

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

4413 - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE BIENES ESTATALES

LIMA - LIMA - SAN ISIDRO

AÑO 2024

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|---|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA. | IDENTIFICAR LA TOTALIDAD DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD CON VÍNCULO LABORAL | URH | 01/04/2024 | 15/04/2024 | 1. INFORME | EL INFORME CONTIENE DETALLE Y NÚMERO TOTAL DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES CON VÍNCULO LABORAL EN LOS REGÍMENES 728 Y 1057 (CAS) |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA. | EJECUTAR LA O LAS CAPACITACIONES SOBRE ¿ÉTICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA¿. | URH | 01/07/2024 | 15/10/2024 | 1. LISTA DE PARTICIPANTES 2. CAPTURAS DE PANTALLA 3. CERTIFICADO O CONSTANCIA | NINGUNO |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA. | SUPERVISAR LA PROGRAMACIÓN DE LA O LAS CAPACITACIONES SOBRE ¿ÉTICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA¿ :I) EXPOSITOR CON CONOCIMIENTO Y II) SUPERVISAR EL CONTENIDO DE LA CAPACITACIÓN. | URH | 01/07/2024 | 15/10/2024 | 1. INFORME | 1. EL EXPOSITOR DEBE ACREDITAR PARTICIPACIÓN DE AL MENOS UN CURSO DE 24 HORAS SOBRE ETICA E INTEGRIDAD. PRESENTA CERTIFICADO DE ESTUDIO. 2. EL EXPOSITOR PRESENTA EL SÍLABO DEL CURSO O CAPACITACIÓN. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD NO HAN PARTICIPADO, AL MENOS, EN UNA CAPACITACIÓN SOBRE ÉTICA, INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA. | VERIFICAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD EN LA O LAS CAPACITACIONES. | URH | 01/07/2024 | 15/10/2024 | 1. INFORME | 1. INFORME QUE CONTIEN LA EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES. 2. SE CAUTELARÁ LA PARTICIPACIÓN DEL 80%, ENTRE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES EN AL MENOS UNA CAPACITACIÓN SOBRE ETICA E INTEGRIDAD EN LA FUNCIÓN PÚBLICA. |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA (ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO, APOYO Y LÍNEA) QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO. | PROGRAMAR LA EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES SOBRE ¿IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO¿, DIRIGIDO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI. | URH | 26/02/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | EL INFORME CONTIENE EL CONTENIDO DE LA CAPACITACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL EXPOSITOR CON UN MÍNIMO DE 24 HORAS SOBRE CONTROL INTERNO, LA PROGRAMACIÓN DEL EVENTO (FECHA, AÑO, HORA, MODALIDAD, ETC) |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA (ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO, APOYO Y LÍNEA) QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO. | IDENTIFICAR A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI. | URH | 01/04/2024 | 15/04/2024 | 1. MEMORÁNDUM 2. LISTA DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES | SE GENERARÁ LA LISTA CON EL NOMBRE Y CARGO DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN DE MANERA DIRECTA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ALTA DIRECCIÓN Y ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN INTERNA (ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO, APOYO Y LÍNEA) QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI EN LA ENTIDAD NO HAN RECIBIDO, AL MENOS, UNA CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO. | EJECUTAR LAS CAPACITACIONES SOBRE ¿IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO¿, DIRIGIDO A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES DE LA ENTIDAD. | URH | 02/09/2024 | 31/12/2024 | 1. MEMORÁNDUM 2. INFORME | EL INFORME PRECISA NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN, FEHAS DE EJECUCIÓN, NOBRE DEL EXPOSITOR, ADJUNTA LISTA DE PARTICIPANTES, CAPTURAS DE PANTALLA, CERTIFICADOS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN) |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|---|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES 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. | SUPERVISAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI. | URH | 02/09/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | 1. EL INFORME DETALLA EL PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PARTICIPANTES EN LAS CAPACITACIONES SOBRE "IMPLEMENTACIÓN DEL SCI" AQUELLOS QUE PARTICIPAN DIRECTAMENTE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI. 2. SE CAUTELARÁ LA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 80% DEL TOTAL DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI. |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA INICIADO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO CONTRA LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE. | ELABORAR Y APROBAR UNA NORMA INTERNA QUE REGULAN LAS ACTIVIDADES Y ACCIONES (FUNCIONES) ASIGNADAS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI | GG | 15/02/2024 | 29/03/2024 | 1. RESOLUCIÓN 2. INFORME | LA UNIDAD FUNCIONAL DE INTEGRIDAD APOYA A LA GERENCIA GENERAL EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA INICIADO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO CONTRA LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE. | IDENTIFICAR A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y MEDIDAS DE CONTROL DEL SCI. | GG | 01/04/2024 | 28/06/2024 | 1. MEMORÁNDUM | LAS UNIDADES DE ORGANIZACIÓN REMITEN RELACIÓN DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y MEDIDAS DE CONTROL DEL SCI |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|---|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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. | DIFUNDIR TRIMESTRALMENTE LA NORMA INTERNA APROBADA QUE REGULA LAS ACTIVIDADES Y ACCIONES (FUNCIONES) ASIGNADAS A LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI | GG | 01/04/2024 | 31/12/2024 | 1. MEMORÁNDUM O; 2. PÁGINA WEB INSTITUCIONAL O; 3. FLYER. | TRIMESTRE ABRIL-MAYO-JUNIO: JUNIO 2024 TRIMESTRE JULIO-AGOSTO-SET: SETIEMBRE 2024 TRIMESTRE OCT-NOV-DIC: DICIEMBRE 2024 |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA INICIADO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO CONTRA LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES QUE NO CUMPLIERON CON SUS FUNCIONES RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI, CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE. | COMUNICACIÓN A LA SECRETARÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DISCIPLINARIO, POSIBLES INCUMPLIMIENTOS DE ACTIVIDADES Y ACCIONES (FUNCIONES) RELACIONADAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI | GG | 01/07/2024 | 31/12/2024 | 1. MEMORÁNDUM | EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | EL TITULAR DE LA ENTIDAD O RESPONSABLE DEL ARCHIVO DE GESTIÓN O QUIEN HAGA SUS VECES EN LA ENTIDAD NO HA EJECUTADO LAS ACCIONES PARA PROTEGER Y CONSERVAR LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y/O DIGITALES ANTE POSIBLE DETERIORO O PÉRDIDA, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | EJECUTAR ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVÍSTICO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE BIENES ESTATALES PARA EL PERIODO ANUAL 2024. | UTD | 01/01/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | 1. EL INFORME SUSTENTA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVÍSTICO. 2. SE CAUTELARÁ LA EJECUCIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO AL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVÍSTICO 2024. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|---|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | 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. | PRESENTAR EL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVÍSTICO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE BIENES ESTATALES PARA EL PERIODO ANUAL 2024, APROBADO MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO | UTD | 05/01/2024 | 10/01/2024 | 1. RESOLUCIÓN | SEGÚN EL SUB NUMERAL 7.1.4 DEL CAPITULO VII DE LA DIRECTIVA N° 001-2019-AGN/DDPA, DENOMINADA "NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVISTICO DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS", APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 021-2019-AGN/J, LO SIGUIENTE: "LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA ENTIDAD PÚBLICA, MEDIANTE OFICIO REMITE COPIA DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO ARCHIVISTICO A LA SEDE INSTITUCIONAL DEL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN O ARCHIVO REGIONAL HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DEL AÑO ANTERIOR A SU EJEC |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA A LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA SUSCRITOS EN EL PERIODO EVALUADO, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE CONTRATOS DE CONSULTORÍA DEL ESTADO - SIRICC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | PUBLICACIÓN DEL REGISTRO DE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO SIRICC. | UA | 03/01/2024 | 31/12/2024 | 1. REPORTE O 2. INFORME | 1. SE MANTENDRÁ ACTUALIZADO EL REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS QUE ADMINISTRAN O MANEJAN FONDOS PÚBLICOS EN EL APLICATIVO SIREC, CONFORME A LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA SU PUBLICACIÓN. 2. ACTIVIDAD PERMANENTE |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA A LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA SUSCRITOS EN EL PERIODO EVALUADO, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE CONTRATOS DE CONSULTORÍA DEL ESTADO - SIRICC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | REALIZAR EL REGISTRO DE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO SIRICC SEGÚN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA APLICABLE. | UA | 03/01/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME O 2. REPORTE ACREDITANDO EL REGISTRO DEL 100% DE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA EN EL SIRICC | 1. SE CAUTELARÁ QUE SE REALICE LA ACTUALIZACIÓN, DE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE POSEEN SOBRE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA (ACTIVIDAD PERMANENTE: INCORPORACIÓN O EXCLUSIÓN DE INFORMACIÓN). 2. EL INFORME DEBE REPORTAR QUE SE HA REGISTRADO EL O LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA EN EL SIRECC, EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. |
| CULTURA ORGANIZACIONAL | LA ENTIDAD NO HA REGISTRADO LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA A LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA SUSCRITOS EN EL PERIODO EVALUADO, EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO DEL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE CONTRATOS DE CONSULTORÍA DEL ESTADO - SIRICC, SEGÚN LA NORMATIVA APLICABLE. | SUPERVISAR A TRAVÉS DE LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS REGISTROS DE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA REPORTADOS EN EL APLICATIVO INFORMÁTICO SIRICC | UA | 03/01/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | 1. ACTIVIDAD PEMANENTE 2. DOCUMENTO QUE ACREDITA LA VALIDACIÓN DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE REGISTROS DE LOS CONTRATOS DE CONSULTORÍA |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES |
|--------------------|---|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| GESTIÓN DE RIESGOS | DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE. | ELABORAR DOCUMENTOS QUE ACREDITE LA REALIZACIÓN DE UN TALLER O REUNIÓN CON LA FINALIDAD DE IDENTIFICAR RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS, APLICANDO LA METODOLOGÍA QUE PERMITA IDENTIFICAR LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, INCONDUCTA FUNCIONAL O PRÁCTICAS CUESTIONABLES. | SDNC | 28/02/2024 | 08/03/2024 | 1. MEMORANDO 2. INFORME 3. ACTA | NINGUNO |
| GESTIÓN DE RIESGOS | DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE. | ELABORAR DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA REALIZACIÓN DE UNA REUNIÓN CON LA FINALIDAD DE IDENTIFICAR RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL DE LOS PRODUCTOS PRIORIZADOS, APLICANDO LA METODOLOGÍA CORRESPONDIENTE | SDRC | 04/03/2024 | 30/04/2024 | 1. MEMORÁNDUM 2. INFORME 3. ACTA 4. FICHA | NINGUNO |
| GESTIÓN DE RIESGOS | DURANTE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CADA PRODUCTO; LA ENTIDAD NO HA ANALIZADO LA EXISTENCIA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN O INCONDUCTA FUNCIONAL, QUE PUDIERAN AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA, APLICANDO ALGUNA METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA APROBADA U OTRA METODOLOGÍA APLICABLE. | IDENTIFICAR E INFORMAR LOS RIESGOS QUE PUDIERAN AFECTAR LA INTEGRIDAD PÚBLICA EN LA ENTIDAD, APLICANDO LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS DE LA PCM. | ORPE | 04/03/2024 | 27/12/2024 | 1. MEMORÁNDUM 2. ACTA | EN EL ACTA SE DETALLARÁ EL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO DE LA METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS QUE AFECTAN LA INTEGRIDAD PÚBLICA. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|------------------|--|---|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | EL 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¿. | ELABORAR DOCUMENTO QUE SUSTENTA LA IMPLEMENTACIÓN DEL 100% DE LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y DE CONTROL CONSIGNADAS EN EL SEGUNDO REPORTE DE SEGUIMIENTO DEL PAA | SDNC | 28/02/2024 | 22/03/2024 | 1. INFORME | NINGUNO |
| SUPERVISIÓN | EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DOCUMENTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN LOS REPORTES DE ¿SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL¿. | COORDINAR CON LA OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN ACCIONES QUE PERMITA CONCLUIR LOS TRABAJOS ORIENTADOS A GENERAR EL REPORTE AUTOMÁTICO DE APORTE DE ACTOS ADMINISTRATIVOS | SDRC | 04/03/2024 | 31/05/2024 | 1. MEMORÁNDUM 2. INFORME 3. ACTA | NINGUNO |
| SUPERVISIÓN | EL ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCI NO HA DOCUMENTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE TODAS LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN LOS REPORTES DE ¿SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN ANUAL¿. | DOCUMENTAR LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA A LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN Y CONTROL CONSIGNADAS EN EL REPORTE DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL Y ANUAL DEL PAA HASTA LOGRAR SU IMPLEMENTACION AL 100%. | SDDI | 01/04/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | EL INFORME SERÁ BIMENSUAL, EVIDENCIANDO CON DOCUMENTOS DE LA IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE MEJORA CONSIGNADAS EN EL REPORTE DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL Y ANUAL DEL PAA (PERIODOS 2023 Y 2024). |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|---|-------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DONDE SE DETERMINE QUE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO HAN PERMITIDO SUPERAR AL 100% LAS DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN EL CONTROL INTERNO | SDNC / SDRC / SDAPE / SDDI / SDS / ORPE / PP / URH / UTD / UA | 01/03/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | LAS UNIDADES DE ORGANIZACIÓN ACREDITAN EL ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA CUAL DETERMINAN QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. | SOLICITAR A LAS UNIDADES DE ORGANIZACIÓN EL INFORME DE ANÁLISIS COMPARATIVO DONDE SE DETERMINE QUE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO HAN PERMITIDO SUPERAR LAS DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN EL CONTROL INTERNO. | GG | 01/04/2024 | 31/12/2024 | 1. MEMORÁNDUM | NINGUNO |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE REMEDIACIÓN IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. | VERIFICAR QUE EL ANÁLISIS REMITIDO POR LAS UNIDADES ORGÁNICAS, SUSTENTE QUE HAN PERMITIDO QUE LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS ALCANCEN UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD | GG | 01/05/2024 | 31/12/2024 | 1. REPORTE | NINGUNO |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DEL ORGANO REVISOR DE PREDIOS ESTATALES. | ORPE | 04/03/2024 | 05/07/2024 | 1. INFORME O ACTA | EN JULIO DE 2024, SE PRESENTARÁ EL INFORME DE ANÁLISIS, CORRESPONDIENTE AL AÑO 2023. |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGISTRO Y CATASTRO. | SDRC | 04/03/2024 | 05/07/2024 | 1. INFORME | EN JULIO DE 2024, SE PRESENTARÁ EL INFORME DE ANÁLISIS, CORRESPONDIENTE AL AÑO 2023 |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DE LA PROCURADURÍA PÚBLICA | PP | 01/04/2024 | 28/06/2024 | 1. INFORME O, 2. ACTA. | SE INFORMARÁ EL ANÁLISIS COMPARATIVO DETERMINANDO QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. INDICANDO ADEMÁS LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS QUE ALCANZARON UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE PARA LA ENTIDAD. |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD, A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LOS PREDIOS ESTATALES. | SDAPE | 01/04/2024 | 28/06/2024 | 1. INFORME | DOCUMENTO QUE ACREDITA EL ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA CUAL DETERMINA QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|---|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INMOBILIARIO. | SDDI | 01/04/2024 | 28/06/2024 | 1. INFORME O, 2. ACTA. | SE INFORMARÁ EL ANÁLISIS COMPARATIVO DETERMINANDO QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO, PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. INDICANDO ADEMÁS LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS QUE ALCANZARON UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE PARA LA ENTIDAD. 2. EN JULIO, SE PRESENTARÁ INFORME DE ANÁLISIS, CORRESPONDIENTE AL AÑO 2023 Y EN DICIEMBRE, EL INFORME DEL AÑO 2024. |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD, A CARGO DE LA SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN. | SDS | 01/04/2024 | 28/06/2024 | 1. INFORME | DOCUMENTO QUE ACREDITA EL ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA CUAL DETERMINA QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|--|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DE LA PP | PP | 02/12/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME O, 2. ACTA. | SE INFORMARÁ EL ANÁLISIS COMPARATIVO DETERMINANDO QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. INDICANDO ADEMÁS LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS QUE ALCANZARON UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE PARA LA ENTIDAD. |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD, A CARGO DE LA SDAPE | SDAPE | 02/12/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | DOCUMENTO QUE ACREDITA EL ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA CUAL DETERMINA QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. |

| EJE | DEFICIENCIAS DEL SCI | DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE REMEDIACIÓN | | | | COMENTARIOS U OBSERVACIONES | |
|-------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|---|
| | | MEDIDA DE REMEDIACION | ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA RESPONSABLE | PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN | | | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
| | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | | |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | ELABORAR Y REMITIR EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, A FIN DE DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS, A CARGO DE LA SDDI | SDDI | 02/12/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME O, 2. ACTA. | SE INFORMARÁ EL ANÁLISIS COMPARATIVO DETERMINANDO QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO, PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. INDICANDO ADEMÁS LA VALORACIÓN DE LOS RIESGOS QUE ALCANZARON UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE PARA LA ENTIDAD. |
| SUPERVISIÓN | LOS ÓRGANOS O UNIDADES ORGÁNICAS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CONTROL NO HAN DETERMINADO SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD. | DETERMINAR SI LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON REDUCIR LOS RIESGOS QUE AFECTABAN EL DESARROLLO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS HASTA ALCANZAR UN NIVEL DE TOLERANCIA PERMISIBLE POR LA ENTIDAD, A CARGO DE LA SDS. | SDS | 02/12/2024 | 31/12/2024 | 1. INFORME | DOCUMENTO QUE ACREDITA EL ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA CUAL DETERMINA QUE EL 100% DE LAS MEDIDAS DE CONTROL IMPLEMENTADAS EN EL PERIODO EVALUADO PERMITIERON SUPERAR LAS DEFICIENCIAS DEL CONTROL INTERNO. |

Firma del Titular de la Entidad

Cargo: SUPERINTENDENTE

Nombre y Apellidos: WILDER ALEJANDRO SIFUENTES QUILCATE

DNI: 40520084

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

Cargo: GERENTE GENERAL

Nombre y Apellidos: JOSE AURELIO RAMIREZ GARRO

DNI: 08188881