**ENERO 2016**

**INFORME SEMESTRAL DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2015**

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MIMP Y EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA**

Tabla de contenido

[**1.** **ANTECEDENTES** 2](#_Toc440274388)

[**2.** **CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES II SEMESTRE 2015** 3](#_Toc440274393)

[MATRIZ DE CUMPLIMIENTO 3](#_Toc440274394)

[**3.** **SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL** 4](#_Toc440274395)

[4.1. CADENA PRESUPUESTAL PROGRAMÁTICA AÑO 2015 19](#_Toc440274400)

[4.2. REPORTE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL AL CIERRE DEL AÑO 2015 19](#_Toc440274401)

[**4.** **CONCLUSIONES** 19](#_Toc440274402)

[**5.** **RECOMENDACIONES** 19](#_Toc440274403)

[**6.** **ANEXOS** 19](#_Toc440274404)

[MEDIOS DE VERIFICACIÓN 19](#_Toc440274405)

# **ANTECEDENTES**

En el marco de lo establecido en el Decreto Supremo N° 036-2007/PCM, que aprueba el “Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2007”, el entonces Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, transfirió a los Gobiernos Regionales[[1]](#footnote-1) 14 funciones sectoriales en materia de Población y en materia de Desarrollo Social e Igualdad de Oportunidades, establecidos en los artículos 50° y 60° de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

En ese sentido, mediante Decreto Supremo N° 155-2008-EF, se declaró concluido el proceso de transferencia de funciones sectoriales en materia de población, desarrollo social e igualdad de oportunidades a los gobiernos regionales de Arequipa, Huancavelica y La Libertad; asimismo, se aprobó la transferencia de partidas en el presupuesto del ese año fiscal.

Posteriormente, mediante Resolución de Secretaría de Descentralización Nº 059-2009-PCM/SD, que aprueba la Directiva Nº 004-2009-PCM/SD *“Directiva para la Transferencia de Fondos, Programas, Proyectos, Empresas, Infraestructura y Otros Instrumentos asociados a las funciones transferidas a los Gobiernos Regionales y Locales y la utilización de la Delegación de Competencias entre niveles de Gobierno, en el marco del proceso de Descentralización”*, cuyo inciso 2.2 “Convenios de Gestión para el acompañamiento y seguimiento de las Funciones y/o instrumentos transferidos” del numeral 2; “Evaluación de las Funciones y/o Instrumentos Transferidos” del Acápite VI: PROCEDIMIENTO señala que luego de formalizada la transferencia de las funciones y/o Instrumentos asociados a las mismas, en la etapa de efectivización, las partes involucradas suscribirán Convenios de Gestión, en el marco de lo establecido en la Directiva Nº 003-2008-PCM/SD *“Directiva para la Culminación e Implementación de la Transferencia de Funciones Sectoriales a los Gobiernos Regionales”*, aprobada por la Resolución de Secretaría de Descentralización Nº 044-2008-PCM/SD.

En cumplimiento a la normatividad que regula el proceso de descentralización, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Gobierno Regional del Departamento de Huancavelica suscribieron un Convenio de Gestión para los años 2015-2018, el cual anexa una matriz que contiene metas e indicadores para el periodo correspondiente al segundo semestre del año 2015 y al año 2016. Cabe indicar que el Convenio suscrito tiene por objeto acompañar técnicamente al Gobierno Regional en el ejercicio de las funciones transferidas.

En el referido Convenio se establece en la Cláusula Octava: *De las obligaciones de las partes*, en el numeral 8.12 que el Gobierno Regional de Huancavelica deberá remitir al MIMP los Informes Semestrales con la información de los avances respecto al cumplimiento de las metas e indicadores contenidos en el Anexo del referido Convenio, utilizando el modelo de informe establecido por el MIMP.



# **CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES II SEMESTRE 2015**

Para establecer el estado del cumplimiento del Anexo del Convenio de Gestión se ha tomado en cuenta los siguientes criterios:

|  |  |
| --- | --- |
| **Respuesta** | **Descripción** |
| **Sí** | Deberá marcar que **SÍ**, cuando la meta se ha cumplido en su totalidad. |
| **No** | Deberá marca que **NO**, en los siguientes casos:   * Cuando se ha cumplido parcialmente la meta, pero aún queda pendiente acciones que permitan su cumplimiento * Cuando no se ha realizado ningún avance para el cumplimiento de la meta. |

## **MATRIZ DE SEGUIMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Población  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 50.A.** | | | | |
| Formular, aprobar, ejecutar, dirigir y evaluar los programas en materia de población a nivel regional, en concordancia con la política y el Plan Nacional de Población en coordinación con los gobiernos locales. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA?**  **(marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de gobiernos locales provinciales sensibilizados en las temáticas de población (Bono demográfico y Embarazo adolescente). | N° de gobiernos locales provinciales sensibilizados. | 2 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Desplazados y Cultura de Paz  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 50.B.** | | | | |
| Promover la educación e información en materia de población, contribuyendo a consolidar una cultura demográfica y a propiciar en todos los grupos y sectores sociales, hábitos de vida saludables y prácticas orientadas a la solución de los problemas de población, en especial la reversión de los saldos migratorios negativos provinciales, la redistribución espacial de la población y la atención al envejecimiento demográfico | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Porcentaje de avance en la aprobación del Plan Regional de Reparaciones en Beneficio de la Población Desplazada. | Nº de etapas para la aprobación del Plan Regional / Nº total de etapas. | 30% |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Desplazados y Cultura de Paz  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 50.B.** | | | | |
| Promover la educación e información en materia de población, contribuyendo a consolidar una cultura demográfica y a propiciar en todos los grupos y sectores sociales, hábitos de vida saludables y prácticas orientadas a la solución de los problemas de población, en especial la reversión de los saldos migratorios negativos provinciales, la redistribución espacial de la población y la atención al envejecimiento demográfico | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de gobiernos locales provinciales sensibilizados en la temática de población desplazada (Ley N° 28223). | N° de gobiernos locales provinciales sensibilizados | 2 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección General de Transversalización del Enfoque de Género  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.A.** | | | | |
| Formular, aprobar y evaluar las políticas en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades de su competencia, en concordancia con la política general del gobierno nacional, los planes sectoriales y los programas correspondientes de los Gobiernos Locales. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de componentes para la implementación de la transversalización del enfoque de género. | Nº de componentes implementados | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección General de Igualdad de Género y no Discriminación  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.A.** | | | | |
| Formular, aprobar y evaluar las políticas en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades de su competencia, en concordancia con la política general del gobierno nacional, los planes sectoriales y los programas correspondientes de los Gobiernos Locales. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de actividades aprobadas en el plan de acción para la reducción de brechas en el Gobierno Regional de Huancavelica. | N° de actividades aprobados | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección General Contra la Violencia de Género  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.C.** | | | | |
| Formular políticas, regular, dirigir, ejecutar, promover, supervisar y controlar las acciones orientadas a la prevención de la violencia política, familiar y sexual. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Porcentaje de avance en la capacitación en políticas públicas a funcionarios y técnicos de instituciones involucradas en la lucha contra la violencia hacia la mujer | N° de componentes ejecutados / N° Total de componentes | 75% |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección General Contra la Violencia de Género  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.C.** | | | | |
| Formular políticas, regular, dirigir, ejecutar, promover, supervisar y controlar las acciones orientadas a la prevención de la violencia política, familiar y sexual. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de componentes ejecutados para la mejora de la calidad de los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género. | N° de componentes ejecutados | 2 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección General Contra la Violencia de Género  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.C.** | | | | |
| Formular políticas, regular, dirigir, ejecutar, promover, supervisar y controlar las acciones orientadas a la prevención de la violencia política, familiar y sexual. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de componentes ejecutados para la prevención de la violencia contra la mujer | N° de componentes ejecutados | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Desplazados y Cultura de Paz  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.F.** | | | | |
| Promover una Cultura de Paz e Igualdad de Oportunidades | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Porcentaje de avance en la aprobación de un Plan Regional de Trabajo de Acción Multianual para Promover una Cultura de Paz. | Avance en la aprobación del Plan Regional. | 30% |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad - OMAPED implementadas | N° de OMAPED implementadas | 10 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Políticas sobre Niños, Niñas y Adolescentes  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes – CCONNAS provinciales creados. | N° de CCONNAS provinciales creados | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Sistemas Locales y Defensoría  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de Defensorías Municipales de Niñas, Niños y Adolescentes -DEMUNAS verificadas que cumplen con las metas establecidas en el Plan de Incentivos. | N° de DEMUNAS verificadas que cumplen con las metas establecidas en el Plan de Incentivos | 20 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Personas Adultas Mayores  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de organizaciones de personas adultas mayores identificados | Nº de organizaciones de personas adultas mayores identificados | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Personas Adultas Mayores  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de organizaciones de personas adultas mayores registradas en el “Registro de Organizaciones e Instituciones de PAM | Nº de organizaciones registradas. | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Personas Adultas Mayores  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de CIAM creados en los gobiernos locales. | Nº de CIAM creados | 5 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Fortalecimiento de la Familia  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de Acciones de promoción regional para la implementación y funcionamiento de lactarios en instituciones públicas y privadas | N° de acciones de promoción ejecutadas | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Área del MIMP responsable: Dirección de Fortalecimiento de la Familia  Área del GR responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **FUNCIÓN 60.H.** | | | | |
| Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad. | | | | |
| **INDICADORES** | **FORMULA** | **META 2015 Periodo Jul - Dic 2015** | **¿CUMPLIÓ CON LA META ESTABLECIDA? (marque con X)** | |
| **SI** | **NO** |
| Número de eventos de celebración del Día Nacional de la Familia | N° de eventos de celebración del Día Nacional de la Familia | 1 |  |  |
| **Si su respuesta fue *Sí*, señalar lo siguiente:** | | | | |
| **FACTORES FACILITADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(Señalar aquellos condiciones que hayan permitido el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **FACTORES LIMITANTES EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META** | *(De considerarlo necesario, señalar aquellos factores que hayan dificultado el cumplimiento de la meta)* | | | |
| **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** | *(Indicar el documento, informe, u otro medio de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito)* | | | |
| **Si su respuesta fue *NO*, responder lo siguiente, según corresponda:** | | | | |
| **Si en caso haya presentado algún avance en el cumplimiento de la meta:**  **¿CUÁL FUE EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META?** |  | | | |
| **Si en caso no se haya dado ningún avance en el cumplimiento de la meta**  **¿POR QUÉ NO SE CUMPLIÓ CON LA META?** |  | | | |

# **SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**

Como bien se había mencionado antes, en lo que respecta al Gobierno Regional de Huancavelica, mediante Decreto Supremo N° 155-2008-EF, se declaró concluido el proceso de transferencia de funciones sectoriales en materia de población, desarrollo social e igualdad de oportunidades y se aprobó la transferencia de partidas correspondiente a ese año fiscal.

Posteriormente mediante Decreto Supremo N° 102-2009-EF, se aprobó la transferencia de partidas a favor del Gobierno Regional de Huancavelica para el cumplimiento de las funciones transferidas establecidas en los artículos 50° y 60° de la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales – Ley N° 27867; transfiriéndose un monto ascendente a S/. 83. 334 Soles.



## CADENA PRESUPUESTAL PROGRAMÁTICA AÑO 2015

*(Se deberá colocar la cadena presupuestal programática en la cual se encuentra registrado el monto asignado para el cumplimiento de las funciones transferidas al Gobierno Regional de Huancavelica).*

## REPORTE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL AL CIERRE DEL AÑO 2015

*(Se deberá colocar el respecto cuadro de ejecución de gasto del año indicado, en el que se pueda visualizar, principalmente, el PIA, PIM, la Fase de Devengado y el respectivo porcentaje de avance. Brevemente deberá describir los resultados alcanzados en el nivel de ejecución).*

# **CONCLUSIONES**

# **RECOMENDACIONES**

# **ANEXOS**

## MEDIOS DE VERIFICACIÓN

*(Adjuntar lo documentos que sustentan el cumplimiento de las Metas, de acuerdo a lo señalado en el anexo del convenio de gestión suscrito, asimismo se deberá adjuntar los informes que sustenten el no cumplimiento de alguna de las metas)*



1. Incluida la Municipalidad Metropolitana de Lima. [↑](#footnote-ref-1)