

Plan de Trabajo de la Actividad de Fiscalización (PTAF)

ENTIDAD: GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA FECHA DE ELABORACIÓN: 16/10/2024

1) INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN:	Fiscalizar el estado de los medicamentos y asistencia del personal en el Centro de Salud del distrito de Tabaconas, provincia de San Ignacio.	
APROBACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN EN CONSEJO REGIONAL O CONCEJO MUNICIPAL:	No de Acuerdo:	Fecha de Acuerdo:
JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN: (Describa brevemente la necesidad de realizar la AF y el beneficio para el bienestar ciudadano o población).	La presente fiscalización se justifica por: - Los servicios de salud son asuntos de interés público - La gestión pública tiene que ser moderna, transparente y con integridad. - Contribuir a generar valor público, interés general e integridad en el ámbito a fiscalizar. El beneficio para los pobladores de la provincia de San Ignacio es el acceso a servicios de salud integral, continuo, inclusivo y de calidad.	
TIPO DE FISCALIZACIÓN: (Marque con una "X" la opción que corresponda).	Fiscalización en comisión ()	Fiscalización individual (x)
PRESUPUESTO APROBADO POR ACUERDO DE CONSEJO REGIONAL O CONCEJO MUNICIPAL: (Expresado en números y letras). ¹		
PLAZO ESTIMADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN:	Fecha de inicio: 21/11/2024	Fecha de fin: 21/11/2024

2) CRONOGRAMA DE TRABAJO:

N°	Actividades a realizar	Plazo estimado para desarrollar cada actividad		Nombres y apellidos de los consejeros regionales o regidores municipales responsables de la actividad
		Fecha de inicio	Fecha de fin	
1	Gestionar a través de Secretaria de consejo Regional, el requerimiento de; - Contratación de un especialista en Salud. - Contratación de asistente administrativo que apoyará en las actividades de la fiscalización. - Contratación del alquiler de una unidad móvil. Gestionar a través de Consejo Regional, el requerimiento de: - Viáticos	30/10/2024	30/10/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
2	Traslado del Distrito de San Ignacio al distrito de Tabaconas	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
3	Verificar el estado de los medicamentos del centro de salud.	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES

4	Verificar la asistencia, guardias del personal del centro de salud.	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
	Recojo de información respecto a la fiscalización realizada.	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
5	Elaborar el acta de fiscalización	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
6	Traslado del Centro de Salud de Tabaconas al Distritode San Ignacio.	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES
7	Redacción de los informes correspondientes relacionados a la actividad de fiscalización	21/11/2024	21/11/2024	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES

1) RECURSOS Y PRESUPUESTO A UTILIZAR:

A) Requerimiento de Bienes:

Descripción del Bien	Especificaciones técnicas del requerimiento	Cantidad	Precio unitario S/.	Presupuesto estimado S/.
SUB - TOTAL				S/.

B) Requerimiento de Servicios:

Descripción del Servicio	Términos de referencia del servicio	Presupuesto estimado S/.
Contratar de unidad móvil	Traslado del Distrito de San Ignacio al del distrito de Tabaconas y viceversa. Debe de contar con tarjeta de propiedad, soat, revisión técnica y licencia de conducir del conductor.(01 día)	S/ 500.00
Contratar un Especialista	Contratación de un especialista en Salud, que cuente con título profesional, colegiado y habilitado con experiencia general no menor a un año en el ejercicio de la profesión en el sector público y/o privado, (01 día)	S/ 500.00
Alimentación	Alimentación (01 día).	S/ 100.00
SUB - TOTAL		S/ 1,100.00

¹ El presupuesto aprobado por el Consejo Regional o Concejo Municipal, se realiza por cada actividad de fiscalización propuesta y es el monto aprobado en la Sesión de Consejo Regional o Municipal, para la actividad de fiscalización a realizar ya sea en forma individual o en comisión. Este casillero se llenará con fecha posterior a la aprobación de la actividad de fiscalización.

PRESUPUESTO TOTAL ESTIMADO (A+B) ²:	S/.1,100.00
---	--------------------

2) COMENTARIOS (Opcional):

--

3) FIRMA DE LOS CONSEJEROS REGIONALES O REGIDORES MUNICIPALES QUE REALIZARÁN LA ACTIVIDAD DE FISCALIZACIÓN:

N°	Nombres y apellidos completos	DNI	Firma	Sí es consejero regional o regidor municipal responsable del registro de información en el aplicativo informático para el registro del Balance Semestral (Escriba "Si" donde corresponda):
1	MARIA MARTHA OCAÑA MELENDRES	27848343		SI

² El "Presupuesto Total Estimado (A+B)" precisado en el numeral 3) del presente documento, es la sumatoria del presupuesto estimado del requerimiento de bienes y del presupuesto estimado del requerimiento de servicios.