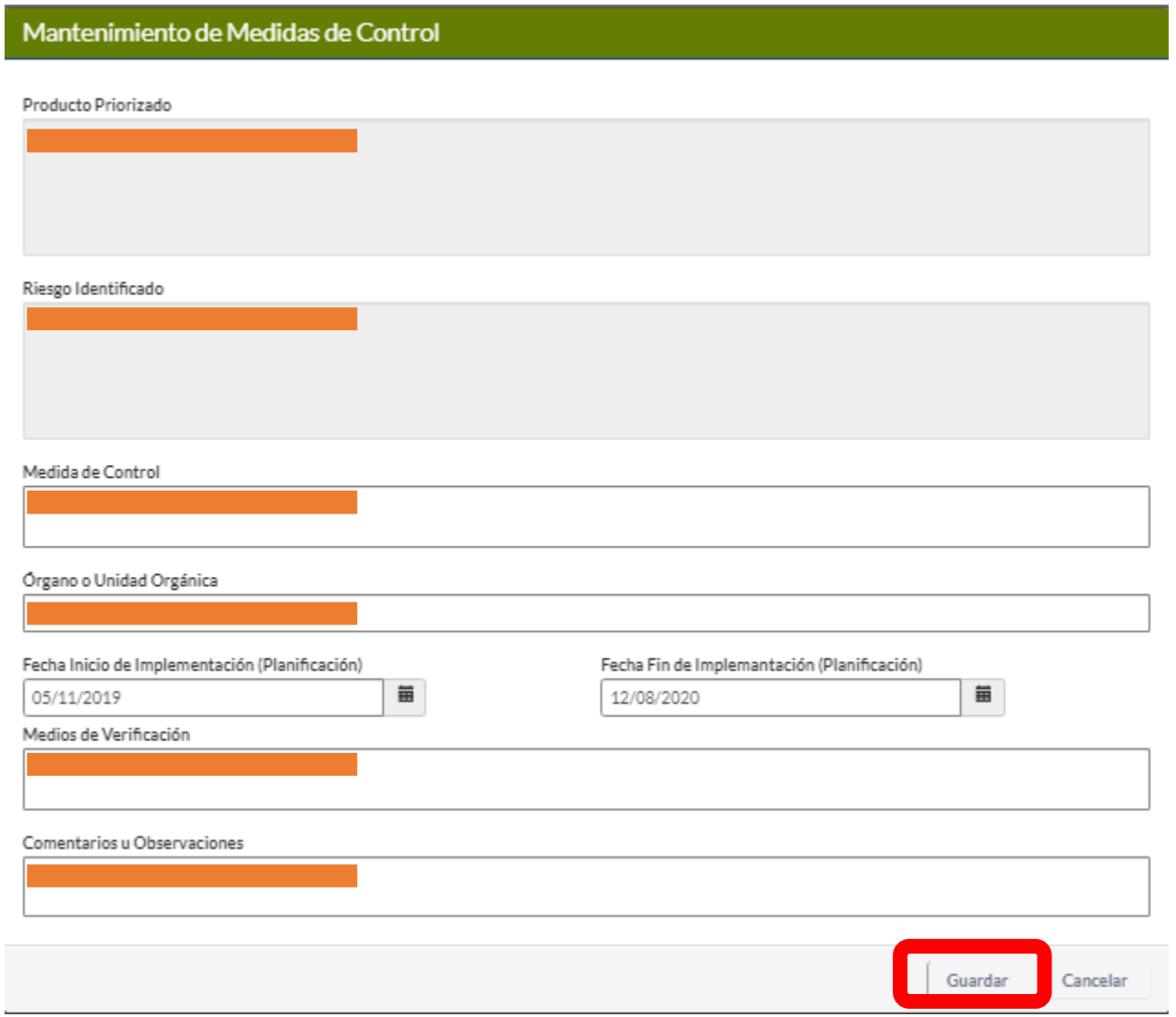
12. Cuando el formulario se encuentre con la información registrada se da click en **"Guardar"**



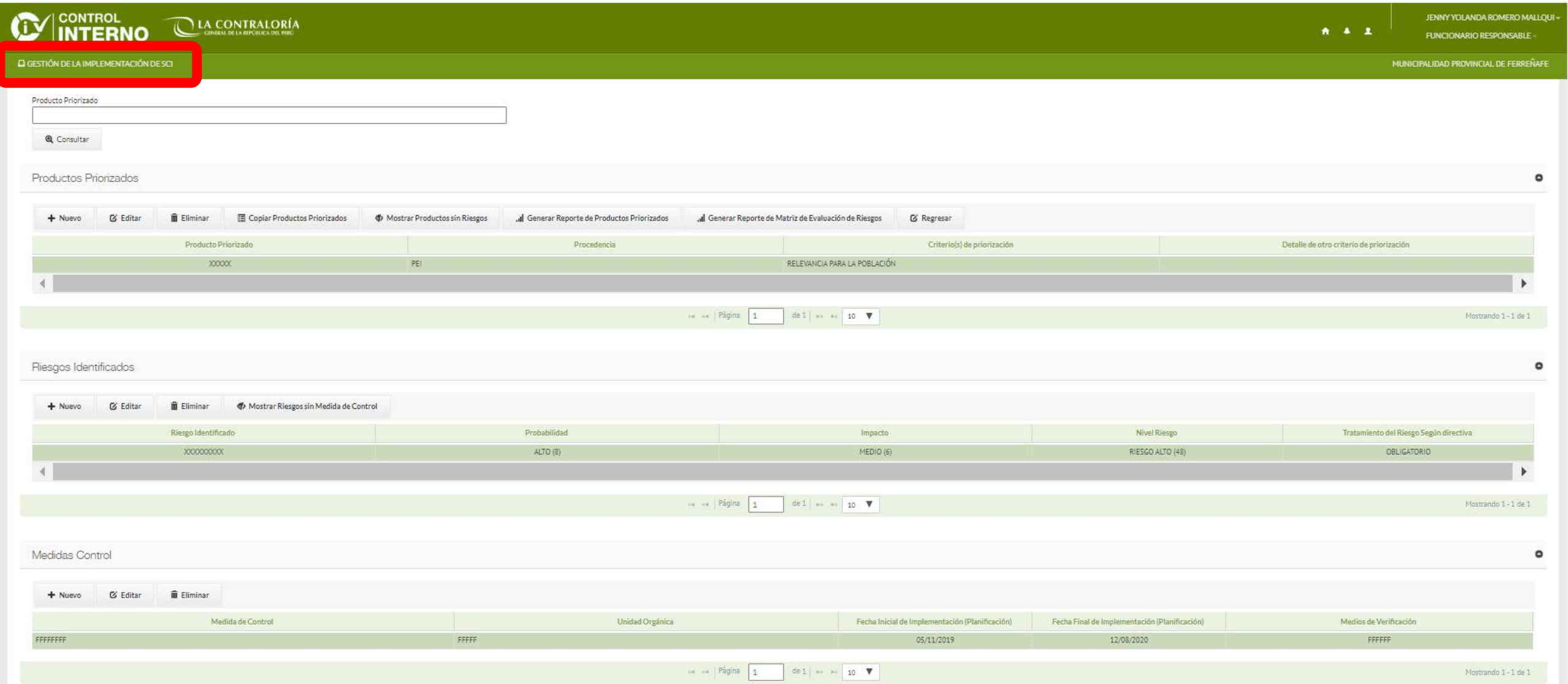
13. En la Sección **"Medidas de Control"**, se da click en **"Nuevo"** para registrar las medidas establecidas
Previo a esa acción se debe seleccionar el **"Riesgo Identificado"** que asociaremos las medidas establecidas



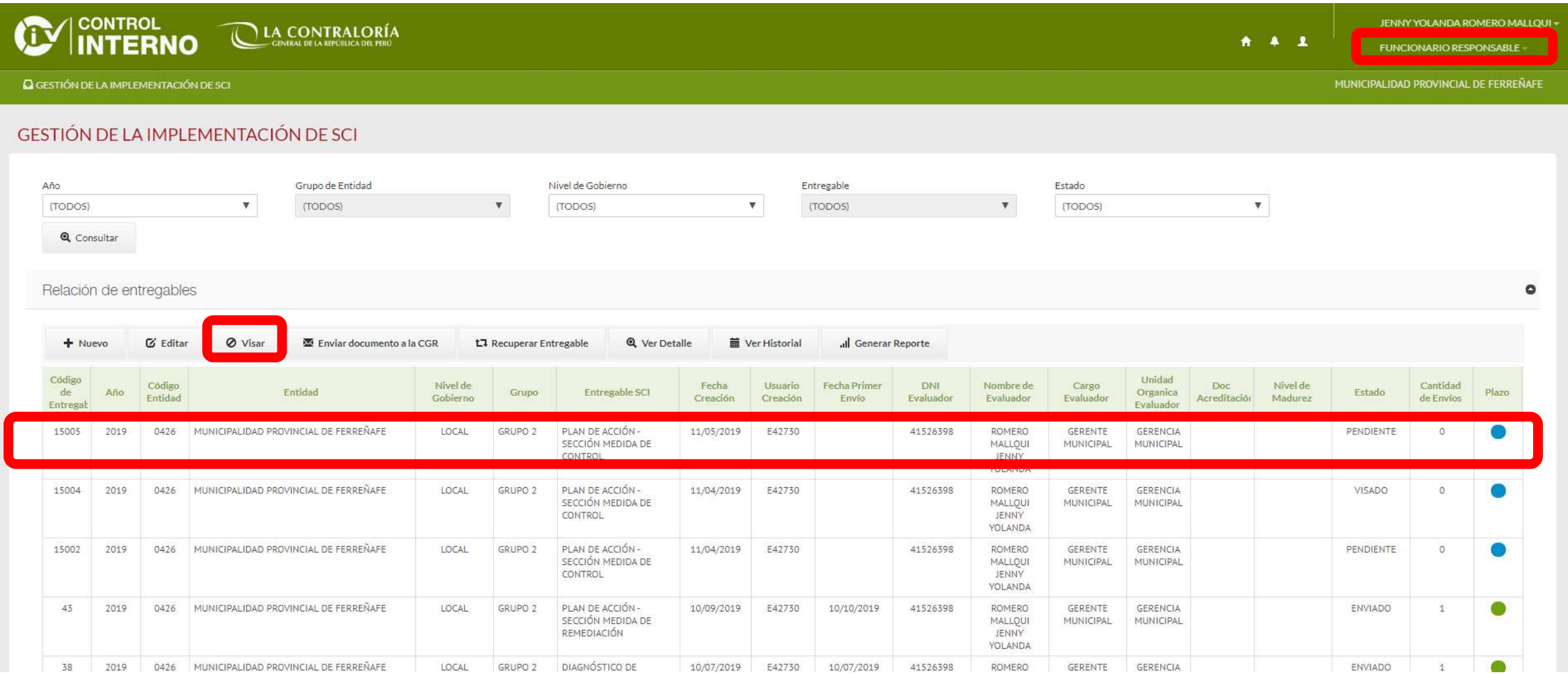
14. Se visualiza el formulario **“Mantenimiento de Medidas de Control”**, se completa la información: **”Medida de Control”**, **“Órgano o Unidad Orgánica”**, **“Fecha de Inicio”**, **“Fecha de Término”**, **“Medio de Verificación”**, **“Comentario u Observación”.** Cuando el formulario se encuentre con la información registrada se da click en **“Guardar”**



15. Cuando se ha registrado toda la información se da click en la pestaña **"Gestión de la Implementación del SCI"**



16. El Rol “Funcionario Responsable” visa el “Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control”



Código de Entregal	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE REMEDIACIÓN	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	
38	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	DIAGNÓSTICO DE	10/07/2019	E42730	10/07/2019	41526398	ROMERO	GERENTE	GERENCIA			ENVIADO	1	

17. El Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control se encuentra en estado **"Visado"**

CONTROL INTERNO — LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

JENNY YOLANDA ROMERO MALLQUI

FUNCIONARIO RESPONSABLE

GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE

GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI

Año: (TODOS) | Grupo de Entidad: (TODOS) | Nivel de Gobierno: (TODOS) | Entregable: (TODOS) | Estado: (TODOS)

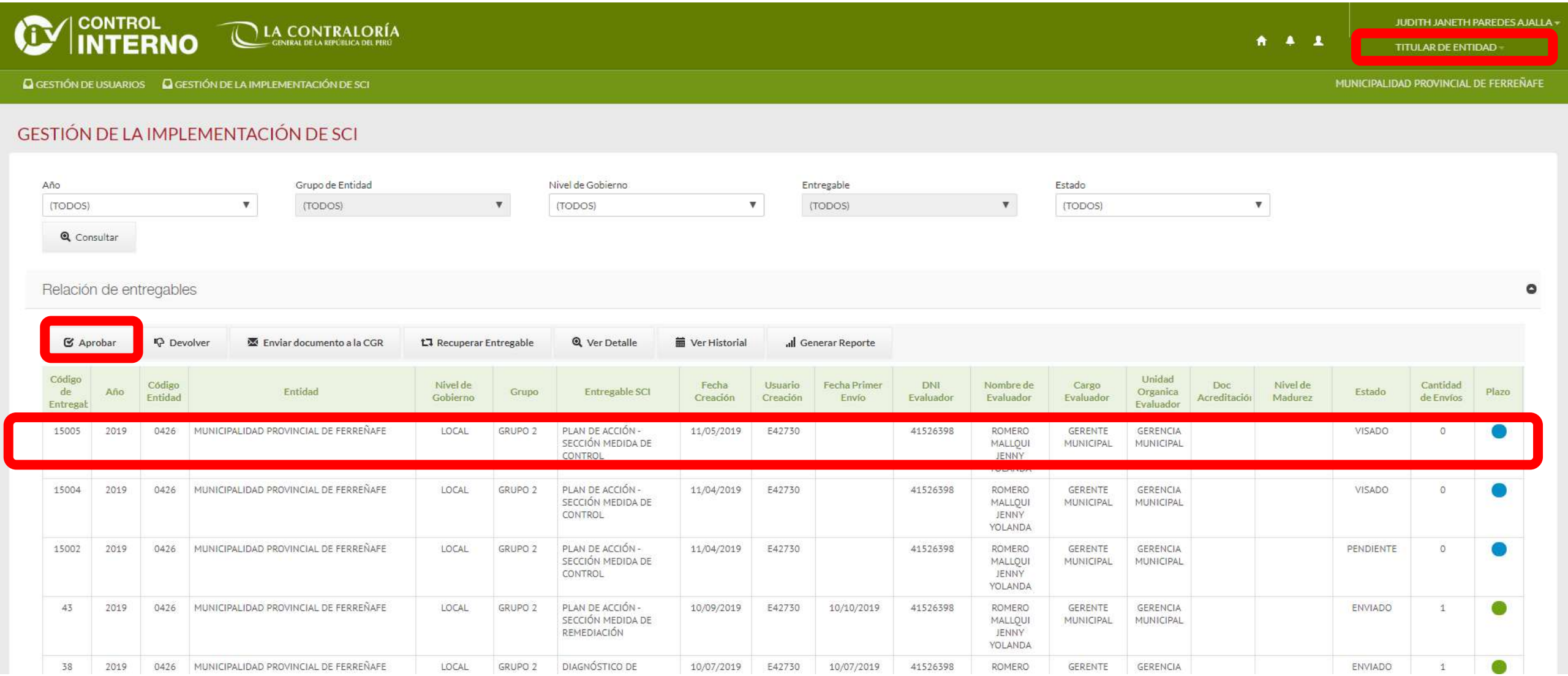
Consultar

Relación de entregables

Nuevo | Editar | Visar | Enviar documento a la CGR | Recuperar Entregable | Ver Detalle | Ver Historial | Generar Reporte

Código de Entregat	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE REMEDIACIÓN	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	
38	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	DIAGNÓSTICO DE	10/07/2019	E42730	10/07/2019	41526398	ROMERO	GERENTE	GERENCIA			ENVIADO	1	

18. El Rol “Titular” visa el “Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control”



Código de Entregal	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE REMEDIACIÓN	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	
38	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	DIAGNÓSTICO DE	10/07/2019	E42730	10/07/2019	41526398	ROMERO	GERENTE	GERENCIA			ENVIADO	1	

19. El Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control se encuentra en estado "Aprobado"

CONTROL INTERNO — LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

JUDITH JANETH PAREDES AJALLA — TITULAR DE ENTIDAD

GESTIÓN DE USUARIOS | GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE

GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI

Año: (TODOS) | Grupo de Entidad: (TODOS) | Nivel de Gobierno: (TODOS) | Entregable: (TODOS) | Estado: (TODOS)

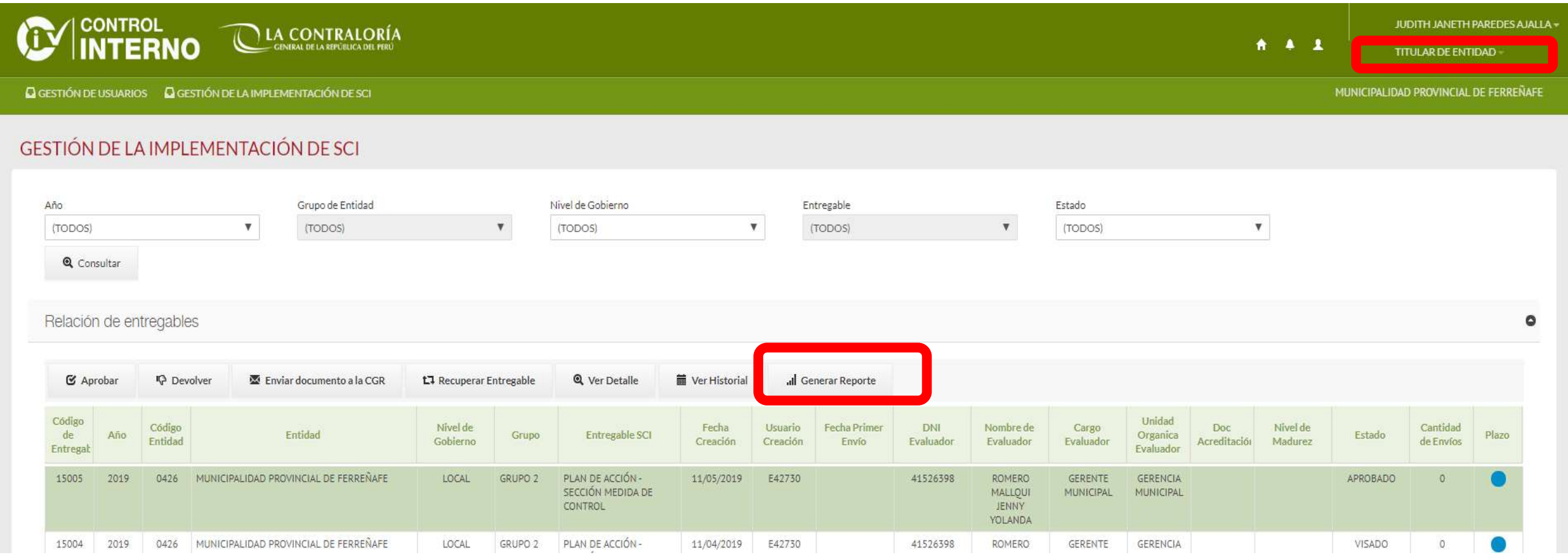
Consultar

Relación de entregables

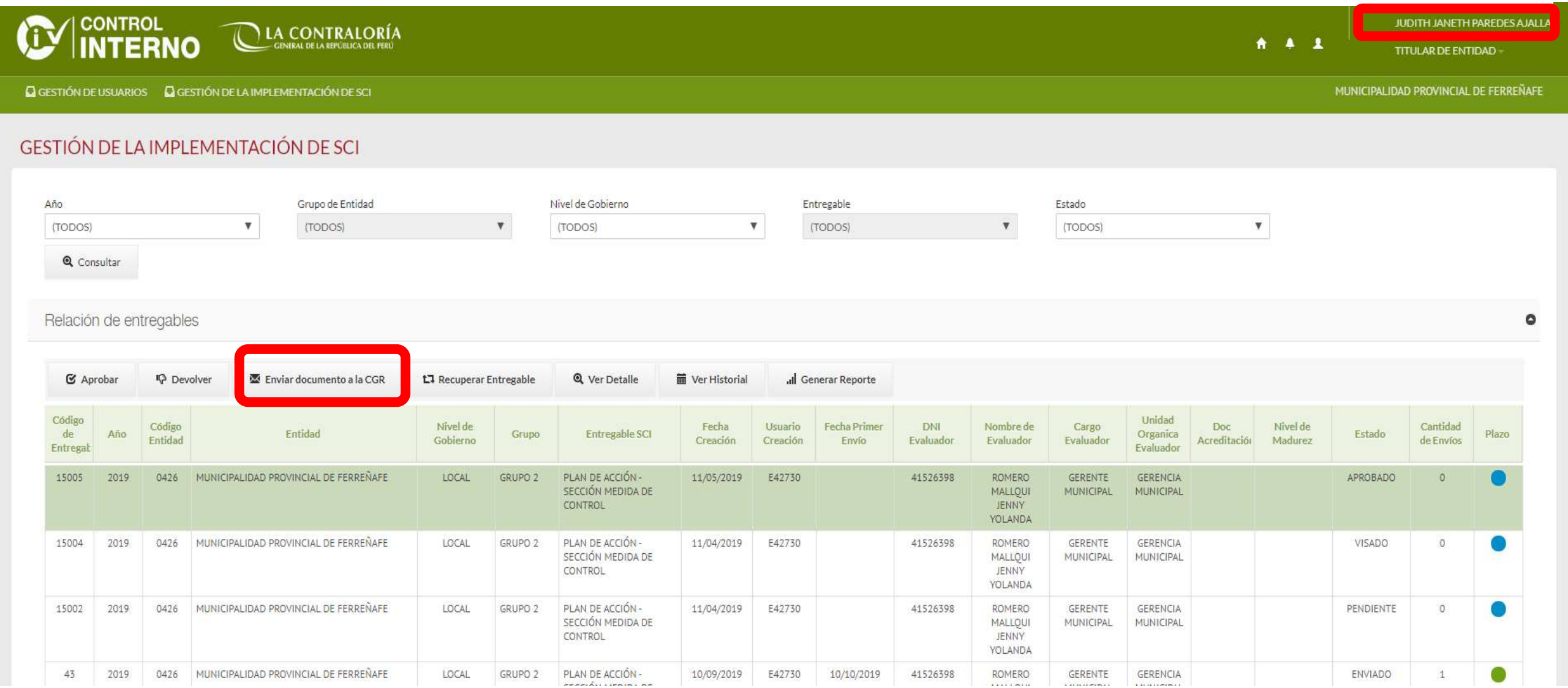
Aprobar | Devolver | Enviar documento a la CGR | Recuperar Entregable | Ver Detalle | Ver Historial | Generar Reporte

Código de Entregat	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			APROBADO	0	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE REMEDIACIÓN	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	

20. El Rol **"Titular"** o **"Funcionario Responsable"** genera el reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control aprobado, luego se imprime para ser firmado (Titular) y visado (Funcionario Responsable).
El **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** se escanea para su envío a la CGR

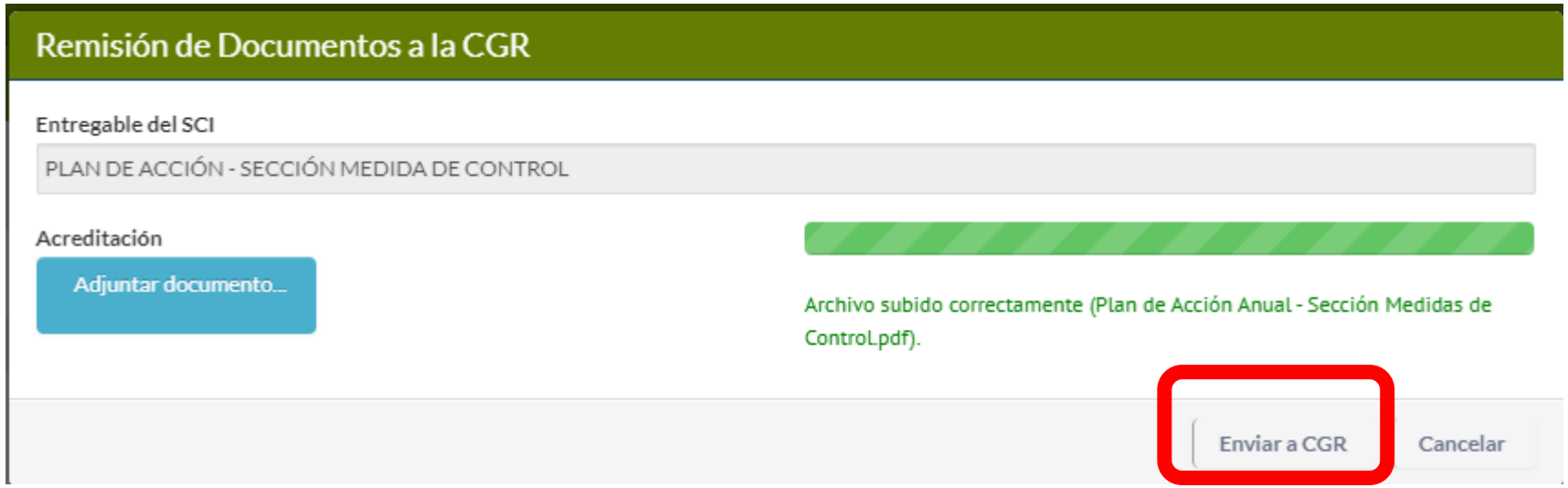


21. El Rol **"Titular"** o **"Funcionario Responsable"** envía el **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** a la CGR

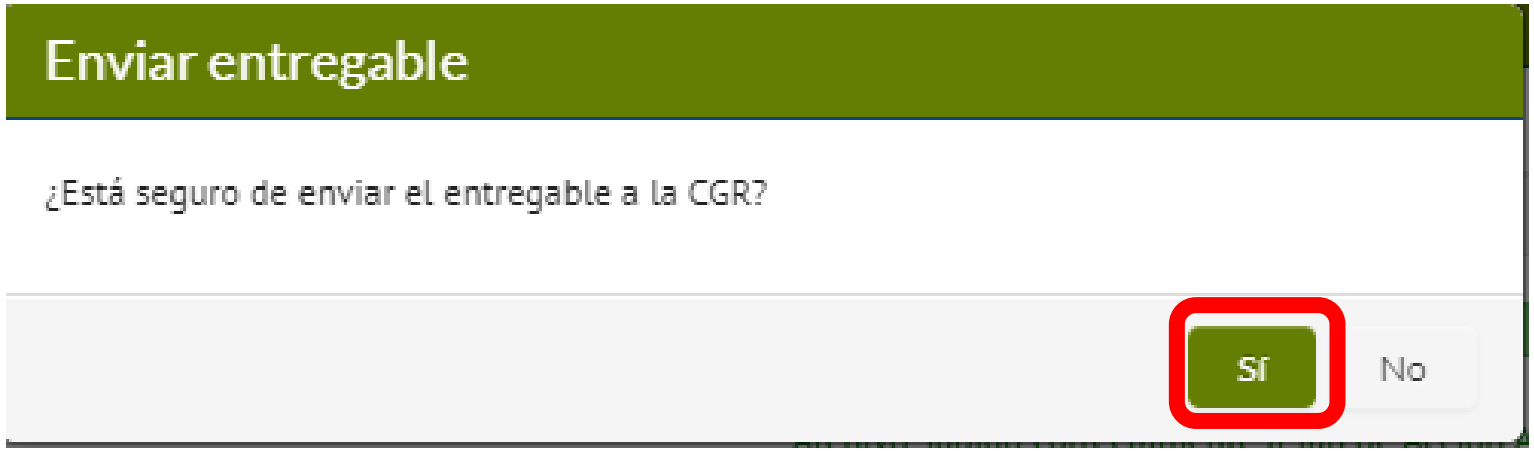


Código de Entregat	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			APROBADO	0	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN -	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO	GERENTE	GERENCIA			ENVIADO	1	

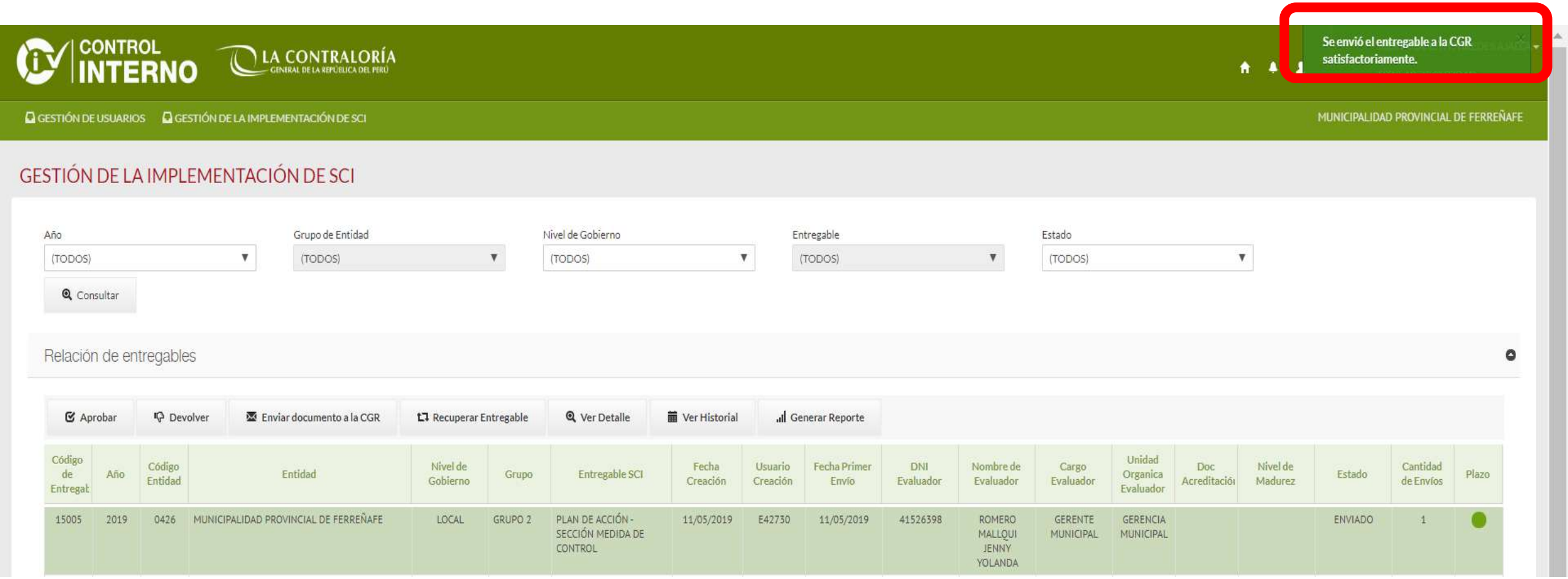
22. Se adjunta el **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** escaneado en PDF



23. Se envía el **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** escaneado en PDF



24. El **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** ha sido enviado



25. El **Reporte del Plan de Acción Anual – Sección Medidas de Control** ha sido enviado

CONTROL INTERNO — LA CONTRALORÍA General de la República del Perú

JUDITH JANETH PAREDES AJALLA — TITULAR DE ENTIDAD

GESTIÓN DE USUARIOS | GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI | MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE

GESTIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SCI

Año: (TODOS) | Grupo de Entidad: (TODOS) | Nivel de Gobierno: (TODOS) | Entregable: (TODOS) | Estado: (TODOS)

Consultar

Relación de entregables

Aprobar | Devolver | Enviar documento a la CGR | Recuperar Entregable | Ver Detalle | Ver Historial | Generar Reporte

Código de Entregal	Año	Código Entidad	Entidad	Nivel de Gobierno	Grupo	Entregable SCI	Fecha Creación	Usuario Creación	Fecha Primer Envío	DNI Evaluador	Nombre de Evaluador	Cargo Evaluador	Unidad Organica Evaluador	Doc Acreditació	Nivel de Madurez	Estado	Cantidad de Envíos	Plazo
15005	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/05/2019	E42730	11/05/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	
15004	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			VISADO	0	
15002	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE CONTROL	11/04/2019	E42730		41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			PENDIENTE	0	
43	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	PLAN DE ACCIÓN - SECCIÓN MEDIDA DE REMEDIACIÓN	10/09/2019	E42730	10/10/2019	41526398	ROMERO MALLQUI JENNY YOLANDA	GERENTE MUNICIPAL	GERENCIA MUNICIPAL			ENVIADO	1	
38	2019	0426	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE FERREÑAFE	LOCAL	GRUPO 2	DIAGNÓSTICO DE	10/07/2019	E42730	10/07/2019	41526398	ROMERO	GERENTE	GERENCIA			ENVIADO	1	

GRACIAS

SECTORISTAS ASIGNADOS PARA BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO (1/2)

ACTUALIZADO AL 11 DE JUNIO 2020

CORREO ELECTRÓNICO: CONSULTASCONTROLINTERNO@CONTRALORIA.GOB.PE

COORDINADOR	TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
ERNESTO FRANCISCO EGÚSQUIZA GRANDA	-	989144083	eegusquiza@contraloria.gob.pe

SECTORISTAS DE ENTIDADES DEL GOBIERNO NACIONAL				
DEPARTAMENTO	**SECTORISTA**	**TELEFONO**	**CELULAR**	**CORREO ELECTRÓNICO**
A NIVEL NACIONAL	CESAR WILBERTO MONTOYA CAMPAÑA	(01) 330 - 3000 Anexo 3155	999890810	cmontoyac@contraloria.gob.pe
	JUAN WILDER LEVANO YARCURI	-	940145259	jlevano@contraloria.gob.pe

SECTORISTAS ASIGNADOS PARA BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO (2/2)

ACTUALIZADO AL 11 DE JUNIO 2020

SECTORISTAS DE ENTIDADES DEL GOBIERNO REGIONAL Y LOCAL

DEPARTAMENTO	SECTORISTA	TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
ANCASH, LA LIBERTAD y MADRE DE DIOS	ANA MARIA LATORRE MERINO	-	990287331	alatorre@contraloria.gob.pe
APURIMAC, CAJAMARCA, LAMBAYEQUE Y TUMBES	AUGUSTO DE LA ROSA VASQUEZ MEJIA	-	942409657	avasquezm@contraloria.gob.pe
LIMA PROVINCIAS, PIURA Y SAN MARTIN	BIANCA STHEFANY DEL PILAR VASQUEZ VIGO	-	957506717	bvasquez@contraloria.gob.pe
AYACUCHO, CALLAO, HUANCAVELICA, Y LORETO	CYNTHIA POLETT MANRIQUE LINARES	-	951917571	cmanriquel@contraloria.gob.pe
AREQUIPA, CUSCO, MOQUEGUA Y PASCO	FERNANDO GONZALEZ DIAZ	(01) 330 - 3000 Anexo 1013	975414240	fgonzalez@contraloria.gob.pe
AMAZONAS, ICA, PUNO Y TACNA	JOSE LUIS PONCE TORRES	(01) 330 - 3000 Anexo 1485	982154563	jponcet@contraloria.gob.pe
HUANUCO, JUNIN, LIMA METROPOLITANA Y UCAYALI	KELY JOIS FLORES CABANILLAS	-	980746956	kfloresc@contraloria.gob.pe