

Lima, 26 de Enero de 2024

INFORME N° 000002-2024/MFC/OIR/RENIEC

A: **VICTOR ANTONIO SILVERIO ENCARNACION**
Jefe de la Oficina de Integridad y Riesgos (e)

De: **MARCO ANTONIO FAJARDO CHAVEZ**
Analista de la Oficina De Integridad Y Riesgos

Asunto: REPORTE DE CIERRE DEL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCION ANUAL MEDIDAS DE REMEDIACIÓN (PAAMR-2023), CON CORTE DE INFORMACION AL 31DIC2023.

Me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente y a su vez informar a su despacho que, en cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la Republica – CGR, a través de la Directiva N°006-2019-CG/INTEG "*Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado*", modificada mediante Resolución de Contraloría N° 073-2023-CG, de fecha 24FEB2023, se comunica los resultados finales de la implementación del Plan de Acción Anual Medidas de Remediación (PAAMR) correspondiente al mes de diciembre 2023.

I. ANTECEDENTES

- 1.1 Mediante Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG de fecha 15MAY2019, se aprueba la Directiva N° 006 -2019-CG/INTEG denominada "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", la cual reemplaza a la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD (13MAY2016), documento normativo de aplicación transversal que regula una nueva forma de Implementar el Sistema de Control Interno – SCI en las entidades del estado, en la cual se establecen acciones y plazos para su implementación.
- 1.2 Mediante Resolución de Contraloría N° 073-CG fecha 24FEB2023, se modifica la Directiva N° 006 -2019-CG/INTEG denominada "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", con el objetivo de mejorar los mecanismos de implementación del sistema de Control Interno
- 1.3 Mediante carpeta compartida por los Coordinadores de Control Interno de cada Órgano responsable han dado acceso a la información que evidencia la ejecución del Plan de Acción Anual Medidas de Remediación a fin que sea evaluado por el equipo de trabajo de nuestra Oficina.
- 1.4 Con Memorando Múltiple 000109-2023/OIR/RENIEC del 24NOV2023 se solicita a los órganos responsables del Plan de Acción Anual Medidas de Control y Medidas de Remediación, la emisión de reportes e informes de cierre y reevaluación, tanto de riesgos como de medidas de remediación.

II. ANALISIS

2.1 Como resultado del desarrollo del cuestionario de evaluación del Sistema de Control Interno correspondiente al año 2022, se identificaron un total de diecisiete (17) deficiencias que involucra a cinco (5) órganos de la Entidad, según se detalla a continuación:

CUADRO N° 1: Deficiencias identificadas durante la evaluación del Sistema de Control Interno 2022 y los Órganos responsables de su implementación

ITEM	ORGANO RESPONSABLE	CODIGO DEFICIENCIA	DEFICIENCIA IDENTIFICADA
1		P1	Los funcionarios y servidores no han participado, al menos, en una capacitación sobre ética, integridad en la función pública.
2		P11	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.
3		P14	El responsable de la Oficina de Recursos Humanos o la que haga sus veces no ha ejecutado el proceso de inducción del personal, en los casos que corresponde según la normativa aplicable.
4	Oficina de Potencial Humano	P22	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.
5		P28	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.
6		P38	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 meses antes del vencimiento del plazo para presentar el Plan de Acción Anual - sección medidas de control.
7	Oficina de Administración y Finanzas	P12	Los funcionarios y servidores de la entidad obligados a presentar la Declaración Jurada de Ingresos y de Bienes y Rentas, no dieron cumplimiento a su presentación dentro del plazo establecido para la normativa aplicable.
8		P46	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.
9		P13	La máxima autoridad administrativa de la entidad no registró a los sujetos obligados de la entidad a presentar la Declaración Jurada de Intereses (DJJI) en el Sistema de Declaraciones Juradas para la Gestión de Conflicto de Intereses (SIDJI).
10	Secretaría General	P49	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.
11		P51	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.
12		P57	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".
13	Oficina de Comunicación y Prensa	P27	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.
14		P44	En la gestión de riesgos (identificación, valoración de riesgos y determinación de medidas de control) del presente año no se ha documentado la participación de los funcionarios y servidores con conocimiento y experiencia de los órganos o unidades orgánicas responsables del desarrollo y entrega de los productos priorizados o revaluados.
15	Oficina de Integridad y riesgos	P45	No ha documentado el uso de las herramientas de recolección de información en la identificación, valoración de riesgos y determinación de medidas de control correspondiente a la gestión de riesgos efectuada el presente año.
16		P62	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.
17		P63	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.

2.2 Con la finalidad de superar las deficiencias identificadas, cada órgano responsable ha establecido las medidas de remediación correspondientes, las cuales fueron ejecutadas durante el año 2023. En ese sentido, los Órganos han cumplido con remitir las evidencias correspondientes a nuestra oficina a fin que sean evaluadas por el equipo de trabajo, obteniendo el siguiente resultado:

2.2.1 La Oficina de Potencial Humano (OPH), es responsable de implementar un total de seis (6) deficiencias, para lo cual ha establecido dieciséis (16) Medidas de Remediación, de las cuales, se puede resumir lo siguiente:

CUADRO N° 2: Resumen del avance de ejecución de las Medidas de Remediación

CODIGO DEFICIENCIA	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	
P1	2	0	2	4	0	4	20.00%
P11	3	0	3	4	0	4	20.00%
P14	2	1	3	3	1	4	14.78%
P22	3	0	3	3	0	3	15.00%
P28	2	1	3	2	1	3	14.55%
P38	1	1	2	1	2	3	13.50%
TOTALES	13	3	16	17	4	21	97.83%

Del cuadro resumen podemos observar que, al cierre del periodo de evaluación, en diciembre 2023, se ha conseguido la ejecución del 97.83% del PAAMR. Al respecto, podemos resaltar que:

- La deficiencia con código P1 *"Los funcionarios y servidores no han participado, al menos, en una capacitación sobre ética, integridad en la función pública."*, ha conseguido ser implementada en un 100%, debido que mediante el Informe 000001-2024/MCM/OFCI/UFA/RENIEC del 04ENE2024, se ha podido apreciar que las charlas de ética e integridad pública han conseguido una participación total de 2,824 personas entre funcionarios y servidores, del total de 3,406 personas que conforman la institución, lo cual equivale al 82.91% del total, superando la meta establecida de 80.00%.
- La deficiencia con código P11 *"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."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que la Secretaria Técnica, mediante Informe 000246-2023/OPH/USTPAD/RENIEC de fecha 14DIC2023 con el cual la Unidad de Secretaria Técnica de Procedimientos Administrativos Disciplinarios, comunica a la Oficina de Potencial Humano sobre el informe de precalificación de NO HA LUGAR de presunta falta disciplinaria cometida por los

servidores involucrados en el reporte de seguimiento anual del Plan de Acción Anual 2022.

- La deficiencia con código P14 *"El responsable de la Oficina de Recursos Humanos o la que haga sus veces no ha ejecutado el proceso de inducción del personal, en los casos que corresponde según la normativa aplicable"*, no ha conseguido ser implementada, debido que el órgano ha remitido periódicamente las "fichas de inducción específica" realizada a los servidores contratados. Sin embargo, es importante resaltar que han existido fechas en las que no se ha concretado la participación de todo el personal convocado a la inducción, lo cual podría restar efectividad a la medida de remediación ejecutada. Por tal motivo una de sus tres medidas de remediación se encuentra con el estado final de NO IMPLEMENTADA.
- La deficiencia con código P22 *"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."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que el órgano responsable ha cumplido con realizar periódicamente la evaluación curricular de los funcionarios y servidores contratados observándose las consultas de debida diligencia, RENADESPPLE, RNSSC, REDAM, REDJUM así como la declaración jurada de no tener impedimento para ser designado funcionario público o directivo público de libre designación y remoción cuando correspondía. Finalmente, con Informe 000001-2024/MMG/OPH/UGP/RENIEC del 04ENE2024 la Unidad de Gestión de Personal informa sobre el resultado de la evaluación semestral agosto a diciembre 2023 de los procesos de selección realizados, para lo cual adjunta la verificación realizada a funcionarios y servidores CAS.
- La deficiencia con código P28 *"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."*, no ha conseguido culminar con la implementación de sus acciones y por ende la medida de remediación vinculada, ya que de acuerdo a lo señalado en el Informe 000001-2024/JSV/OPH/UCDH/RENIEC del 03ENE2024 se da cuenta sobre el estado situacional de las actividades realizadas por el equipo de capacitación correspondiente al mes de diciembre 2023, señalando que han ejecutado el 98% del PDP. Por tal motivo una de sus tres medidas de remediación se encuentra con el estado final de NO IMPLEMENTADA.
- La deficiencia con código P38 *"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 meses antes del vencimiento del plazo para presentar el Plan de Acción Anual - sección medidas de"*

control.", no ha conseguido culminar con la implementación de sus acciones y por ende la medida de remediación vinculada, ya que si bien mediante Informe 000002-2024/MCM/OFCI/UFA/RENIEC del 04ENE2024 la Unidad de Formación Académica remite el resultado de la asistencia del personal a las charlas de Gestión Integral del Riesgo durante el año 2023, señalan que del total de 147 personas, entre funcionarios y servidores, han participado un total de 138, es decir, el 93.87%. En ese sentido, al no conseguir la meta establecida del 100% la acción se encuentra como NO IMPLEMENTADA.

2.2.2 La Oficina de Administración y Finanzas (OAF), es responsable de implementar un total de dos (2) deficiencias, para lo cual ha establecido cinco (5) Medidas de Remediación, de las cuales, se puede resumir lo siguiente:

CUADRO N° 3: Resumen del avance de ejecución de las Medidas de Remediación

CODIGO DEFICIENCIA	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	
P12	3	3	6	3	0	3	50.00%
P46	2	0	2	2	0	2	50.00%
TOTALES	5	3	8	5	0	5	100.00%

Del cuadro resumen podemos observar que, al cierre del periodo de evaluación, en diciembre 2023, se ha conseguido la ejecución del 100.00% del PAAMR. Al respecto, podemos resaltar que:

- La deficiencia con código P12 "Los funcionarios y servidores de la entidad obligados a presentar la Declaración Jurada de Ingresos y de Bienes y Rentas, no dieron cumplimiento a su presentación dentro del plazo establecido para la normativa aplicable.", ha conseguido ser implementada al 100%, debido que el órgano responsable ha cumplido con comunicar a la Oficina de Potencial Humano, la relación de personas obligadas a presentar su declaración, de igual forma, se observa el cumplimiento con reportar a la CGR las declaraciones remitidas. Al respecto, considerando que esta actividad es permanente se da como IMPLEMENTADA. Sin embargo, el Órgano debe optimizar su forma de trabajo a fin de emitir alertas que permitan monitorear a quienes no han cumplido con realizar su declaración de manera oportuna.
- La deficiencia con código P46 "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.", ha conseguido ser implementada al 100%, debido que el órgano responsable evidencia la emisión de

documentos para realizar la fiscalización posterior de contrataciones iguales o menores a 8 UIT y a contrataciones derivadas de procedimientos de selección, a excepción del servicio de arrendamiento. Al respecto, considerando que esta actividad es permanente se da como IMPLEMENTADA. Sin embargo, el Órgano debe establecer algún procedimiento interno respecto a la fiscalización posterior en caso no sea posible realizar esta actividad sobre todos los procedimientos de selección.

2.2.3 La Secretaría General (SGEN), es responsable de implementar un total de cuatro (4) deficiencias, para lo cual ha establecido nueve (9) Medidas de Remediación, de las cuales, se puede resumir lo siguiente:

CUADRO N° 4: Resumen del avance de ejecución de las Medidas de Remediación

CODIGO DEFICIENCIA	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	
P13	3	0	3	4	0	4	25.00%
P49	2	0	2	4	0	4	25.00%
P51	1	1	2	3	1	4	23.75%
P57	2	0	2	4	0	4	25.00%
TOTALES	8	1	9	15	1	16	98.75%

Del cuadro resumen podemos observar que, al cierre del periodo de evaluación, en diciembre 2023, se ha conseguido la ejecución del 98.75% del PAAMR. Al respecto, podemos resaltar que:

- La deficiencia con código P13 *"La máxima autoridad administrativa de la entidad no registró a los sujetos obligados de la entidad a presentar la Declaración Jurada de Intereses (DJI) en el Sistema de Declaraciones Juradas para la Gestión de Conflicto de Intereses (SIDJI)."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que el órgano responsable ha cumplido con comunicar a los servidores en los diferentes órganos de la entidad que deben cumplir con presentar su declaración. Asimismo, adjuntan la captura de pantalla que evidencia el cumplimiento de aquellos que realizaron su declaración. Como esta actividad es permanente se admite como implementada debido que viene siendo ejecutada y supervisada. Sin embargo, el órgano debe continuar monitoreando su ejecución de manera permanente.
- La deficiencia con código P49 *"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."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que se ha reportado OCI el estado de las recomendaciones a implementar a través de diversos documentos remitidos a lo largo del periodo de ejecución. En ese sentido, considerando que la actividad es permanente se admite como implementada. Sin

embargo, es importante recomendar al Órgano realice un monitoreo cuantitativo y reporte el estado de estas recomendaciones por su estado, ya que la efectividad actual de la medida de remediación, podría no ser suficiente para el desarrollo del cuestionario de evaluación anual, próximo a realizarse.

- Con relación a la deficiencia P51 *"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."*, no ha conseguido culminar con la implementación de sus acciones y por ende la medida de remediación vinculada, ya que de acuerdo a lo revisado en las evidencias remitidas, el medio de verificación final, consistía en trasladar un informe que contenga el análisis del cumplimiento, que establezca las acciones necesarias para corregir las situaciones adversas. Sin embargo, no se puede evidenciar algún documento que consolide y reporte las acciones adoptadas que permitan corregir las situaciones adversas contenidas en los informes de servicio de control simultáneo. Por lo tanto, una de sus dos medidas de remediación queda como NO IMPLEMENTADA.
- Con relación a la deficiencia P57 *"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"."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que el órgano ha logrado gestionar la actualización de los lineamientos de seguimiento y ejecución de los Planes de Acción Anual, Medidas de Control y Medidas de Remediación, recibido los informes mensuales de avance de dichas medidas y difundido los resultados a los órganos involucrados, disponiendo la implementación de las mejoras reportadas en dichos informes de resultado.

2.2.4 La Oficina de Comunicaciones y Prensa (OCP), es responsable de implementar una (1) deficiencia, para lo cual ha establecido una (1) Medida de Remediación, de las cuales, se puede resumir lo siguiente:

CUADRO N° 5: Resumen del avance de ejecución de las Medidas de Remediación

CODIGO DEFICIENCIA	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	
P27	1	0	1	2	0	2	100.00%
TOTALES	1	0	1	2	0	2	100.00%

Del cuadro resumen podemos observar que, al cierre del periodo de evaluación, en diciembre 2023, se ha conseguido la ejecución del 100% del PAAMR. Al respecto, podemos resaltar que:

- La deficiencia con código P27 *"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."*, ha conseguido ser implementada al 100%, debido que han cumplido de manera periódica con solicitar a los órganos de la Entidad la información para actualizar el portal de transparencia estándar, difundiendo el cronograma establecido. De igual forma, emiten un informe que contiene el resultado de dicha actualización. En ese sentido, considerando que la acción es permanente, se recomienda al órgano que continúe ejecutando sus acciones, dando por implementada la medida de remediación.

2.2.5 La Oficina de Integridad y Riesgos (OIR), es responsable de implementar un total de cuatro (4) deficiencias, para lo cual ha establecido cuatro (4) Medidas de Remediación, de las cuales, se puede resumir lo siguiente:

CUADRO N° 6: Resumen del avance de ejecución de las Medidas de Remediación

CODIGO DEFICIENCIA	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	IMPLEMENTADA	NO IMPLEMENTADA	TOTAL	
P44	1	0	1	3	0	3	25.00%
P45	1	0	1	3	0	3	25.00%
P62	1	0	1	2	0	2	25.00%
P63	1	0	1	2	0	2	25.00%
TOTALES	4	0	4	10	0	10	100.00%

Del cuadro resumen podemos observar que, al cierre del periodo de evaluación, en diciembre 2023, se ha conseguido la ejecución del 100% del PAAMR. Al respecto, podemos resaltar que:

- La deficiencia con código P44 *"En la gestión de riesgos (identificación, valoración de riesgos y determinación de medidas de control) del presente año no se ha documentado la participación de los funcionarios y servidores con conocimiento y experiencia de los órganos o unidades orgánicas responsables del desarrollo y entrega de los productos priorizados o revaluados."* ha culminado con la implementación de la medida de remediación establecida, evidenciándose que los Órganos dueños del proceso y Órganos que participan del mismo han sido designados con documento al funcionario responsable, con conocimiento y experiencia en el desarrollo y entrega de los productos priorizados y revaluados.

- La deficiencia con código P45 *"No ha documentado el uso de las herramientas de recolección de información en la identificación, valoración de riesgos y determinación de medidas de control correspondiente a la gestión de riesgos efectuada el presente año."*, ha culminado con la implementación de la medida de remediación establecida, evidenciándose que se ha remitido las actas suscritas por los funcionarios responsables y los equipos de riesgos en el cumplimiento del uso de herramientas de recolección de información en la identificación, análisis, valoración, tratamiento de los riesgos y la determinación de medidas de control.
- Con relación a la deficiencia con código P62 *"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."* y código P63 *"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."*, han culminado con la implementación de su respectiva medida de remediación, evidenciándose que se ha emitido un documento a los órganos involucrados en reportar el resultado de la ejecución del Plan de Acción Medidas de Control y Medidas de Remediación, disponiendo la emisión del reporte e informe de cierre y reevaluación de riesgos de sus planes, estableciendo la fecha límite de atención. De igual forma, se solicitó a la Secretaría General, como máxima autoridad administrativa en la Entidad que disponga la atención oportuna de los órganos, lo cual fue realizado y evidenciado con Memorando Múltiple 000002-2024/SGEN/RENIEC del 03ENE2024. Por lo tanto, las medidas de remediación se dan por implementadas. De igual forma, la efectividad de las mismas será analizada con las respuestas a las preguntas del cuestionario de evaluación del SCI próximo a realizarse.

2.3 Como resultado de la evaluación final en la ejecución de las medidas de remediación reportada con corte de información al 31DIC2023, podemos resumir lo siguiente:

CUADRO N° 7: Resumen de avance en la ejecución de los Planes de Acción Anual Medidas de Remediación por Órgano Responsable

ORGANO RESPONSABLE	CANT. DEFICIENCIAS	ESTADO DE LAS MEDIDAS DE REMEDIACION			ESTADO DE LAS ACCIONES			AVANCE DE IMPLEMENTACION (%)
		IMPLEM.	NO IMPLEM.	TOTAL	IMPLEM.	NO IMPLEM.	TOTAL	
OPH	6	14	2	16	17	4	21	97.83%
OAF	2	5	0	5	5	0	5	100.00%
SGEN	4	8	1	9	15	1	16	98.75%
OCP	1	1	0	1	2	0	2	100.00%
OIR	4	4	0	4	10	0	10	100.00%
TOTALES	17	31	4	35	49	5	54	

Al respecto, podemos resaltar que de un total de diecisiete (17) deficiencias identificadas, se ha conseguido implementar las medidas de remediación vinculadas a catorce (13) de ellas, debido que la Oficina de Potencial Humano de seis (6) deficiencias a su cargo, no consiguió la implementación de tres (3) de ellas, mientras que la Secretaría General de cuatro (4) deficiencias, no consiguió implementar una (1) de ellas. Por otro lado, es importante resaltar que la Oficina de Administración y Finanzas, la Oficina de Comunicaciones y Prensa y la Oficina de Integridad y Riesgos, han conseguido con la implementación de la totalidad de las deficiencias a su cargo.

- 2.4 Con relación a la identificación de problemática y recomendaciones de mejora por parte de los Órganos, se observa que no han remitido información al respecto, siendo importante que pueda ser identificada para la adopción oportuna de las acciones necesarias. Sin embargo, la Oficina de Integridad y Riesgos, como responsables de realizar la evaluación del avance en la ejecución de los planes de acción anual, hemos identificado la siguiente problemática:

PROBLEMÁTICA	RECOMENDACIONES DE MEJORA
Priorización de actividades operativas y administrativas de los órganos involucrados, vienen retrasando la ejecución de acciones programadas en el proceso de implementación del PAAMR	Evaluar las actividades asignadas a los equipos de trabajo y reformular el programa de trabajo interno, realizando la supervisión y reporte permanente.
Demora en las coordinaciones con equipos de trabajo para la implementación de las acciones programadas PAAMR.	Realizar reuniones de trabajo estableciendo un programa de actividades el cual deberá ser monitoreado por el responsable del proceso.

III. CONCLUSIONES

- 3.1 Esta Oficina ha cumplido con realizar el seguimiento de la ejecución del Plan de Acción Anual Medidas de Remediación, cuyo resultado de dicha actividad se resume a continuación:

- 3.1.1 Con relación a la Oficina de Potencial Humano, de un total de seis (6) deficiencias a su cargo, han conseguido implementar las medidas de remediación de cuatro (4) deficiencias, quedando tres (3) de ellas en estado de NO IMPLEMENTADA, siendo estas la deficiencia con

código P14 "El responsable de la Oficina de Recursos Humanos o la que haga sus veces no ha ejecutado el proceso de inducción del personal, en los casos que corresponde según la normativa aplicable.", ya que de las evidencias revisadas se ha observado fechas en las que no se ha concretado la participación de todo el personal convocado a la inducción, lo cual podría restar efectividad a la medida de remediación ejecutada. Por tal motivo, se encuentra en estado final de NO IMPLEMENTADA. Con relación a la deficiencia con código P28 "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.", ya que, según su informe de resultado, se ha ejecutado el 98% del PDP, siendo la meta establecida el 100%. Por otro lado, la deficiencia con código P38 "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 meses antes del vencimiento del plazo para presentar el Plan de Acción Anual - sección medidas de control.", ya que del total de 147 personas entre funcionarios y servidores que deberían participar en la charla de Gestión Integral del Riesgo durante el año 2023, solamente participaron 138, es decir, el 93.87%, cuando la meta establecida era del 100% del personal involucrado

- 3.1.2 Con relación a la Oficina de Administración y Finanzas, cumplió con ejecutar las medidas de remediación vinculadas a las deficiencias a su cargo, las mismas que contaban con código P12 "Los funcionarios y servidores de la entidad obligados a presentar la Declaración Jurada de Ingresos y de Bienes y Rentas, no dieron cumplimiento a su presentación dentro del plazo establecido para la normativa aplicable." ya que ha cumplido con comunicar a la Oficina de Potencial Humano, la relación de personas obligadas a presentar su declaración, de igual forma, se observa el cumplimiento con reportar a la CGR las declaraciones remitidas. De igual forma, la deficiencia con código P46 "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." ya que se evidencia la emisión de documentos para realizar la fiscalización posterior de contrataciones iguales o menores a 8 UIT y a contrataciones derivadas de procedimientos de selección, a excepción del servicio de arrendamiento. Al respecto, es importante resaltar que ambas deficiencias requieren de una ejecución continua y permanente, siendo importante que se establezcan los procedimientos internos necesarios a fin de: Emitir alertas que permitan monitorear a quienes no cumplan con emitir su declaración jurada y realizar la fiscalización posterior en caso no sea posible realizar esta actividad a todos los procedimientos de selección.

- 3.1.3 Con relación a la Secretaría General, de un total de cuatro (4) deficiencias a su cargo, han conseguido implementar las medidas de remediación de tres (3) de ellas, quedando en estado de NO IMPLEMENTADA la deficiencia con código P51 *"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."*, ya que de acuerdo a lo revisado en las evidencias remitidas, el medio de verificación final, consistía en trasladar un informe que contenga el análisis del cumplimiento, que establezca las acciones necesarias para corregir las situaciones adversas. Sin embargo, no se puede evidenciar algún documento que consolide y reporte las acciones adoptadas que permitan corregir las situaciones adversas contenidas en los informes de servicio de control simultaneo.
- 3.1.4 Con relación a la Oficina de Comunicaciones y Prensa, cumplieron con realizar la implementación de la medida de remediación vinculada a la deficiencia a su cargo, la misma que contaba con el código P27 *"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."*, debido que han cumplido de manera periódica con solicitar a los órganos de la Entidad la información para actualizar el portal de transparencia estándar, difundiendo el cronograma establecido. De igual forma, emiten un informe que contiene el resultado de dicha actualización. Sin embargo, considerando que la acción es permanente, nos permitimos recomendar al órgano que continúe ejecutando las acciones necesarias para continuar con el cumplimiento.
- 3.1.5 Con relación a la Oficina de Integridad y Riesgos, se cumplió con realizar la implementación de las cuatro (4) deficiencias asignadas, para lo cual, se cumplió con ejecutar las acciones establecidas, orientadas a documentar la participación de funcionarios y servidores de los Órganos involucrados en la gestión de riesgos. De igual forma, se ha cumplido con documentar el uso de herramientas de recolección de información para la identificación y valoración de riesgos, así como para la determinación de medidas de control, evidenciado con las correspondientes actas firmadas por los funcionarios responsables y sus equipos de trabajo. Asimismo, con la finalidad de verificar la efectividad de las medidas de control y remediación establecidas en los planes de acción anual correspondientes, se emitieron documentos que disponían a los órganos involucrados que remitan los reportes e informes de cierre y reevaluación respectivos. Finalmente, la efectividad de las acciones ejecutadas será analizada con las respuestas a las preguntas del cuestionario de evaluación del SCI próximo a realizarse.
- 3.2 Durante la revisión, análisis y evaluación de las evidencias reportadas por los Órganos responsables, en el mes de noviembre, se han presentado situaciones que generan retrasos en la emisión del presente informe de resultado, entre las que se encuentran que:

- No se registra la información en el registro Excel del seguimiento, describiendo de manera breve la evidencia que será remitida y cuál es su alineamiento con la acción o medida de remediación. En caso identifiquen alguna situación que impida o dificulte la ejecución de la acción o medida de remediación debe ser registrada, indicando la alternativa de solución para adoptarla.
- No se remite los de medios de verificación (evidencias) alineados a la acción y/o medida de remediación propuesta.
- No se remite los medios de verificación (evidencias), con visto bueno, firma digital o manuscrita de quien lo elabora o del responsable del órgano.
- No se toma en cuenta los *“Lineamientos para la formulación, seguimiento de ejecución y evaluación del PAA, en el proceso de implementación del SCI del RENIEC”*, aprobados y difundidos por la SGEN.
- No se verifica que la carpeta compartida donde se encuentran las evidencias permite el acceso a los analistas de la OIR, ya que en caso contrario no se puede revisar la documentación remitida.

3.3 Con relación a la identificación de problemática y recomendaciones de mejora por parte de los Órganos, se observa que no han remitido información al respecto, siendo importante que pueda ser identificada para la adopción de las acciones necesarias, a fin de garantizar de manera razonable el cumplimiento de sus respectivos planes de acción anual.

IV. RECOMENDACIONES

- 4.1 Que su despacho tome conocimiento del resultado final de la ejecución del Plan de Acción Anual – Medidas de Remediación 2023, correspondiente al mes de diciembre 2023.
- 4.2 Que su despacho haga de conocimiento del presente informe a la Secretaría General, como máxima autoridad administrativa de la Entidad y responsable de la implementación del Sistema de Control Interno en la Entidad, a fin que disponga que los Órganos responsables tomen conocimiento de lo expuesto en el presente documento y adopten las acciones que consideren necesarias.

Es todo cuanto se informa para su conocimiento y fines que se sirva determinar.

Adjunto Anexos:

- ✓ Archivo Excel del PAAMR OPH
- ✓ Archivo Excel del PAAMR OAF
- ✓ Archivo Excel del PAAMR SGEN
- ✓ Archivo Excel del PAAMR OCP
- ✓ Archivo Excel del PAAMR OIR

(MFC)