

INFORME No. 09 -2018-CC/INCN

PARA : **Dra. PILAR ELENA MAZZETTI SOLER**
Director General
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

DE : **Dra. ISABEL TAGLE LOSTAUNAU**
Presidenta
Comité de Control Interno

ASUNTO : Informe de Diagnóstico del sistema de Control Interno en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

REFERENCIA: a) Directiva No. 013-2016-CG/GPROD "Implementación del sistema de control interno en las entidades del estado" aprobada por Resolución de Contraloría No. 149-2016-CG.
b) Guía para la implementación y fortalecimiento del sistema de control interno en las entidades del estado" aprobada por Resolución de Contraloría No. 004-2017-CG-CG

FECHA : Lima, 28 de diciembre de 2018

Es grato dirigirme a usted a fin de poner a consideración de su Despacho el Informe de Diagnóstico del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas emitido por el Comité de Control Interno.

El presente informe, contiene las brechas determinadas por ausencia o por la existencia, pero no actualizada, de los documentos normativos exigidos por la Contraloría General de la República a través de matriz 10 de la Guía indicada en la referencia b) las mismas que están agrupadas por componentes del SCI que son: relativas al Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control Gerencial, Información y Comunicación; y, para la Supervisión).

Asimismo, se incluyen otras brechas también importantes determinadas por unidad orgánicas con motivo de las entrevistas efectuadas a los responsables de las mismas que se incluyen agrupadas por unidad orgánica según su necesidad o su competencia para implementar la acción para el cierre de brechas. Todas, éstas y las anteriores están orientadas a lograr el adecuado cumplimiento de la misión institucional.

La estructura del presente informe es el siguiente:

1. ANTECEDENTES

- 1.1. Origen
- 1.2. Alcance

2. BASE LEGAL

3. OBJETIVO

4. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

- 4.1 Actividades previas
 - 4.1.1 Designación de coordinadores
 - 4.1.2 Inducción y Sensibilización al Sistema de Control Interno.
 - 4.1.3 Difusión mediática
 - 4.1.4 Metodología a desarrollar
- 4.2 Recopilación de información
 - 4.2.1 Cuestionarios aplicados
 - 4.2.2 Recojo de información normativa
- 4.3 Análisis de la información
 - 4.3.1 Análisis normativo
- 4.4 Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de entidad (por componentes)
 - 4.4.1 Componente: Ambiente de Control
 - 4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos
 - 4.4.3. Componente: Actividades de Control
 - 4.4.4. Componente: Información y Comunicación
 - 4.4.5. Componente: Supervisión
- 4.5 Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel de procesos o unidades orgánicas

5. ESTADO DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DE RIESGOS

6. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

7. EVALUACIÓN DE MADUREZ DE LOS 54 PUNTOS DE CONTROL

- 7.1 Ambiente de control
- 7.2 Evaluación de riesgos
- 7.3 Actividades de control gerencial
- 7.4 Información y comunicaciones
- 7.5 Actividades de supervisión.
- 7.6 Indicadores promedios de madurez por componente
 - 7.6.1 Cuadro de índice promedio de madurez por componente
 - 7.6.2 Cuadro de madurez promedio en porcentaje por componentes

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES



1. ANTECEDENTES

1.1. Origen

La realización del diagnóstico del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas se ha efectuado en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 28716 "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado", que establece las normas para "regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado".

La precitada Ley, tiene como propósito cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

El Sistema de Control Interno (SCI) en las entidades del estado, y por tanto del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, está regulado por Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG que establece las "Normas de Control Interno" contenidas en cinco componentes, que se detallan seguidamente, y constituyen lineamientos y/o criterios para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades.

1. Ambiente de Control,
2. Evaluación de Riesgos,
3. Actividades de Control Gerencial,
4. Información y Comunicación, y
5. Supervisión.

Tales componentes y sus respectivos subcomponentes constituyen el conjunto de lineamientos en el cual se enmarcan las acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal.

Asimismo, el presente diagnóstico se sustenta en las normas contenidas en la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del estado" aprobada por la Contraloría General de la República con Resolución N° 149-2016-CG, la cual precisa las fases, etapas y plazos para la implementación del Sistema de Control Interno.

Así también, el presente diagnóstico se sustenta en la "Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" aprobadas por la Contraloría General de la República con Resolución N° 004-2017/CG, que establece los mecanismos para realizar el diagnóstico como parte del proceso de implementación del Sistema de Control Interno.

En este sentido comprometidos con la implementación del sistema de Control Interno en la entidad, el Comité de control interno, a través de su Secretaría Técnica, ha elaborado el Diagnostico del Sistema de Control Interno, con miras a elaborar un Plan de Trabajo para el cierre de brechas, que conduzca a la mejora de la eficacia, eficiencia, transparencia y economía de las operaciones del Instituto.

1.2 Alcance

El diagnóstico del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas ha comprendido los órganos y unidades orgánicas priorizados por la entidad, entre ellas: Órganos de Línea: Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía; Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; Departamentos de Emergencia, Servicio Farmacia; así como de Órganos de Apoyo: Oficinas de Economía, de Personal, de Logística y Servicios Generales; y, el Órgano de Asesoría: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; así como otras unidades orgánicas que devinieron en necesarias indagar al identificar procesos, actividades o tareas de aplicación transversal a las unidades orgánicas priorizadas, entre ellas tenemos a la Oficina de Estadística e Informática; Archivo Central y a la Unidad de Emergencia y Desastres, comprendidas en la Estructura Orgánica de la entidad, que se indica seguidamente:

ÓRGANO DE DIRECCIÓN:

Dirección general.

ÓRGANO DE CONTROL:

Órgano de control institucional.

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO:

- a) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- b) Oficina de Asesoría Jurídica.
- c) Oficina de Cooperación Científica Internacional.
- d) Oficina de Epidemiología.
- e) Oficina de Gestión de la Calidad.

ÓRGANOS DE APOYO:

- a) Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.
- b) Oficina de Estadística e Informática.
- c) Oficina Ejecutiva de Administración:
 - i. Oficina de Personal.
 - ii. Oficina de Economía.
 - iii. Oficina de Logística.
 - iv. Oficina de Servicios Generales.

ÓRGANOS DE LÍNEA:

- a) **Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica:**
 - i. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 - ii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Epilepsia.
 - iii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas.
 - iv. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología de la Conducta.
 - v. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Transmisibles del Sistema Nervioso y Neuropediatría.
 - vi. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neuro rehabilitación.
 - vii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurooftalmología.
 - viii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Especialidades Médicas.
- b) **Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía**
 - i. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Micro neurocirugía.
 - ii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía.
 - iii. Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Otoneurocirugía.
- c) **Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.**

- i. Departamento de Investigación Docencia y Apoyo al Diagnóstico por Neurofisiología Clínica.
- ii. Departamento de Investigación Docencia y Apoyo al Diagnóstico por Imágenes.
- iii. Departamento de Investigación Docencia y Apoyo al Diagnóstico en Laboratorio.
- iv. Departamento de Investigación Docencia y Apoyo al Diagnóstico en Neuropatología.

d) Departamento de Enfermería.

e) Departamento de Atención de Servicios al Paciente.

f) Departamento de Emergencia.

2 BASE LEGAL

- Ley N° 27785, Ley Orgánica del sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, publicada el 23 de julio de 2002.
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades de Estado, publicada el 18 de abril de 2006.
- Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno, publicada el 03 de noviembre de 2006.
- Resolución de Contraloría General N° 149-2016-CG, que aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, publicada el 13 de mayo de 2016.
- Resolución de Contraloría N° 04-2017-CG, que aprueba la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, publicada el 20 de enero de 2017.

3. OBJETIVO

Determinar la situación actual y el grado de desarrollo del Sistema de Control Interno existente en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, a fin de identificar las brechas o debilidades del sistema de control interno.

4. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación del SCI estuvo basado en el análisis del cumplimiento de las normas de control interno, organizadas en los cinco componentes de Control y en los principios asociados indicados en la "Guía para la Implementación y Fortalecimiento del sistema de Control Interno en las Entidades del estado aprobada con RC 004-2017-CG.

El Diagnóstico del Sistema de Control Interno, permite conocer la situación actual en la que se encuentra el sistema, identificando las brechas respecto al marco normativo. A efectos de poder diseñar un plan de trabajo para su implementación y/o mejoramiento.

4.1 Actividades Previas

4.1.1 Designación de Coordinadores:

Se designó a los Coordinadores de las áreas priorizadas en la implementación del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas a fin de contar con representantes de las unidades orgánicas priorizadas del Instituto, que sean responsables de facilitar información y absolver consultas que surjan durante el proceso de la implementación del sistema de control interno, en cumplimiento de lo dispuesto en la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del sistema de control interno, aprobada por Resolución de Contraloría General No. 004-2017-CG. Designación que se encuentra publicada en la página web del Portal de la Entidad.

4.1.2 Inducción y Sensibilización al SCI

El Comité de Control Interno, en cumplimiento de la Directiva No 013-2016-CG Directiva para la Implementación del sistema de control interno (SCI), y la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del SCI referida en el numeral anterior realizó las charlas de Inducción y realizó el curso de control interno, Gestión por Procesos y gestión de Riesgos dirigido a los funcionarios y personal del Instituto.

4.1.3 Difusión Mediática

El Comité de Control Interno, luego de aprobar la propuesta del material de difusión del avance realizado por el Instituto en el proceso de implementación del sistema de control interno, procedió a su publicación en el portal de Transparencia de la Página Web de la entidad

4.1.4 Metodología a Desarrollar

De acuerdo a la metodología seguida para efectuar el Diagnóstico del estado situacional del SCI, se realizaron entrevistas y el análisis de documentos normativos internos y su concordancia con las NCI.



Con las entrevistas se estimó el conocimiento, percepción y propuestas sobre el Control Interno de los funcionarios que laboran en las áreas priorizadas así como otras unidades orgánicas indicadas en el título Alcance del presente informe.

Con el análisis normativo y su concordancia con las NCI, se efectuó la revisión de todos los documentos normativos internos con la finalidad de conocer el estado de sus atributos vigencia, despliegue, capacitación y autoevaluación; también para determinar la concordancia con los elementos del control interno, Componente/Principio/NCI, esto se realizó identificando la sección y/o numeral y/o literal de los documentos normativos internos para saber si existe alineamiento y cumplimiento de los elementos del control interno.

El procesamiento de los datos recogidos permitió obtener los valores promedio de entrevistas para estimar el Nivel de madurez del SCI empleando la escala de medición de la CGR.

El procesamiento de toda la información recopilada ha permitido establecer el Nivel de madurez del SCI que deberían ser consideradas como referencia importante para la elaboración del Plan de Trabajo Institucional de Implementación del control Interno (PTICI) para superar las brechas existentes y avanzar en la implementación del SCI en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

La metodología empleada para efectuar el Diagnóstico del SCI se resume a continuación:

ENTREVISTAS:

- Conocimiento, percepción y propuesta

ANÁLISIS NORMATIVO Y SU CONCORDANCIA

- Evaluación de la concordancia normativa

La información recopilada y procesada permitió determinar el Nivel de madurez del SCI. Ello se reflejará en lo siguiente:



- Oportunidades de mejora: como referencia para el Plan de Trabajo Institucional de implementación del SCI.
- Con referencia a los Documentos normativos:
 - Estado de madurez de los Documentos Normativos respecto al CI
 - Soporte a los procesos de la entidad
 - Índice de concordancia normativa

El análisis se ha realizado en base a los principios de Control Interno relacionados con las normas de Control Interno aprobadas por la Contraloría General de la República (R.C. N° 320- 2006-CG) y por la Ley N° 28716 (Ley de Control Interno de las Entidades del Estado).

En el Anexo 1 se muestra una tabla comparativa con la equivalencia entre los componentes y principios del Control Interno (definidos en el COSO 2013) con las normas de control interno (definidas por la Contraloría General de la República R.C. N° 320-2006-CG).

4.2 RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

4.2.1 Cuestionarios Aplicados

De acuerdo a la metodología empleada en la elaboración del Diagnóstico, para las entrevistas se consideró a los funcionarios de la entidad, seleccionándose a los coordinadores de las áreas priorizadas, con las entrevistas se obtuvo el nivel de conocimiento y aplicación, la percepción y propuesta sobre el control interno; es decir, se recibió la versión desde el punto de vista de quienes gestionan la institución y sus diferentes áreas.

Se efectuaron 13 entrevistas de un total de 13 entrevistas programadas a nivel del Instituto; las 13 entrevistas fueron realizadas a funcionarios del propio Instituto, a los coordinadores de las áreas priorizadas. El Cuestionario para entrevistas comprendió un promedio de 20-30 preguntas.

Las entrevistas se efectuaron presencialmente desde el 19 de noviembre.



Durante la realización de las entrevistas se debieron reprogramar 04 entrevistas (30.77%) debido a que los funcionarios priorizaron actividades propias de sus respectivas áreas, para efectuar las entrevistas reprogramadas se necesitaron 2 días útiles adicionales a los programados. Las entrevistas se realizaron desde el lunes 19 de noviembre hasta el miércoles 05 de diciembre del 2018.

4.2.2 Recojo de Información Normativa

Se recopilaron todos los documentos disponibles relacionados a las políticas, normas, directivas, manuales, etc., los cuales se han analizado a fin de obtener la concordancia y el análisis de los principales instrumentos de gestión.

Los documentos recopilados fueron los siguientes:

Componentes del SCI	Normas Internas asociadas
Ambiente de Control	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de compromiso del comité de Control interno. • Plan de Sensibilización y Capacitación en Control Interno. • Plan Estratégico Institucional - PEI 2016. • Documento de designación del CCI. • PESEM del MINSA. • POI 2018. • Aprobación de PAC 2018. • Reglamento de Organización y Funciones ROF. • Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA. • Cuadro de Asignación de Personal -CAP provisional. • Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos MAPRO. • Presupuesto Analítico de personal PAP 2018. • Plan de desarrollo de las Personas Anual PDPA 2018. • Reglamento del Comité de Control Interno del INCN. • Manual de Clasificación de Cargos del INCN.
Evaluación de Riesgos	
Actividades de Control	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos MAPRO.

	<ul style="list-style-type: none"> • Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA. • Directiva Procedimientos de Gestión y uso de los Bienes Muebles Estatales del INCN. • Directiva para el correcto uso de equipos de cómputos y Servicios Informáticos. • Guía de Procedimiento de Regulación de Uso y Funcionamiento de Vehículos institucionales INCN. • Plan de contingencia Informático. • Directiva para la Administración de Software INCN. • Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud" • GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA REGISTRO DE VIDEO-ELECTROENCEFALOGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE EPILEPSIA • GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO • GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA • GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO POR NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA • GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROGENÉTICA • GUÍAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES • GUÍAS TÉCNICAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO, PREVENCIÓN DE RIESGO TROMBOEMBOLISMO VENOSO, VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE MEDICAMENTOS, VALORACIÓN DE RIESGO DE FLEBITIS A PACIENTE PORTADORES DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO. • DIEZ GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO • DIEZ GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA • COMPENDIO DE GUÍAS DE ENFERMERÍA Y SUS RESPECTIVAS INTERVENCIONES POR
--	--

	<p>ESPECIALIDADES EN NEUROLOGÍA, NEUROPEDIATRÍA, NEUROCIRUGÍA, POST NEUROQUIRÚRGICO INMEDIATO, EMERGENCIA Y NEUROCRÍTICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA - VERSIÓN CORTA y VERSIÓN EXTENSA • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL DESORDEN DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA (DENMO) - NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMO) • GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE MIASTENIA GRAVIS • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA • FORMATOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE NEUROGENÉTICA Y DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUROCISTICERCOSIS • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEUROTUBERCULOSIS • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIÓN URINARIA • GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL: PACIENTE NEUROLÓGICO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)SIDA - ASPECTOS GENERALES Y TOXOPLASMOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) • GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TERAPIA DE REPERFUSIÓN AGUDA CON ALTEPLASE ENDOVENOSO EN EL INFARTO CEREBRAL • GUÍA TÉCNICA DE MANEJO DEL PACIENTE CON INFARTO CEREBRAL NO CANDIDATO A TROMBOLISIS-2015 • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CEFALEA - EMERGENCIA • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO DE NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA-EMERGENCIA
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA DEL ADULTO – EMERGENCIA • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC) – EMERGENCIA • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA Y GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ESTADO EPILEPTICO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA • CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN REHABILITACIÓN DE LAS AFECCIONES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ENFERMEDAD DE PARKINSON • HEMORRAGIA INTRACEREBRAL Y GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA • CONSENTIMIENTOS INFORMADOS: PUNCIÓN LUMBAR, TRATAMIENTO CON CORTICOIDE, ALTA VOLUNTARIA. Departamento de Neurología de la Conducta. • CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL SISTEMA NERVIOSO Y NEUROPEDIATRÍA. • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: INFECCIÓN URINARIA. Departamento de Emergencia. • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS. Departamento de Otoneurocirugía. • GUÍA DE TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO ENDOVENOSO CON rt-PA EN EL INFARTO CEREBRAL AGUDO. Departamento de Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas. • GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO MÉDICO Y QUIRÚRGICO: TUMORES RAQUÍDEOS, HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO, HIDROCEFALIA, HEMATOMA SUBDURAL, TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR. Departamento de Neurocirugía. • UÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS ESTUDIOS ELECTRO DIAGNÓSTICOS EN EL SÍNDROME DEL TUNEL DEL CARPIO
Información y Comunicación	Plan de Satisfacción del usuario -2018 Aprobar Directiva Administrativa Nº 063-2017-DG/INCN V.01: Lineamientos y Buenas Prácticas

	para el adecuado uso de los equipos informáticos en el INCN. Plan de Trabajo del Área de Archivo del INCN 2018 Plan para la Gestión de Reclamos, Quejas y Sugerencias del INCN
Supervisión	Informes de seguimiento de implementación de recomendaciones de informes de auditoría Evaluación del POI 2018 I Trimestre

4.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.3.1 ANÁLISIS NORMATIVO

Como parte del diagnóstico se realizó un análisis de la normativa interna del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas con respecto a los componentes del sistema, siguiendo el formato propuesto en el anexo N° 12 de la "Guía para la implementación y fortalecimiento del sistema de control interno en las entidades del Estado"

DOCUMENTO DE GESTIÓN	UNIDAD ORGANICA
Plan Operativo Institucional (POI)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Reglamento de Organización y Funciones	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Estructura Orgánica	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Plan Estratégico de Tecnología de Información (PETI)	Oficina de Estadística e Informática
Plan Anual de Contrataciones (PAC)	Oficina de Logística
Clasificador de Cargos	Oficina de Personal
Cuadro de Asignación de Personal (CAP)	Oficina de Personal
Plan de Desarrollo de las Personas (PDP)	Oficina de Personal
Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico
Manual de Procedimientos (MAPRO)	Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Plan Operativo Institucional (POI)	1 Es concordante con los objetivos estratégicos del PEI	10	95	95.74
	2 Existen lineamientos y metodología para su formulación	9	80	
	3 Refleja las metas presupuestarias que se espera alcanzar para el año fiscal.	9	95	
	4 Contiene los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho periodo, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica	10	90	
	5 Existe un Órgano responsable de su formulación	10	100	
	6 Existe un Órgano responsable de su evaluación	10	100	
	7 Su aprobación es oportuna	10	100	
	8 Es evaluado	10	100	
	9 El resultado de la evaluación se hace de conocimiento de la Alta Dirección	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPOR TANCIA DEL 1 AL 10	% AVANC E DEL ELEME NTO	% AVANC E
Estructura Orgánica	1 Concordante con el ROF	10	100	75.00
	2 Se encuentra actualizada	8	80	
	3 Responde a las necesidades de la organización.	10	80	
	4 Favorece la organización horizontal	8	0	
	5 Favorece la organización vertical	2	80	
	6 La ubicación de los órganos en el diseño es concordante con la normatividad vigente	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPOR TANCI A DEL 1 AL 10	% AVANC E DEL ELEM ENTO	% AVANC E
Reglamento de Organización y Funciones (ROF)	1 Su formulación es concordante con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.	10	100	83.29
	2 Su aprobación es concordante con los lineamientos establecidos en la norma vigente.	10	100	
	3 Se observan las disposiciones sobre creación, organización y funciones contenidas en las normas que regulan el proceso de descentralización y modernización de la gestión del Estado.	10	100	
	4 Se ha diseñado la organización con criterios de simplicidad y flexibilidad que permitan el cumplimiento de los fines de la Entidad con mayores niveles de eficiencia y una mejor atención al ciudadano.	5	90	
	5 Se ha observado el principio de especialidad conforme al cual se deben integrar las funciones afines y eliminar posibles conflictos de competencia y cualquier duplicidad de funciones entre sus órganos y unidades orgánicas a con otras entidades de la administración pública.	5	70	
	6 Se observa el principio de legalidad de las funciones.	5	60	
	7 Todas las funciones y competencias que las normas sustantivas establecen, han sido recogidas y asignadas a algún órgano de la entidad.	7	60	
	8 Cuida la coherencia entre la asignación de competencias y rendición de cuentas. Se tiene claramente asignadas sus competencias de modo tal que pueda determinarse la calidad de su desempeño y el grado de cumplimiento de sus funciones.	6	60	
	9 Tiene informe técnico y legal que los sustenta.	7	60	
	10 Tiene informe previo que verifica el cumplimiento de los requisitos.	5	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Manual de Organización y Funciones (MOF)	1	Concordante con el ROF.	10	100	95.00
	2	Coincidencia de los cargos con los indicados en el CAP.	9	100	
	3	Se asignan las funciones con claridad.	9	100	
	4	Existe segregación de funciones.	10	80	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	1	Alineado con el PEI.	10	100	96.00
	2	Alineado con el POI.	10	100	
	3	Su estructura considera: 1) Exposición de Motivos. 2) Base Legal. 3) Prohibición para el año fiscal. 4) Estimación de los ingresos (por fuentes de financiamiento). 5) Estimación de los gastos.	10	90	
	4	La estructura funcional refleja las metas presupuestarias fijadas para el ejercicio.	10	100	
	5	Las propuestas de gasto son consistentes con los objetivos institucionales.	10	100	
	6	Se distribuye la asignación presupuestaria total de acuerdo a los objetivos que se espera alcanzar.	10	100	
	7	Se proponen actividades y proyectos en concordancia con los objetivos estratégicos del pliego.	10	80	
	8	Considera la previsión del gasto de las actividades y proyectos y su forma de financiamiento, dentro de los límites de la asignación presupuestaria total.	10	90	
	9	El gasto está orientado a cubrir la mayor cantidad de acciones prioritarias.	10	100	
	10	Es aprobado oportunamente e ingresado en el SIAF.	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Manual de Perfiles de Puestos	1 Identificación del puesto.	10	0	0
	2 Misión del puesto.	10	0	
	3 Funciones del puesto.	10		
	4 Coordinaciones principales.	9	0	
	5 Requisitos del puesto.	9	0	
	6 Habilidades o competencias.	9	0	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPOR TANCIA DEL 1 AL 10	% AVANC E DEL ELEME NTO	% AVANCE
Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)	1 Realiza un análisis de la entidad (estructura, funcionalidad, etc.).	9	0	0
	2 Toma en cuenta la prospectiva estratégica de la entidad.	10	0	
	3 Analiza la participación actual de las TICs en la Entidad y sus principales procesos.	8	0	
	4 Analiza las arquitecturas de datos, software y tecnología en general.	7	0	
	5 Define la cartera de proyectos.	4	0	
	6 Prioriza la cartera de proyectos.	3	0	
	7 Contiene los lineamientos para la implementación del PETI.	5	0	
	8 Se encuentra actualizado.	1	0	
	9 Se ha formulado de acuerdo los lineamientos establecidos en la normativa vigente.	6	0	
	10 Se vincula a un presupuesto.	2	0	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Clasificador de Cargos	1	Considera lo establecido en el artículo 4° de la Ley del Empleado Público.	10	100	100.00
	2	Concordante con el ROF.	10	100	
	3	Concordante con el CAP.	10	100	
	4	Se encuentra actualizado.	10	100	
	5	Responde a las necesidades de la organización	10	100	
	6	Es concordante con la normativa emitida por SERVIR	10	100	
	7	Aprobada por el Titular de la Entidad	10	100	

INSTRUMENTO	ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE	
Plan Anual de Contrataciones	1	Se articula con el Cuadro de Necesidades y con el POI	10	60	89.09
	2	Contiene el objeto de la contratación	8	100	
	3	Confiere la descripción de los bienes y/o servicios a contratar.	8	100	
	4	Contiene el valor estimado de la contratación	5	100	
	5	Contiene la fuente de financiamiento	7	100	
	6	Considera a todas las contrataciones del año. Independientemente del tipo de proceso de selección o del régimen que las regule.	8	60	

7	Se aprueba oportunamente (como máximo dentro de los cinco primeros días del ejercicio)	10	100
8	Se publica oportunamente en el SEACE	10	100
9	Se evalúa semestralmente de acuerdo a las disposiciones del OSCE	8	0

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Cuadro de asignación de Personal CAP	1	Formulado en concordancia con la normatividad vigente.	10	100	100.00
	2	Formulado a partir de la estructura orgánica establecida por el ROF de la entidad	10	100	
	3	Observa las disposiciones sobre clasificación de cargos que se encuentran vigentes.	10	100	
	4	Consigna los cargos de confianza de conformidad con las disposiciones vigentes.	10	100	
	5	Se ha presentado en formato que se incluye en los anexos adjuntándose el resumen cuantitativo que consigna la clasificación por grupos ocupacionales.	10	100	
	6	Se encuentra actualizado	10	100	
	7	Aprobado por autoridad competente	10	100	

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Plan de Desarrollo de las personas	1	Formulado en concordancia con la normativa emitida por SERVIR.	10	100	100.00
	2	Responde a las necesidades de la Entidad.	10	100	
	3	Se encuentra actualizado.	10	100	
	4	Se aprobó oportunamente.	10	100	
	5	Se ejecuta.	10	100	

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)	1	Formulado de acuerdo a los Lineamientos para la elaboración y aprobación del TUPA establecidos en la normatividad vigente.	10	100	95.00
	2	Antigüedad no supera los dos años según normativa vigente.	10	90	
	3	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Positivo.	10	100	
	4	Contiene Procedimientos en los que se aplica el Silencio Negativo.	10	100	
	5	Los procedimientos han sido materia de simplificación administrativa.	10	100	
	6	Los procedimientos contemplan pluralidad de instancias.	10	100	
	7	Los plazos son proporcionales al tipo de Trámite.	9	90	
	8	Asigna áreas responsables de cada trámite.	9	100	
	9	Aprobado por autoridad competente.	9	100	

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the center, and a stylized mark on the right.

	10	El cálculo de costos se ha realizado con la metodología de determinación de costos de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, aprobada con (consignar normativa vigente)	10	80	
--	----	--	----	----	--

INSTRUMENTO		ELEMENTO DEL CUMPLIMIENTO	IMPORTANCIA DEL 1 AL 10	% AVANCE DEL ELEMENTO	% AVANCE
Manual de Procedimientos Administrativos (MAPRO)	1	Se encuentra actualizado.	10	90	96.00
	2	Se han identificado claramente los procesos y procedimientos.	10	100	
	3	Concordante con la normatividad y metodología vigente para su elaboración	10	90	
	4	Concordante con los lineamientos de modernización de la gestión pública.	10	100	
	5	Contiene los procedimientos estratégicos, de línea y de apoyo, es decir, los procedimientos internos y externos contemplados en el TUPA	10	100	

De los resultados del análisis de los principales documentos de gestión con respecto a los componentes del SCI, se tiene un avance en su implementación de 89.9% de cumplimiento de los requisitos que deben de cumplir de acuerdo a las disposiciones legales que le son aplicables.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA A NIVEL DE ENTIDAD

4.4.1. Componente: Ambiente de Control

AMBIENTE DE CONTROL	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra compromiso de la Alta Dirección para la implementación del SCI en la entidad con la firma del Acta de compromiso de todos los funcionarios. • Se conformó el Comité de Control Interno conformado por un (1) la Directora Adjunta Alta Dirección, dos (1) Jefes de oficina del órgano apoyo, dos (3) Jefes de oficina del órgano de asesoría, el cual cuenta con un Reglamento Interno de funciones entregado a cada miembro de CCI. • Los miembros del CCI han recibido 2 charlas de inducción sobre control interno. Y 3 talleres de capacitación en control Interno, Gestión por procesos y Gestión de riesgos • Se cuenta con un POI 2018, en el cual se declaran la misión y Visión de la entidad. • Asimismo, la difusión de la misión se realiza con publicación de carteles alusivos en los ambientes del hospital. • Existe un Reglamento Interno de Trabajo. • Se cuenta con los documentos de gestión: ROF, CAP Y TUPA aprobados. • Se ha actualizado el TUPA 2018 del hospital. • La estructura orgánica apoya la consecución de los objetivos institucionales. • Se efectuó la evaluación del primer trimestre del POI 2018 • Se cuenta con un Mapa de Procesos, que incluye diagramas y fichas. • Se cuenta con PDP y procedimiento de capacitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con un código de ética institucional • No se tiene evidencia de la sujeción al código de ética por parte de los funcionarios y servidores de la institución • La Visión y Misión del INCN que se indica en la Página Web institucional y en el POI 2018 son diferentes. • El INCN no cuenta con el Plan Institucional de Integridad y de Lucha contra la Corrupción • El INCN no cuenta con los documentos de gestión: Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE) y Manual de Perfiles de Puestos (MPP) • La entidad no cuenta con un Reglamento Interno de Trabajo (RIT) actualizado, aprobado y divulgado (actualmente RIS) • El INCN no cuenta con un Plan actualizado de Inducción del Personal Ingresante • Algunas unidades orgánicas mantienen en proceso de elaboración el Manual de Procedimientos (MAPRO). • El ROF y el Organigrama del INCN están desactualizados • El MOF del INCN está desactualizado • No existen evaluaciones de Clima Laboral • El INCN no cuenta con registros que evidencien la evaluación de los perfiles de puestos de la entidad, lo que se relaciona con la falta del Manual de Puesto; sin embargo, esta actividad se vienen realizando actualmente en cada ocasión que se formula el expediente de procesos de selección de personal

<ul style="list-style-type: none"> • El Órgano de Control Institucional emite recomendaciones que mejora los procesos internos de la entidad. • La entidad cumple con publicar las DDJJ de los funcionarios, así como con remitirlos a la Contraloría General de la República, en el marco de la normatividad vigente y transparencia. 	
--	--

4.4.2. Componente: Evaluación de Riesgos

EVALUACIÓN DE RIESGOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha designado al Equipo de Implementación de Gestión de Riesgos ni se ha impartido capacitación sobre gestión de riesgos • No se han establecido las Políticas de Riesgos • No se cuenta Manual de Gestión de Riesgos. • No se Cuenta con un Plan de Gestión de Riesgos. • No se han establecido procedimientos para la gestión de riesgos • No se ha difundido la Política, Manual y Plan de Gestión de Riesgos aprobados por la entidad. • No se cuenta con lineamientos para implementar la gestión de riesgos. • No se ha realizado el inventario de riesgos y por tanto no se cuenta con la matriz de riesgos ni con el plan de tratamiento de riesgos • No se cuenta con lineamientos para identificar y evaluar posibles riesgos de fraudes. • No existen reportes de monitoreo de cambios externos e internos que puedan impactar en el SCT. • No existen normas internas que considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.

4.4.3. Componente: Actividades de Control Gerencial

ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Se cuenta con el Reglamento de Organización y Funciones aprobado y vigente, donde se establecen los niveles de autoridad que se desarrollan en las unidades orgánicas.• Adicionalmente se cuenta con directivas que establecen niveles de autorización y aprobación de procesos específicos.• Se cuenta con Manual de Gestión por Procesos y Procedimientos aprobado, con diagramas y fichas.• Se ha documentado algunos procedimientos mediante la emisión de directivas internas.• Se hacen verificaciones y conciliaciones antes de emitir estados financieros, conciliaciones bancarias, presupuestos arqueos, inventarios, etc., basado en las Normas Internacionales de Contabilidad NIC.• Existen registros de cumplimiento en el Sistema de Rendición de Cuentas de Titulares que administra la CGR.• Existen perfiles para los usuarios de los sistemas de información.• Existen normas para el uso y conservación de los equipos informáticos.• Se cuenta con directivas para el uso, custodia, control y accesos a recursos de la entidad: informáticos, bienes y equipos patrimoniales.	<ul style="list-style-type: none">• No se cuenta con procedimientos internos sobre rotación de personal susceptible• No se realizan evaluaciones para identificar que en los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.• No se cuenta con lineamientos para realizar evaluaciones costo-beneficio, previo a la implementación de controles.• No se cuenta con normatividad interna que regule el acceso a información restringida.• No se cuenta con un plan de contingencias Informático.• El INCN no ha implementado la Gestión por Procesos• No se ha elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.• No se ha implementado la medición a través de indicadores de gestión que evalúen la efectividad de los procesos y permitan identificar mejoras• No se ha desarrollado una metodología de mejora continua



4.4.4. Componente: Información y Comunicación

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Se utiliza el Sistema de Gestión Integrado de Gestión Administrativa. Se cuenta con el Informe de satisfacción del usuario/ciudadano. Se realizan encuestas de satisfacción de usuario. Se cuenta con la directiva que regula el uso, la elaboración, la remisión y procedimientos para el trámite documentario de los documentos internos y externos del Instituto. Se cuenta con el Plan Anual de Trabajo de la Unidad Funcional de Trámite Documentario, Archivo y Biblioteca del INCN - 2018. Se cuenta con la directiva para la creación y correcto uso del Correo Electrónico. Existen medios que facilitan la comunicación: correo, periódicos murales, WhatsApp Se cuenta con un Libro de Reclamaciones físico. Se elaboran informes sobre reclamaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Desactualización de los procedimientos de los sistemas de información. No se cuenta con registros periódicos de los Sistemas de Información para detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurran cambios en el entorno del INCN Se encuentra pendiente de actualización el sistema de gestión documentaria del INCN El ambiente de archivo no cuenta con estantes apropiados, no reúne las condiciones ambientales de temperatura y humedad necesarios No se cuenta con una directiva que regule los préstamos y transferencia de documentación. No cuenta con norma para la administración del servicio de Internet. No se cuenta con Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los usuarios en el libro de reclamaciones. No se cuenta con una directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar Directiva que regula la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública.

4.4.5. Componente: Supervisión

SUPERVISIÓN	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con registros de los participantes en capacitaciones sobre Control Interno. Se hace rendición de cuentas respecto al avance estratégico. Se informa al OCI sobre los avances en la implementación de las recomendaciones de auditoría. Evaluación I,II y III trimestre del POI 2018 	<ul style="list-style-type: none"> No existen lineamientos para desarrollar acciones de prevención y monitoreo No existen evaluaciones de los procesos y procedimientos internos en el INCN. No existen registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades y procedimientos (relacionados con

	<p>los 5 componentes del SCI que tiene implementado la entidad a fin de determinar si están presente y en funcionamiento) conforme lo establece matriz 10 de la Guía implementación y fortalecimiento del SCI</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen recomendaciones del Órgano de Control Institucional que se encuentran pendientes de implementar por las Unidades Orgánicas dependientes de la Oficina Ejecutiva de Administración.
--	--

4.5 IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAS A NIVEL DE PROCESOS O UNIDADES ORGÁNICAS

Debilidades de las unidades orgánicas recogidas en las entrevistas realizadas

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

1	Infraestructura inadecuada, espacio insuficiente, y con riesgos de evacuación
2	Las otras áreas administrativas del INCN cuenta con personal que requiere ser capacitado toda vez que no permite ejecutar adecuadamente a través de ellos los presupuestos
3	Accesibilidad y seguridad externa del Instituto que no permite al personal quedarse en el INCN más de las 5 de la tarde
4	Necesidad de Capacitación al personal de la Oficina de Planeamiento
5	Falta lineamientos para la elaboración de los documentos de gestión del INCN

Oficina de Economía

Unidad de Integración Contable	
6	Recepción de documentos fuente de otras oficinas, con retraso.
7	Ausencia de MAPRO
8	Se requiere 02 Equipo de cómputo (por reemplazo)
9	Se requiere Capacitación y Actualización en temas relativos a los sistemas administrativos a su cargo.

Unidad de Tesorería	
10	Necesidad de Capacitación y actualización del personal en normas relativas al sistema de tesorería.
11	Ambiente inadecuado (ubicado en el segundo piso que dificulta subir a pacientes y cesantes, para fines de pagaduría y al área de cuentas corrientes. Paredes de área de constancia está apuntalado.
12	Necesidad de tres (3) equipos de cómputos por reposición

13	No se cuenta con una directiva y Aplicativo para la recepción, control, custodia, ejecución y devolución de garantías entregadas por los contratistas a la institución, a de requerir la ejecución oportuna de éstas, cuando corresponda.
14	Necesidad de instalar una caja para fines de recaudación en el Departamento de Emergencia.

Unidad de Control Previo	
15	Necesidad de capacitación y actualización en la Ley de Contrataciones
16	Carencia de MAPRO
17	Ambiente inadecuado

Unidad de Cuentas Corrientes	
18	Ambiente pequeño e inadecuado, falta remodelar
19	Falta de reposición de equipos de cómputo, los existentes están obsoletos
20	Falta capacitación al personal en computación (Excel avanzado).

Oficina de Personal	
----------------------------	--

21	Necesidad de capacitación a los servidores de la Oficina de Personal en: SIGA, SJAF, Excell avanzado, Sistema de pensiones, previsiones sociales, clima laboral.
22	Infraestructura inadecuada con espacios reducidos y se encuentran en ambientes separados.
23	Muebles y equipos inadecuados: 10 escritorios, con estantes, 20 sillas
24	Se requiere 5 equipo de cómputo más 2 equipo por reemplazo
25	Necesita impresora y escáner para dos ambientes de la oficina
26	Infraestructura inadecuada y carencia de equipos básicos para lactario
27	Se necesita un estante con chapa para custodia de documentos reservados.
28	No cuenta con un Software para control de asistencia, permisos, faltas y tardanzas del personal, legajos, programación de guardias del personal de la entidad, entre otros.
29	Existen expedientes de Procedimiento Administrativo Disciplinario que alcanzaron derecho de prescripción por lo que se requiere solicitar al titular de la entidad la emisión de la Resolución de prescripción.
30	Pendiente de Implementar las acciones dispuestas por la Ley de Seguridad y Salud en el trabajo (Ley N° 29783 y su Reg. Aprobado por D.S. N° 005-2012-TR.) e identificación de los IPERs

Oficina de Logística	
-----------------------------	--

31	Necesidad de capacitación del personal de la Oficina de Logística y de las áreas usuarias sobre el sistema de contrataciones
----	--

Oficina de Servicios Generales

32 Faltan dos (2) equipos de cómputos

Unidad de Mantenimiento

33	Falta de personal técnico con experiencia: 02 en gasfitería, 02 en albañilería; y, 01 para las actividades propias de secretaría.
34	Faltan Kit de herramientas
35	No se cuenta con Directiva para el mantenimiento del cuarto de bomba de agua
36	No se cuenta con Directiva para recarga de extintores
37	No se cuenta con Directiva para recarga de balones de oxígeno medicinal
38	No se cuenta con Directiva para mantenimiento preventivo de fluido eléctrico (sub estación)
39	No se cuenta con Directiva para mantenimiento preventivo de agua y desagüe
40	No se cuenta con un plan de contingencia en los casos apagón y corte de agua, que identifique a los responsables, las acciones a realizar y responsabilidades por incumplimiento.

Unidad de Lavandería

41	1 Lavadora de 50 Kg, inoperativa
42	1 Lavadora 100 Kg operativa que requiere mantenimiento preventivo
43	1 lavadora de 80 kg, dado de baja, requiere reposición
44	Planchadora (Calandria), malograda desde el 2013, requiere reposición
45	1 secadoras Cisell, paralizada hace 3 años, requiere reposición.
46	6 coches (rodajes vencidos, estructura corroída), requieren reposición.

Unidad de Transporte

47	Requiere renovación de ambulancias Mercedes Benz y una (1) no equipada, por mantenimiento oneroso.
48	Los vehículos no están asegurados
49	Se necesita un (1) vehículo para apoyo administrativo

Unidad de Vigilancia

50	Inseguridad extrema en el exterior, del Instituto
51	Requerimiento de personal: Un Ingeniero Sanitario o ambiental para servicios generales (para tratamiento de residuos sólidos hospitalarios)
52	Pérdida de 4 laptop en el presente año dentro de las instalaciones del instituto, uno de propiedad de la entidad y tres de terceros.

Servicio de Farmacia

53	El sistema informático no está integrado con el SIS para identificar la cobertura de los pacientes SIS, con consulta externa para que los médicos visualicen el catálogo de productos de farmacia para emitir su receta; así
----	--



	como con el almacén de farmacia para identificar los stock e ingresos al almacén y el destino de éstos; entre otros accesos que requiere la entidad
54	Se requiere capacitación del personal en adquisiciones
55	Requiere 01 técnico administrativo
56	Falta de espacio físico al servicio de Dosis Unitaria, Centro Quirúrgico, Emergencia para descentralizar el servicio de farmacia y ampliación del almacén de farmacia.
57	Procedimiento de compra NO ágil para atención urgente de material médico especializado de necesidad de abastecimiento inmediato para cirugía; debido a que el Servicio de Neurocirugía no precisa en su programación y en el requerimiento el plazo máximo de entrega del citado material de acuerdo a la complejidad y vigencia tecnológica que requiere atención de abastecimiento inmediato.
58	Desabastecimiento temporal de medicinas por demora en los procesos de compras corporativas por CENARES, impidiendo compras por INCN al estar ya certificado el presupuesto para la compra corporativa.
59	"Existencia de medicamentos de la compra corporativa con grado de abastecimiento de "substock" o "desabastecimiento" (CGR)
60	"Existencia de medicamentos de la compra corporativa con grado de abastecimiento de "sobrestock" ha originado que éstos se almacenen en los pasajes existentes entre los anaqueles del almacén" (CGR)
61	"El hospital no cuenta con certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Dispensación, Distribución y Transporte, farmacovigilancia ni de Seguimiento Farmacoterapéutico" (CGR)

Departamento de Emergencia

62	Se Necesitan 05 Médico Emergenciólogos
63	Se requiere equipamiento Biomédico y material fungible anexo 5 y 6 NTS N° 042- MINSA (observación pendiente) <ul style="list-style-type: none"> • Analizador de gases y electrolitos portátil • Aspirador de secreciones rodable • Bomba de infusión de jeringa (5) • Camilla de transporte • Cama camilla – tipo multipropósito • Doppler transcraneano (2) • Ecógrafo portátil • Electroencefalógrafo portátil • Monitor de transporte • Monitor de funciones vitales de 06 parámetros (1) • Monitor esofágico de gasto cardiaco continuo • Monitor de presión intracraneal • Ventilador de transporte • Equipo de trauma básico • Equipo de trauma avanzado (CGR)
64	Falta de infraestructura para las áreas de trabajo asistencial y atención al paciente (CGR)



Centro de Operaciones de Emergencia COE

65	No se cuenta con las pulseras de color (Rojo, Amarillo, Verde y Negro) para la clasificación de las víctimas previas a su traslado a Operación del Puesto Médico de Avanzada PMA o evacuación mediante ambulancias, conforme lo establece el Procedimiento 8.4.2 Atención Prehospitalaria del Plan de Contingencia del Sector salud ante un sismo de gran magnitud en Lima Metropolitana y en las Regiones de Lima y Callao.
66	No se cuenta con los medicamentos e insumos médicos prioritarios para la atención de las víctimas ante un sismo de gran magnitud en Lima y Callao como lo establece el anexo 2 Plan de Contingencia del Sector Salud ante un sismo de gran magnitud en Lima Metropolitana y en las Regiones de Lima y Callao
67	Se requiere el Mantenimiento del cuarto de bomba de agua

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurocirugía

68	Necesita 2 equipos de cómputos
69	Necesita 1 Impresora con escáner y 1 fotocopidora
Centro Neuroquirúrgico	
70	Infraestructura insuficiente: <ul style="list-style-type: none">• Se requiere incrementar mayor área física para los servicios de neurocirugía. Para las unidades de recuperación post anestésica y de cuidados post operatorios• Se requiere un centro Neuroquirúrgicos mejorado en sus ambientes, para el desarrollo de una actividad Neuroquirúrgica adecuada.
71	Necesidad de Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none">• 06 médicos anesthesiólogos especialistas en Neurocirugía• 06 enfermeras instrumentalistas,• 10 enfermeras asistenciales,• 10 técnicos de enfermería• 02 tecnólogos médicos operadores de equipo.
72	Necesidad de Equipos e Instrumentos <ul style="list-style-type: none">• Falta una central de esterilización, que sirva al centro neuroquirúrgico y a las otras unidades de atención (Emergencia, Cuidados Intensivos, Salas e hospitalización, etc.).• 03 Lámparas dialíticas fijas• 03 Mesa de operaciones Neuroquirúrgicas con especificaciones técnicas y accesorios apropiados para cráneo y columna vertebral• Equipo de Arco en "C" 3-D para cirugía de columna.• Equipo de Micro estimulación y Registro intraoperatorio.• 02 Equipos de Endoscopia Neuroquirúrgica para cráneo, endonasal y columna vertebral.• 01 Equipo de radiofrecuencia.• 02 Equipos de craneotomo eléctrico + accesorios• 01 Equipos de rayos X portátil.

	<ul style="list-style-type: none"> • 06 Equipos de protección radiológica (mandiles y collarines emplomados) • 02 Instrumental completo para cirugía de cráneo • 02 Instrumental completo para cirugía de columna • 04 Monitores de última generación • 06 equipos de ventilación mecánica • 03 Máquinas de neuro-anestesia.
--	--

Sala corazón de Jesús	
73	Infraestructura no adecuada <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Individualización de las camas de la sala Corazón de Jesús • Dotación de sistema de ventilación artificial
74	Falta Reponer 10 Camas clínicas quirúrgicas
75	Faltan equipos <ul style="list-style-type: none"> • Falta 06 Equipos de curaciones • Falta 02 Equipos de Cirugía menor
76	Falta de Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • Falta un (02) Médicos neurocirujanos con orientación a la sub especialización • Faltan 06 Enfermeras especializadas
77	Faltan 3 Biombos

Servicio Neurocirugía	
78	Inadecuada infraestructura para el <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de 10 camas Neuroquirúrgicos • Para la creación de cuidados intermedios Neuroquirúrgicos con 10 camas • Para activar la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos con 10 camas
79	Insuficiente instrumental y equipamiento <ul style="list-style-type: none"> • Instrumental para cirugía de columna vertebral (2 cajas) • Instrumental básico para cirugía de cráneo (2 cajas) • Craneótomo eléctrico 2 unidades • Equipo de microestimulación y registro neurofisiológico intraoperatorio • Equipo de endoscopia intracerebral y de columna vertebral • Instrumental para cirugía endoscópica, transnasal para hipófisis • Instrumental de microcirugía (un juego)
80	Falta de Recursos Humanos: 6 médicos neurocirujanos especialistas, 4 enfermeras y 4 técnicos de enfermería

Departamento de Microneurocirugía	
81	Falta de equipamiento <ul style="list-style-type: none"> • 01 Neuroendoscopio rígido y flexible • 01 Neuronavegador de última generación • 01 Set de Instrumental de Micro neurocirugia • 01 Set de cirugía vascular

	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Set de Cirugía transesfenoidal endoscópica
82	Déficit de recursos humanos Neuroquirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • En función a la subespecialidad requiere 02 profesionales en cirugía vascular, 02 de endovascular y 02 en cirugía de base de cráneo, 10 enfermeras y 15 técnicos de enfermería.
83	Déficit de infraestructura Sala de hospitalización con instalaciones empotradas de oxígeno, aspiración de secreciones, aire acondicionado.
84	Laboratorio de bioterio

Neurocirugía/sala San Miguel	
85	Recursos humanos insuficientes <ul style="list-style-type: none"> • 02 Médicos Neurocirujanos sub especialistas • 04 Licenciados de enfermería especialistas en Neurocirugía
86	Área de hospitalización reducida <ul style="list-style-type: none"> • Dotación de sistema de ventilación artificial • Ampliación para 10 Camas quirúrgicas • Tópico de curación
87	Faltan equipos e instrumentos <ul style="list-style-type: none"> • 04 Equipos de curaciones • 02 Monitores de funciones vitales • 02 Equipos de cirugía menor • 01 Aspirador de secreciones

Dirección Ejecutiva de investigación, Docencia y Atención especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Departamento de investigación, Docencia y Apoyo al Diagnóstico por Neurofisiología Clínica	
88	Infraestructura insuficiente Necesidad de expansión del departamento para la mejor atención a los pacientes (pacientes con camillas, sillas de ruedas, muletas, andadores, etc.)
89	Falta de Recursos Humanos <ul style="list-style-type: none"> • 01 Secretaría para apoyo administrativo (recepción, entrega de resultados, estadísticas, etc.) • 02 Tecnólogos para polisomnografía, • 01 tecnólogo para video electroencefalograma • 01 tecnólogo para velocidad de conducción nerviosa
90	Falta de equipos e instrumentos <ul style="list-style-type: none"> • 01 Electromiógrafo • 01 Electroencefalógrafo • 01 Equipo para polisomnografía • 02 Camas de madera de plaza y media para polisomnografía. • 02 Colchones para las camas de polisomnografía • 03 Camillas de madera • 01 Aire acondicionado para el ambiente de máquina de polisomnografía y electroencefalograma • 05 Escritorios para los médicos de 1mts x 80 cm

	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Computadora • 01 Impresoras multifuncional • 04 Anaqueles para el archivo de la documentación del departamento (informes médicos, documentación de los trámites, solicitudes, etc.)
--	--

Departamento Diagnóstico por Imágenes	
91	<p>Infraestructura insuficiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere el incremento de las salas de informes y área administrativa (rayos X, tomografía, resonancia).
92	<p>Falta de Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 02 Neuroradiólogos • 02 Tecnólogos médicos capacitados en técnicas avanzadas de neuroradiología en resonancia magnética, haciendo énfasis en resonancia funcional. • Un médico anestesiólogo para realizar estudios que requieran sedación, en especial pacientes de cuidados intensivos y pediatría
93	<p>Falta de equipos e instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomógrafo con 64 líneas de detectores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomógrafo computarizado multicorte de 64 cortes, adquiridos y reconstruidos por cada rotación de 360° del gantry. 2. Interface dicom 3.0 con licencias activadas (dicom 3.0: print, storage commitment, query/retrieve, worklist, send/receive, modality performed procedure step) 3. Diagnóstico y servicio técnico remoto (referido al soporte técnico del equipo con el proveedor local y la fábrica). Se precisa que la línea ip de conexión este a cargo de la institución. 4. Técnica de reconstrucción interactiva de imágenes para reproducción de dosis de radiación que recibe el paciente). • Resonador magnético de 1.5 Teslas, con software de neuroradiología: <ol style="list-style-type: none"> 1. Con luz de posicionamiento del paciente, con soporte de paciente fijo o móvil capaz de soportar 220kg o más. 2. Conectividad mediante estándar dicom 3.0 (salida dicom) con licencia activada en los servicios: storage o export, worklist y dicom print, que permita la impresión, envío, recepción, importación y exportación de datos e imágenes. 3. Que permita realizar adquisiciones paralelas (Especificaciones técnicas del MINSA-Dirección General de Infraestructura, equipamiento y mantenimiento). 4. Con rango de exploración de 140 cms o más con suministro de helio por el tiempo de la garantía del equipo. 5. Con jaula de protección de radio frecuencia con una puerta y una ventana de observación. 6. Con sistema comunicación y observación por CCTV de paciente. 7. Intensidad del campo magnético: 1.5 tesla 8. Homogeneidad del campo magnético: igual o menor a 1.2 ppm. 9. Apertura interior del gantry 60 cm o más.

	<p>10. Factor de evaporación del helio; 0.03 lt/hr o menor. C gradientes con intensidad de campo gradiente: 40 mt/m o mayor por cada eje. Con sistema de transmisión y recepción totalmente digitales.</p> <p>11. Número de canales de recepción simultáneas: 32 o más con 01 set de bobinas flexibles de diferentes tamaños.</p> <p>12. Juego de bobinas compuesto por lo menos de: bobina de cabeza de 20 canales. Bobina de cuello de 4 canales. (alternativa: bobinas de cabeza y cuello integradas en la misma estructura de 16 o más canales, respetando las especificaciones técnicas). Bobinas de tórax de 16 canales. Bobina de columna de 15 canales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de radiografía digital portátil (02). • Equipo de radiografía digital fijo (01). • Implementación de sistema PACS-RIS. • Una estación de trabajo (escritorio y computadora) para Resonancia • 01 Desfibrilador externo automático (DEA), tanto para el área de tomografía como resonancia. • un Detector de metales para el área de Resonancia
94	Faltan 3 equipos de cómputo y 01 impresora
95	"La UPSS diagnóstico por imágenes no cuenta con documento y/o Plan de Mantenimiento de la Infraestructura desde el año 2017" (CGR)
96	"Se evidencia que no cuenta con Licencia de físico médico" (CGR)
97	"El instituto no cuenta con sala de Angiografía, el angiógrafo que posee se encuentra en el centro Quirúrgico" (CGR)

Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica	
98	<p>Infraestructura inadecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente inadecuado para el laboratorio. • Falta un ambiente independiente para el banco de sangre y hemoterapia. • Fala adecuar ambiente para recepción, secretaría y toma de muestra de laboratorio.
99	<p>Falta de Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos patólogos clínicos con conocimiento teórico-práctico en aféresis. (teniendo en cuenta que el Jefe se jubilará en el mes de mayo 2019) • 2 Tecnólogos médicos, turno tarde y otro para guardia. • 02 Técnicos para guardia nocturna, feriados y domingos. • Una Enfermera para el procedimiento de plasmaféresis.
100	<p>Falta equipos e instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservadoras (02), para laboratorio clínico de 500 L • Centrifuga pequeña (02) • Rotador de plaquetas (01). • Rotador de placas (01). • Congeladora a -40°C (01), para la conservación de plasma y seroteca.
101	Falta Material Médico tales como: Tensiómetro, detector de venas y arterias
102	Personal antiguo en un 40% aproximadamente

103	"La UPSS Patología Clínica, no cuenta con indicadores de calidad relacionados al registro de pedido de análisis, a la toma de muestra, al proceso analítico, a los resultados de interpretación/ opinión diagnóstica, a la transcripción de resultados, ni a la satisfacción del usuario. De otro lado, la UPSS no cuenta con la totalidad de los indicadores de gestión" (CGR)
104	"La UPSS Patología Clínica, no utiliza la totalidad de documentos técnico administrativos ni técnico asistenciales, especificados en la NTS N° 72-MINSA "Norma Técnica de Salud de la Unidad productora de Servicios de Patología Clínica"" (CGR)
105	"La UPSS Patología Clínica, no cuenta con Servicios Higiénicos para pacientes, tampoco cuenta con vestidores ni servicios higiénicos para el personal del área. Asimismo, no tiene ambientes para la recepción de muestras ni para el cuarto de limpieza. No cuenta con las área de Laboratorio de histocompatibilidad" (CGR)

Departamento de Neuropatía

Laboratorio

106	Infraestructura inadecuada Reforzamiento de paredes de laboratorio 1 y 2. <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de techo de laboratorio 2 • Cambio de piso antideslizante laboratorio 1 y 2. • Cambio del sistema eléctrico en todo el Departamento. • Cambio de inodoros y lavatorio del baño laboratorio 1 y museo
107	Faltan equipos e instrumentos <ul style="list-style-type: none"> • Cámara húmeda para inmunohistoquímica (01) • Baño María para inmunohistoquímica (01) • Cito centrífuga (01) • Etiquetador de láminas (01) • Marcador de láminas con punta de diamante (01) • Archivador de láminas metálico para 1,000 como mínimo (01) • Archivador metálico para los tacos de parafina para 1,000 como mínimo (01) • Empastado de archivos (20 libros) • Aire acondicionado para laboratorio 1 (01)
108	Se requiere el Mantenimiento preventivo sostenible <ul style="list-style-type: none"> • Procesador de tejidos • Cámara de bioseguridad 02 • Estufa • Dispensador de parafina • Cámara de enfriamiento de tacos • Micrótopo de rotación • Baño de flotación • Centrifuga de tubos • 03 microscopios binoculares • Sierra eléctrica • 02 mesas de autopsia • Cámara de cadáveres • Camillas • Aire acondicionado (05)

Oficina para jefatura

109 Falta de muebles y estantes de melamina para jefe de Oficina y secretaria.

Sala de Autopsia y Mortuorio

- 110 Infraestructura inadecuada
- Se requiere reforzamiento de paredes
 - Cambio de sistema eléctrico
- 111 Faltan los siguientes Equipos e Instrumentos
- Cámara de cadáveres de 3 cuerpos (01)
 - Lámpara cialítica de 16 luces (01)
 - Foco de luz ultravioleta (01)
 - Camilla elevadora eléctrica para cadáveres (01)
 - Extractor de aire
 - Equipo de disección
- 112 Falta mantenimiento preventivo para:
- 2 Mesas de necropsias
 - Cámara de cadáveres
 - Camillas

Cerebroteca

- 113 Infraestructura inadecuada
- Se requiere reforzamiento de paredes
 - Cambio de sistema eléctrico
- 114 Faltan equipos e instrumentos
- Estanterías de metal:
 1. Estante: Ancho 3.90 mt, Altura 3.10 mt, Profundidad 50cm,
 2. Estante: Ancho 1.70 mt, Altura 3.10 mt, Profundidad 50cm.
 3. Estante: Ancho 2.30 mt, Altura 3.10 mt, Profundidad 50cm

Museo

- 115 Infraestructura inadecuada
- Carece de falso techo
 - No tiene piso cerámico antideslizante en 3 ambientes.
 - Necesidad de cambio de sistema eléctrico
 - Necesidad de mejorar iluminación de los ambientes.
 - Necesidad de 02 Puertas principales de vidrio templado de 2 hojas que se abra hacia afuera.
 - Necesidad de construcción del ambiente en el segundo piso para cerebroteca 4 x 4 metros
 - Cambio de inodoro y lavatorio de baño.
 - Pintado interno y externo.
- 116 Falta de equipos e instrumentos
- Extractor de aire para museo.
 - Parlantes con bluetooth (06).
 - Grabadoras de voz, tres (03)
 - Vitrinas: (03)
 1. Vitrina: Ancho 1.15 mt, Altura: 2.40 mt, Profundidad: 25cms.



	<p>2. Vitrina: Ancho 3.45 mt, Altura: 2.40 mt, Profundidad: 25cms.</p> <p>3. Vitrina: Ancho 2.30 mt, Altura: 2.40 mt, Profundidad: 25cms.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frascos de acrílico de 2 Lt para Cerebros (300). • Puntero laser para exposición (06). • Locker de 2 cuerpos y 4 cabinas. • Cintas ordenadoras de fila (02) y pilares (04). • Arreglo de estatua
--	--

Neurogenética

117	<p>Infraestructura inadecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> • CONSULTORIO ÚNICO Falta implementar Área para la consulta especializada en Neurogenética (material noble). Desde diciembre 2016, por falta de infraestructura suficiente, se ha colocado el área de toma de muestras en una esquina de este consultorio. • CONSULTORIO PROVISIONAL (CASETA Nº 1) Falta implementar consultorio de psiquiatría/neurogenética. (actualmente funciona en Caseta de madera deteriorada, con signos de apollillamiento, techo de tecnopor desgastado, inseguro). • LABORATORIO DE NEUROGENÉTICA Falta implementar laboratorio especializado para procedimientos moleculares de investigación y apoyo al diagnóstico de enfermedades neurogenéticas. • AREA DE ADMINISTRACIÓN Falta implementar área de administración actualmente funciona en (Caseta de madera Nº 2) Falta implementar Área de archivo de documentos y área administrativa del CIBN. Actualmente funciona en Caseta de madera deteriorada, con signos de apollillamiento, techo de tecnopor desgastado, inseguro. • SALA DE INVESTIGADORES Falta implementar sala de investigadores, actualmente funciona en caseta de madera Nº 3 Falta implementar Área de trabajo de los investigadores permanentes, asociados, auxiliares, tesis y rotantes del Servicio y Centro de Investigación Básica en Neurogenética (CIBN) actualmente funciona en caseta donada por los trabajadores del servicio. Caseta de madera deteriorada, con signos de apollillamiento, techo de tecnopor desgastado, inseguro.
118	<p>Falta Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicos neurólogos (2 nombrados y 1 CAS), uno en cargo administrativo en Dirección General • Ing. Químico especialista en genética (nombrado) • Una médica psiquiatra (CAS) • Un neuropsicólogo • Un psicoterapeuta • Dos biólogos genetistas/especialistas en genética (1 nombrado, 1 CAS)

	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de apoyo administrativo (tercero) • Coordinador de Investigación • Médico genetista • Investigadores (DINA-CONCYTEC)
119	Faltan equipos e instrumentos <ul style="list-style-type: none"> • Termocidador ABI 9700, Inoperativo • Balanza analítica, sin calibración desde 2015 • Centrífuga HERAEUS, Inoperativa • Fuente de poder VWR-SCIENTIFIC, inoperativa • Ultracongelador-70 equipo donado, Inoperativo • Sistema de aire acondicionado de laboratorio, sin mantenimiento • Equipos de laboratorio requieren UPS. • Requiere Secuenciador de NGS. • Centrífuga refrigerada para placas • Termocidador en tiempo real • Se requiere un Congelador vertical a -20°, se cuenta con uno. • Un Deshumecedor • Un Temporizador electrónico. • Un Esterilizador en calor seco. • Un Etiquetador. • Un Cronómetro de bolsillo • Un Higrómetro
120	Faltan equipos informáticos y mobiliario <ul style="list-style-type: none"> • Una computadora personal de escritorio. • Un Servidor bioinformática • Laptops • Fotocopiadora • Una Impresora láser. • Un Proyector multimedia. • Un Software para elaborar heredogramas. • Estante para archivos • Licencia para programas de análisis de datos genómicos • Silla reclinable ergonómica • Mesa para sala de reuniones • Sistema/discos de almacenamiento externo inexistentes • Escritorios para cada uno de los consultorios
121	Faltan material médico <ul style="list-style-type: none"> • Balanza mecánica de pie con tallímetro, adulto (ninguno) • Estetoscopio (ninguno) • Tensiómetro con base rodable (ninguno) • Oftalmoscopio directo de mano inexistente • Una Cámara digital von tripode. • Un Negatoscopio médico. • Camilla prestada
122	Otros <ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con soluciones buffer para PH metro • Fluctuación de corriente eléctrica • Solo se cuenta con un baño para más de 10 personas • Sistema de almacenamiento virtual "nubes" • Reservorio de agua/tanque-cisterna

- Sistema biométrico de huella digital.

Unidad de Archivo Central

123	Falta de recursos humanos (2) con estudio de técnico en archivo
124	Infraestructura inadecuada ambientes pequeños, humedad, calaminas con orificios, cables sueltos y sin empotrar (observación SuSalud)
125	Se requiere dos (2) equipos de cómputos
126	Se requiere de una (1) fotocopidora planetaria
127	No se cuenta con Fluorescentes para las áreas (12)
128	No se cuenta con cajas para archivo y materiales de protección: mascarillas, guantes, jabón líquido, papel toalla
129	Se requiere equipos para ambientes de archivo: Detectores de humo, deshumedecedores, aire acondicionado, escalera de aluminio tipo A
130	El ambiente de archivo no cuenta con estantes apropiados, no reúne las condiciones ambientales de temperatura y humedad necesarios
131	No se cuenta con una directiva que regule los préstamos y transferencia de documentación. Así como Directiva eliminación de acuerdo a Ley
132	El Archivo central viene usando muebles dados de bajos (mesa, sillas, computadoras, entre otros)
133	No cuenta con mobiliario de oficina: Escritorio 02, mesa de trabajo 02 1.20 x 2 mts., 4 sillas, estantes de metal para el archivo

Oficina de Estadística e Informática

134	La Oficina de Estadística e Informática no cuenta con la disponibilidad presupuestal oportuna que facilite la implementación del parque informático.
135	No cuenta con las Directivas de gestión clínica y administrativa de pacientes en Consulta Externa aprobadas oportunamente.
136	Necesidad de capacitación del personal de la Oficina de Estadística e Informática en temas de su competencia (preferente In house)
137	Infraestructura Insuficiente (Archivo historias clínicas)
138	Infraestructura Insuficiente (Unidad informática)
139	Necesidad de Recursos Humanos: 7 servidores (2 administrativos para la atención a los pacientes, 1 secretaria para la Unidad de Informática, 1 Ingeniero de sistemas, 2 operadoras para Call Center y 1 Técnico Informático para soporte)
140	No se cuenta con un circuito cerrado de audio y video integrado a un "software de control de colas" para el llamado a los pacientes de Consulta Externa en el marco del Plan Cero Colas (que incluye 07 televisores, consola de video, cableado, software de control de colas y consola de distribución de tickets)
141	Pendiente de efectuar la depuración de historias clínicas del archivo pasivo
142	No se cuenta con un plan de contingencias Informático.

143	No se ha elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.
144	Necesidad de actualizar los procedimientos de los sistemas de información.
145	No está actualizado el sistema de gestión documentaria del INCN
146	No cuenta con norma para la administración del servicio de Internet.
147	No cuenta con Directiva que regula la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública.
148	La plataforma Web del INCN tiene limitaciones de capacidad para adicionar información de interés público y de cumplimiento obligatorio, así como para acceder y visualizar información de manera amigable
149	No se cuenta con el Plan multianual de reposición de equipos informáticos 2017-2021 así como con el Plan multianual de mantenimiento de equipos informáticos 2017-2021, aprobados por la instancia competente

Servicio de Consulta Externa

150	"No se dio inicio a las atenciones por consulta externa según el horario de atención publicado" (CGR)
151	"La lista de pacientes y la hora en que están programadas las citas no se encuentran publicadas en un lugar visible en cada consultorio" (CGR)
152	"La UPSS Consulta externa no cuenta con servicios higiénicos para pacientes y/o usuarios con discapacidad física. Asimismo, los servicios higiénicos para hombres y mujeres que posee tampoco están implementados para el uso de los discapacitados" (CGR)

5. ESTADO DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas NO cuenta con los siguientes instrumentos internos de gestión de riesgos:

- Política de Gestión de Riesgos,
- Manual de Gestión de Riesgos; y,
- Plan de Gestión de riesgos.

La gestión de riesgos requiere de un soporte organizacional desconcentrado, conformado por el Comité de Control Interno.

No se ha conformado el Equipo de Trabajo o la designación de la unidad orgánica que promueva la implementación de la gestión de riesgos, según lo dispuesto por la Directiva N° 013-2016-CG/PROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobada con Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG y la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" aprobada por Resolución de Contraloría General N° 004-2017-CG que propone herramientas, políticas y buenas prácticas de control interno, entre ellos el componente: Evaluación de riesgos.

La gestión de riesgos comprende la identificación, el análisis y la evaluación de los mismos, que permitirá determinar la magnitud de su impacto en la entidad y base al cual concretar acciones de respuestas ante acontecimientos que pueda impactar adversamente en el logro de los objetivos y metas institucionales de carácter general y en función de cada proceso, lo cual constituye el tratamiento de riesgos.

Para la implementación de Gestión de Riesgos, es fundamental la designación de los miembros del **Equipo de Implementación de la gestión de riesgos**, el mismo que realizará la sensibilización a nivel institucional, difusión de la política de gestión de riesgos y la capacitación a los miembros del Comité Control Interno y **Equipo de Implementación de la gestión de riesgos**, a partir de la elaboración de los MAPROs aprobados se podrá desarrollar una priorización adecuada de procesos para elaborar el Plan de Gestión de Riesgos.

6. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

A partir de las debilidades de control interno encontradas se ha establecido acciones a implementar, por cada componente del SCI, las cuales se detallan a continuación:

AMBIENTE DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none">• Que la Oficina de Personal elabore y gestione la aprobación de la Directiva del Código de Ética del INCN y lo difunda al personal. Además programe y ejecute charlas sobre el código de ética Institucional• Que la Oficina de Personal elabore el formato de adhesión por parte de los funcionarios y servidores del INCN al Código de Ética Institucional, y requiera la firma respectiva de adhesión• Unificar la Visión y Misión del INCN en el POI como documento de Gestión y en la Página Web del INCN• Que la Dirección General (DG) designe la Unidad orgánica o al funcionario responsable de implementar las acciones de integridad y de lucha contra la corrupción, la que deberá elaborar:<ul style="list-style-type: none">a) El proyecto de Directiva de denuncias de actos de corrupción yb) El proyecto de Directiva de denuncias administrativas.c) Elaborar el proyecto de Plan de Integridad y Lucha contra la Corrupciónd) Elaborar los informes de evaluación semestral

- e) Gestionar la aprobación de la DG de los citados proyectos contando con opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico (OEPE) y de la Oficina de Asesoría Jurídica (OAJ).
- Que el Comité de Tránsito al Servicio Civil (reconformado) en coordinación con la Oficina de Personal realice:
 - a) La sensibilización en materia de proceso de tránsito a la Ley de SERVIR.
 - b) formule el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) Provisional en sustitución temporal del Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE).
 - c) Elabore los perfiles de puestos.
 - d) Elabore el mapeo de puestos
 - e) Elabore el manual de perfiles de puestos
 - f) Gestione la aprobación y divulgue el Reglamento Interno de Servidores (RIS) antes RIT concordante con el RIS del MINSA.
 - g) Que la Oficina de Personal actualice el Plan de Inducción del Personal Ingresante al INCN y gestione su aprobación
- Que la OEPE promueva la capacitación del personal competente en la elaboración del Manual de Procedimiento (MAPRO) de las Unidades orgánicas que no hayan cumplido con esta obligación.
- Que tales unidades orgánicas culminen con la elaboración de sus MAPROS.
- Que tales MAPROS sean aprobados por la instancia competente, se divulguen e implementen
- Que el Comité reconformado de Tránsito al Servicio Civil continúe el proceso de tránsito a la Ley SERVIR a fin de actualizar los documentos de Gestión: El Organigrama, el Manual de Operaciones (actual MOF) del INCN conforme a los lineamientos de SERVIR y del MINSA
- Que el Equipo de Trabajo encargado de apoyar a la Oficina de Personal en la implementación del Plan de Cultura Organizacional del INCN apoye también a en la formulación el Plan del Clima Laboral como parte del plan de Cultura Organizacional, así como en la ejecución y evaluación de la implementación de las acciones.
- Que el Comité reconformado de Tránsito al Servicio Civil formule los registros que evidencien la evaluación de los perfiles de puestos de la Entidad

EVALUACIÓN DE RIESGOS

- Se designe al Equipo de Implementación de Gestión de Riesgos, que realizará las acciones siguientes:
 - Capacitación sobre Gestión de Riesgos
 - Diseño de la política de Riesgos del INCN
 - Elaborar el Manual de Gestión de Riesgos
 - Elaborar el Plan de Gestión de Riesgos
 - Solicitar a la Dirección General aprobación del citado Plan
 - Aprobación por la DG del citado plan
 - Formular los procedimientos para la gestión de riesgos
 - Solicitar a la Oficina de Comunicaciones la publicación en la Web y demás medios de difusión de los procedimientos y de la política de riesgos aprobados por la entidad.
 - Difusión de los procedimientos y de la política de riesgos por la Oficina de Comunicaciones
 - Elaborar los Lineamientos o Directivas para identificar y evaluar posibles fraudes.

- Realizar el inventario de riesgos, a través de los titulares de las unidades orgánicas en el ámbito de su competencia funcional, respecto de los riesgos en los procesos, actividades y tareas a cargo de tales unidades.
- En base al inventario, formular la matriz de Riesgos.
- En base a la matriz de Riesgos formular el Plan de tratamiento de Riesgos
- Elaborar una normativa interna (Directiva) que considere la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.

ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

- Que la Oficina de Personal elabore y contando con opinión favorable de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico se gestione la aprobación de la directiva para la rotación de personal asignado a puestos susceptibles de riesgos de corrupción.
- Que la Oficina de Gestión de la Calidad consolide los MAPROs del INCN y evalúe e identifique los procesos, actividades y/o tareas que tengan la necesidad de efectuar segregación de funciones, requiriendo o proponiendo, de ser el caso, a la unidad orgánica respectiva las mejoras que correspondan, como parte del proceso de mejora continua
- La Oficina de Gestión de la Calidad someta a consideración de la Dirección General una Política y/o Lineamientos para la aplicación de la evaluación Costo -Beneficio en la implementación de controles en procesos y/o procedimientos por las Direcciones, Oficinas, Departamentos o Servicios, en el ámbito de su competencia
- La Dirección General asignará esta actividad al encargado del Acceso a la Información Pública, la misma que proyectará la norma interna que regule el acceso a información restringida.
- Que la Oficina de Estadística e Informática Actualice un plan de contingencias informático y gestione la aprobación por la DG, su difusión e implementación.
- Que la Dirección General designe el Equipo para implementar la Gestión por Procesos en el INCN y que elabore el Mapa de Procesos, Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos; y, requiera la aprobación de la DG
- Que la Oficina de Estadística e Informática elabore el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI en el marco de las normas que dicte el MINSA a través del documento ESTRATEGIA DE GOBIERNO DIGITAL para el sector salud de acuerdo al aviso de sinceramiento de fecha 28 de junio 2018
- Que la Oficina de Gestión de la Calidad, determine indicadores de gestión que validen la efectividad de los procesos y permitan identificar acciones de mejora.
- Formule el instructivo para el registro de propuestas de mejoras en los procesos

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Que la Oficina de Estadística e Informática realice la actualización de los sistemas de Información necesarios en el INCN
- Que la Oficina de Estadística e Informática revise periódicamente los sistemas de información con el fin de detectar deficiencias en sus procesos y productos realizando los cambios que resulten necesarios en coordinación con la unidad orgánica dueña del proceso, actividad, tarea o de la información.
- Que la Oficina de Estadística e Informática gestione ante la OTI del MINSA la asistencia técnica para la actualización del Sistema de Trámite Documentario institucional.
- Que la Oficina de Estadística e Informática analice la estructura del sistema de Trámite documentario actual a fin de desarrollar e implementar las mejoras que permitan atender las necesidades de los usuarios

- Que la Jefa de la Unidad Funcional de Trámite Documentario y Archivo Central elabore e implemente el Plan de mejora del Archivo Central del INCN
- Que la Jefa de la Unidad Funcional de Trámite Documentario y Archivo Central, elabore y gestione la aprobación de la Directiva que regule la entrega de documentos en calidad de préstamos y de transferencia
- Que la Oficina de Estadística e Informática actualice la Directiva para la administración del servicio de internet, gestione la aprobación, difunda e implemente.
- Que la Oficina de Gestión de la Calidad actualice y gestione la aprobación de la Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los administrados o visitantes al INCN en el Libro de Reclamaciones
- Que la Oficina de Comunicaciones elabore y gestione la aprobación de la Directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar del INCN
- Que la Oficina de Estadística e Informática actualice la Directiva que regule la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública en el INCN y gestione su aprobación, difunda e implemente.

SUPERVISIÓN

- Elabore y gestione la aprobación de los lineamientos para desarrollar acciones de prevención, seguimiento y monitoreo del SCI.
- Que la Oficina de Gestión de la Calidad realice evaluaciones de los procesos y procedimientos internos del INCN.
- Que las Unidades Orgánicas dejen constancia de las acciones de monitoreo que realizan, a fin de medir la eficacia de las actividades y procedimientos que tiene el INCN implementados relacionados con los cinco componentes del SCI
- Que el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Administración adopte acciones eficaces conjuntamente con las unidades orgánicas a su cargo a fin que las observaciones de auditoría que se encuentran en proceso de implementación al 31/12/2018, sean superadas con carácter de urgente, por la importancia de las mismas en procura de la mejora de la gestión.

Dirección Ejecutiva Planeamiento Estratégico

- Que la OEPE programe charlas de capacitación al personal de las áreas usuarias para mejorar la oportuna ejecución presupuestal
- Que la Oficina Ejecutiva de Administración a través de la Unidad de Vigilancia Solicite a las autoridades municipales y policiales brinden la seguridad ciudadana en la jurisdicción de la sede de esta Institución que facilite el acceso y retiro sin riesgos y daños a la integridad física y psicológica de los trabajadores y usuarios de los servicios que brinda el INCN

Oficina de Economía

Unidad de Integración Contable

- Que la Oficina de Economía conjuntamente con la Oficina de Logística y la Oficina de Personal suscriban una acta de compromiso de entrega oportuna de los documentos e información en el ámbito de su competencia a la Oficina de Economía para los fines de registros contables y de pago oportuno de las obligaciones de la entidad por esta última, compromiso que debe incluir las acciones de personal por incumplimiento de la obligación asumida.

Unidad de Tesorería

- Que la Oficina de Economía a través de la Unidad de Tesorería Implemente una directiva y aplicativo para la recepción, control, custodia, ejecución y devolución de garantías entregadas por los contratistas a la institución.

Oficina de Personal

- Que la Oficina de Personal requiera de un Software para control de asistencia, permisos y faltas del personal, así como de los legajos, programación de guardias, entre otros, del personal de la entidad
- Que el Secretario Técnico de PAD emita los proyectos de Resoluciones de la Dirección General declarando la prescripción de los Procedimiento Administrativo Disciplinario PAD prescritos, las mismas que deberá incluir la disposición de efectuar el deslinde de responsabilidad administrativa disciplinaria de los presuntos responsables, de corresponder
- Implementar la Unidad funcional de Seguridad y Salud en el Trabajo y realice las acciones en el ámbito de su competencia (IPERs entre otros) (Ley Nº 29783 y su Reg. Aprobado por D.S. Nº 005-2012-TR).

Oficina de Servicios Generales

Unidad de Mantenimiento

- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento emita la directiva para el mantenimiento del "cuarto de bomba de agua".
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento emita la directiva para la recarga de los extintores.
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento culmine el trámite de la Directiva de Recarga balones de oxígeno medicinal.
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento emita la Directiva de mantenimiento preventivo de fluido eléctrico (sub estación)
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento emita la Directiva de mantenimiento preventivo de las conexiones de agua y desagüe.
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Mantenimiento emita el Plan de Contingencia en los casos corte de agua y apagón

Unidad de Transporte

- Que la Oficina Ejecutiva de Administración adopte las acciones para la Contratación de los seguros para las unidades vehiculares del INCN
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Transporte solicite implementar la ambulancia tipo A3.

Unidad de Vigilancia

- Que la Oficina de Administración con el apoyo de la Unidad de Vigilancia dependiente de la Oficina de Servicios Generales formalice el Convenio con la PNP para que brinde seguridad externa del INCN
- Que la Oficina de Servicios Generales a través de la Unidad de Vigilancia implemente una cámara de vigilancia adicional que da acceso al ambiente de médicos residentes.
- Que la Oficina Ejecutiva de Administración, con el apoyo de la Unidad de Vigilancia dependiente de la Oficina de Servicios Generales adopte las acciones necesarias para que la empresa de seguridad y vigilancia del INCN efectúe los controles necesarios en el marco de su obligación contractual de los equipos informáticos portátiles, que el personal de la entidad y los estudiantes de medicina ingresan y retira del INCN y evitar casos de pérdidas o sustracción de éstos.
- Que la Oficina Ejecutiva de Administración, con el apoyo de la Unidad de Vigilancia dependiente de la Oficina de Servicios Generales formule la

Directiva que norme el ingreso al INCN de numero de acompañante y/o visitas por paciente.

Servicio de Farmacia

- Que la jefa del Servicio de Farmacia en coordinación con la Oficina de Estadística e Informática implementen un sistema informático integrado que permita brindar la información siguiente: para identificar la cobertura de los pacientes SIS, con consulta externa para que los médicos visualicen el catálogo de productos de farmacia para emitir su receta; así como con el almacén de farmacia para identificar los stock e ingresos al almacén y el destino de éstos; entre otros accesos que requiere la entidad
- Que la Oficina de Logística requiera al Servicio de Neurocirugía precise en su programación y en su requerimiento el plazo máximo de entrega de material médico especializado de acuerdo a la complejidad y vigencia tecnológica de necesidad de abastecimiento inmediato para cirugía en coordinación con el servicio de Farmacia para el abastecimiento oportuno mediante el sistema de contrataciones previsto por Ley
- Que la jefa del servicio de Farmacia remita a la Dirección General el proyecto de documento dirigido a CENARES y al MINSA informando de estos hechos que afectan el abastecimiento oportuno de medicamentos generando desabastecimiento temporal y compras urgentes a mayores costos restringiendo la disponibilidad presupuestal por los requerimientos de compras corporativas a CENARES, afectando la atención oportuna de medicina a los pacientes y riesgos de responsabilidad a la administración del INCN
- Que la jefa del Servicio de Farmacia requiera al CENARES a través de la Dirección General que el aplicativo de programación de medicamentos permita la entrega mensual de medicamentos de bajos costos que actualmente el aplicativo obliga al INCN a recibir en una sola entrega generando sobre stock por causal ajena al INCN.
- Que la jefa del Servicio de Farmacia solicite a la Dirección General reiterar la solicitud formulada a la DIRIS Lima Centro de asistencia técnica para la certificación de buenas prácticas de almacenamiento Buenas Prácticas de Farmacovigilancia o Buenas Prácticas de Seguimiento Farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia.
- Que la Jefatura del Servicio de Farmacia informe al OCI a través de la Dirección General que los cuestionamientos sobre supuestas inobservancias de buenas prácticas de Dispensación, Distribución y Transporte no es aplicable al INCN, a fin de subsanar el hecho observado por la CGR.

Departamento de Emergencia

Que el Jefe del Departamento de Emergencia requiera la compra de los equipos biomédicos y material fungible previstos en los anexos 5 y 6 de la Nota Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia (NT No. 042-MINSA/DGSP-v.01) que se detallan líneas abajo y que fue observado por la CGR.

- Analizador de gases y electrolitos portátil
- Aspirador de secreciones rodable
- Bomba de infusión de jeringa (5)
- Camilla de transporte
- Cama camilla - tipo multipropósito
- Doppler transcraneano (2)
- Ecógrafo portátil



- Electroencefalógrafo portátil
- Monitor de transporte
- Monitor de funciones vitales de 06 parámetros (1)
- Monitor esofágico de gasto cardíaco continuo
- Monitor de presión intracraneal
- Ventilador de transporte
- Equipo de trauma básico
- Equipo de trauma avanzado
- NTS n 042 MINSA que corresponde al INCN – nivel III 2
- Previsto en proyecto de inversión del segundo piso de emergencia

Centro de Operaciones de Emergencia COE

- Que el Jefe del Departamento de Emergencia requiera el abastecimiento de pulseras de color (Rojo, Amarillo, Verde y Negro) para la clasificación de las víctimas previas a su traslado a Operación del Puesto Médico de Avanzada PMA o evacuación mediante ambulancias, (Procedimiento 8.4.2 Atención Pre hospitalaria del Plan de Contingencia del Sector salud ante un sismo de gran magnitud en Lima Metropolitana y en las Regiones de Lima y Callao).
- Que el Jefe del Departamento de Emergencia requiera el abastecimiento de los medicamentos e insumos médicos prioritarios para la atención de las víctimas ante un sismo de gran magnitud en Lima y Callao como lo establece el anexo 2 Plan de Contingencia del Sector Salud ante un sismo de gran magnitud en Lima Metropolitana y en las Regiones de Lima y Callao
- Que el Jefe del departamento de Emergencia requiera el Mantenimiento del cuarto de bomba

Dirección Ejecutiva de investigación, Docencia y Atención especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Departamento Diagnóstico por Imágenes

- El Jefe de Departamento Diagnóstico por Imágenes asumirá temporalmente la responsabilidad que corresponde por "Licencia del físico médico"

Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica

- Que el Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica Haga requerimiento oportunamente de insumos para atender la mayor Demanda
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica programe Charlas de motivación laboral
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica requiera Contratar medico administrador para Formular indicadores de calidad
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico y tratamiento. Patología Clínica requiera Contratar medico administrador para la revisión y seguimiento de documentos técnicos

Servicio de Consulta Externa

Medidas preventivas:

- El Jefe del DAPS emitirá un proyecto de Directiva para aprobación de la Dirección General, de estimarlo pertinente, que establezca los procedimientos y las acciones de personal que se aplicaría por inobservancia de los mismos, a fin de asegurar la atención a los pacientes a partir del horario establecido por el INCN

- Que el Servicio de Consulta Externa coloque en un acrílico en un lugar visible en cada consultorio, que permita la difusión de los pacientes a ser atendidos en cada consultorio y turno
- El Jefe de DAPS formule el requerimiento para adaptar los actuales servicios higiénicos de Consulta Externa para los pacientes con discapacidad física.
- Que la Oficina de Administración con el apoyo de la Oficina de Servicios Generales implemente el requerimiento formulado por el Jefe de DAPS

Unidad de Archivo Central

- Adquirir oportunamente cajas así como material de protección personal como guantes, jabón líquido, papel toalla, entre otros
- Brindar apoyo logístico para el mejor desarrollo de las actividades del Archivo Central (personal técnico e informático, escáner, fotocopiadora, PC, entre otros)

Oficina de Estadística e Informática

- Que la OEPE programe y priorice la disponibilidad presupuestal con mayor antelación a fin de adquirir los bienes y servicios en el cuadro de necesidades de la Oficina de Estadística e Informática
- Que la OEI someta a consideración de la DG, contando con la opinión favorable de las OEPE y OAJ, el proyecto de Directivas de gestión clínica y administrativas de pacientes en consulta externa, para su aprobación, difusión, implementación oportuna
- Que la OEI realice la depuración las historias clínicas que mantiene en el archivo pasivo a fin de remitirlas al Archivo General de la Nación con arreglo a la Norma Técnica 139-MINSA/2018/DGAIN
- La OEI realice el análisis de la estructura de un nuevo diseño que permita mejorar la capacidad de adicionar de información de interés público y de cumplimiento obligatorio, así como el acceso y visualización de la información de manera amigable (abril, mayo y junio)
- La OEI formule el requerimiento de la labor a realizar las acciones mencionada en el punto anterior
- La OEI reformulará los planes multianuales de reposición y mantenimientos de equipos informáticos 2017-2021, respecto de los años pendientes y gestionará la aprobación correspondiente

INFRAESTRUCTURA

- Estudio para formular el proyecto de inversión a ejecutar en nueva sede que el INCN viene gestionando ante el MINSA y el Congreso, sin perjuicio de ello realizar las inversiones de optimización, ampliación, reposición y rehabilitación (IOARR), de los casos que están contemplados en el presupuesto multianual y en la programación multianual de inversiones condicionado a la asignación presupuestal del MEF

RECURSOS HUMANOS

- La Dirección General con el apoyo de OEA y OEPE determine la oportunidad de cubrir las necesidades de Recursos Humanos de las unidades de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, Servicio de Farmacia, Departamento de Emergencia, Centro Neuroquirúrgico, Sala Corazón de Jesús, Servicio Neurocirugía, Departamento de Micro neurocirugía, Neurocirugía/sala San Miguel, Departamento de Investigación, Docencia y Apoyo al Diagnóstico por Neurofisiología Clínica, Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Patología Clínica, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Oficina de Estadística e

<p>Informática y Unidad de Archivo Central en la cantidad y del perfil que requieren</p>
<p>Equipos de cómputo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La OEA con apoyo de la Oficina de Estadística e Informática evalúe el pedido de las unidades orgánicas para la compra de equipos y/o reemplazo de las mismas. • Que la Oficina de Estadística e Informática determine los equipos a adquirir por reposición y por implementación. • Que la Oficina de Logística realice el proceso de compra • Que la Oficina de Estadística e Informática Asignación de los equipos adquiridos
<p>Impresoras</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La OEA con apoyo de la Oficina de Estadística e Informática evaluará el pedido de las unidades orgánicas para la compra de equipos y/o reemplazo de las mismas. • Determinar los equipos a adquirir por reposición y por implementación • Realizar el proceso de compra • Asignación de los equipos adquiridos
<p>Capacitación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir en el PDP los cursos, seminarios y talleres según corresponda para el personal de la institución según las materias que permitan reforzar sus conocimiento y competencia profesional
<ul style="list-style-type: none"> • La OEA en coordinación con los Jefes de las unidades orgánicas misionales determinen los equipos, instrumentos necesarios e imprescindibles a adquirir para la adecuada atención médica a los pacientes. • Realizar el proceso de compra • Asignación y reubicación, de corresponder los equipos adquiridos y existentes

7. EVALUACIÓN DE MADUREZ DE LOS 54 PUNTOS DE CONTROL

La evaluación de madurez del Control Interno permite medir el grado de desarrollo organizacional de la entidad, el cual se puede ver afectado por factores externos e internos en su implementación y fortalecimiento.

La Contraloría General utiliza un Marco Conceptual basado en la adaptación del Modelo Integrado de Capacidad de Madurez (Capacity Maturity Model Integration - CMMI), mediante el cual asume que existen niveles ideales del control interno que contribuyen al logro de los objetivos institucionales.

Para calcular los valores de madurez de cada componente, se ha aplicado el mecanismo de promedios que se detalla en la publicación "Medición de la Implementación del Sistema de Control Interno en el Estado"

El cálculo del índice se realiza en función de un cuestionario de 54 preguntas, agrupadas por componentes. Cada respuesta tiene 6 opciones que corresponden a cada nivel de maduración, al cual se le ha asignado un valor de 0 a 6, y los criterios de evaluación de cada nivel de maduración.

La presente evaluación de madurez se ha realizado aplicando el cuestionario de 54 preguntas contenidas en el Formulario de Medición de la CGR Periodo 2016-3

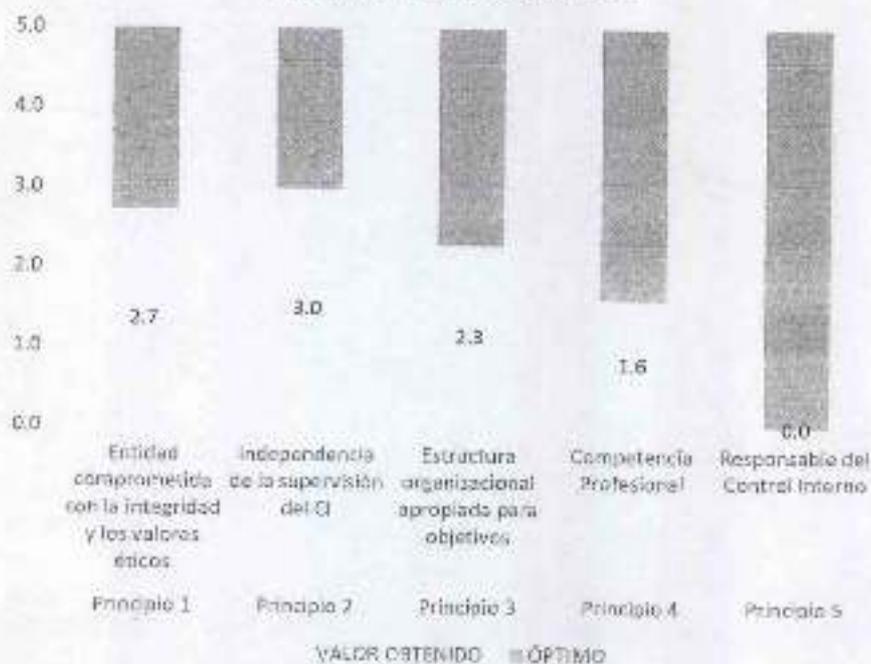
respecto del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas contenidas en el aplicativo SISECI de la Contraloría General de la República.

7.1 AMBIENTE DE CONTROL

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE MADUREZ SCI
Ambiente de control	Principio 1	Entidad comprometida con la integridad y los valores éticos	2.7
	Principio 2	Independencia de la supervisión del CI	3.0
	Principio 3	Estructura organizacional apropiada para objetivos	2.3
	Principio 4	Competencia Profesional	1.6
	Principio 5	Responsable del Control Interno	0.0
	PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ		1.9

AMBIENTE DE CONTROL



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 1



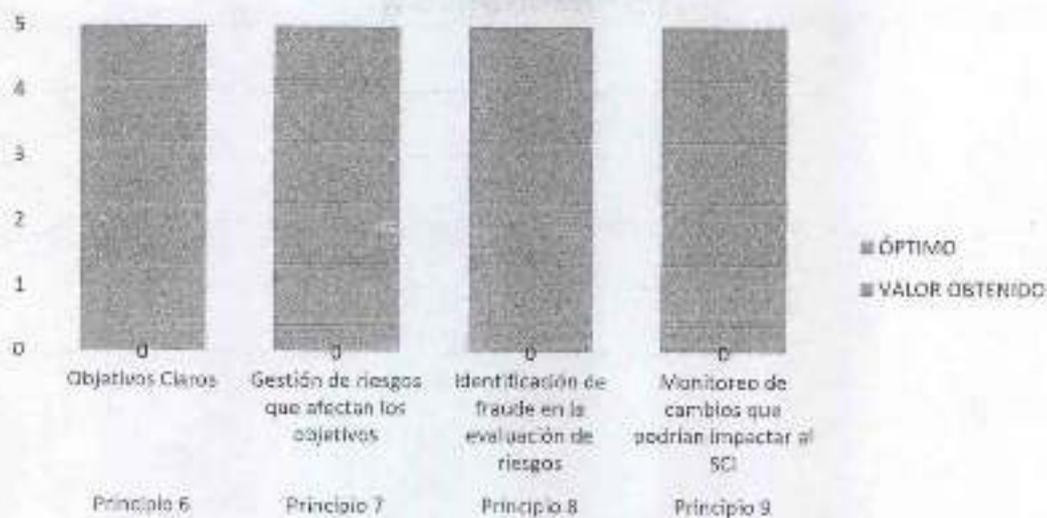
7.2 EVALUACIÓN DE RIESGOS

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

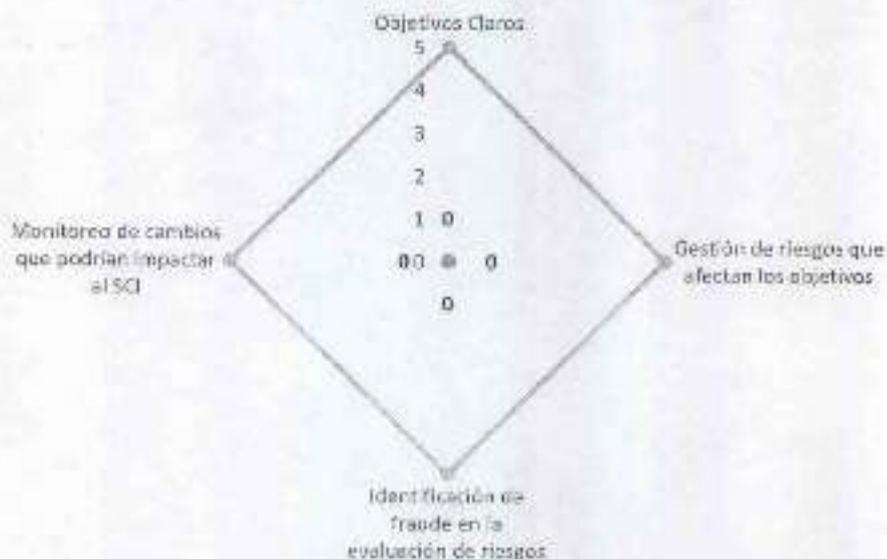
COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
EVALUACIÓN DE RIESGOS	Principio 6	Objetivos Claros	0
	Principio 7	Gestión de riesgos que afectan los objetivos	0
	Principio 8	Identificación de fraude en la evaluación de riesgos	0
	Principio 9	Monitoreo de cambios que podrían impactar al SCI	0
	PROMEDIO TOTAL DE INDICE DE MADUREZ		0

[Handwritten signatures and marks]

EVALUACIÓN DE RIESGOS



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 2



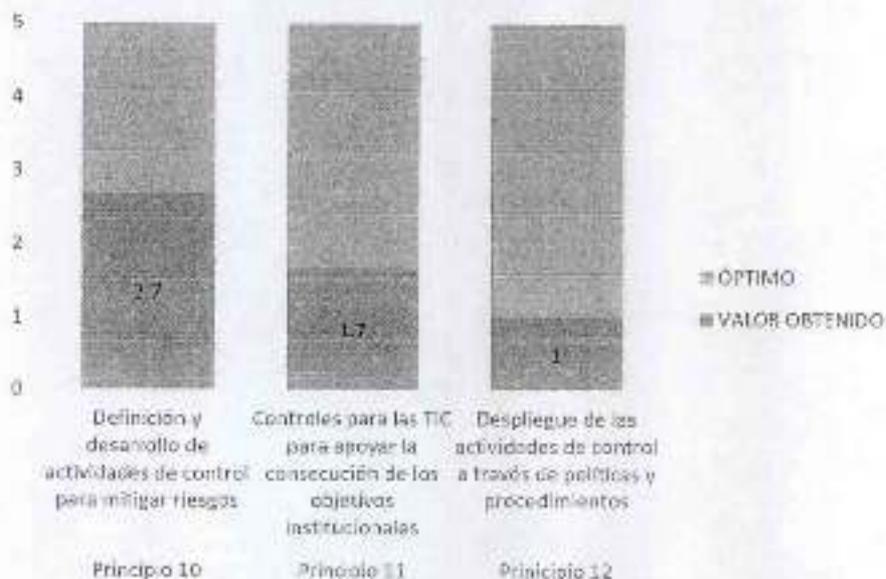
[Handwritten signatures]

7.3 ACTIVIDADES DE CONTROL

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTE	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
ACTIVIDADES DE CONTROL	Principio 10	Definición y desarrollo de actividades de control para mitigar riesgos	2.7
	Principio 11	Controles para las TIC para apoyar la consecución de los objetivos Institucionales	1.7
	Principio 12	Despliegue de las actividades de control a través de políticas y procedimientos	1
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			1.8

ACTIVIDADES DE CONTROL



[Handwritten signatures and marks]

GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 3



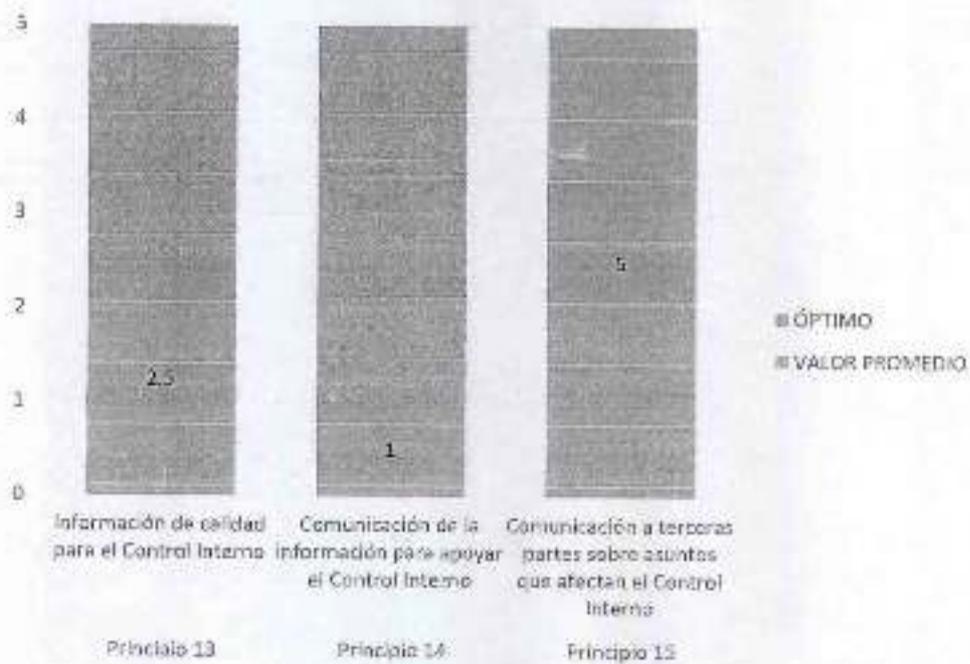
7.4 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTES	PRINCIPIOS		INDICE DE MADUREZ
Información y Comunicación	Principio 13	Información de calidad para el Control Interno	2.5
	Principio 14	Comunicación de la información para apoyar el Control Interno	1
	Principio 15	Comunicación a terceras partes sobre asuntos que afectan el Control Interno	5
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			2.8

[Handwritten signatures and initials]

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN



GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 4

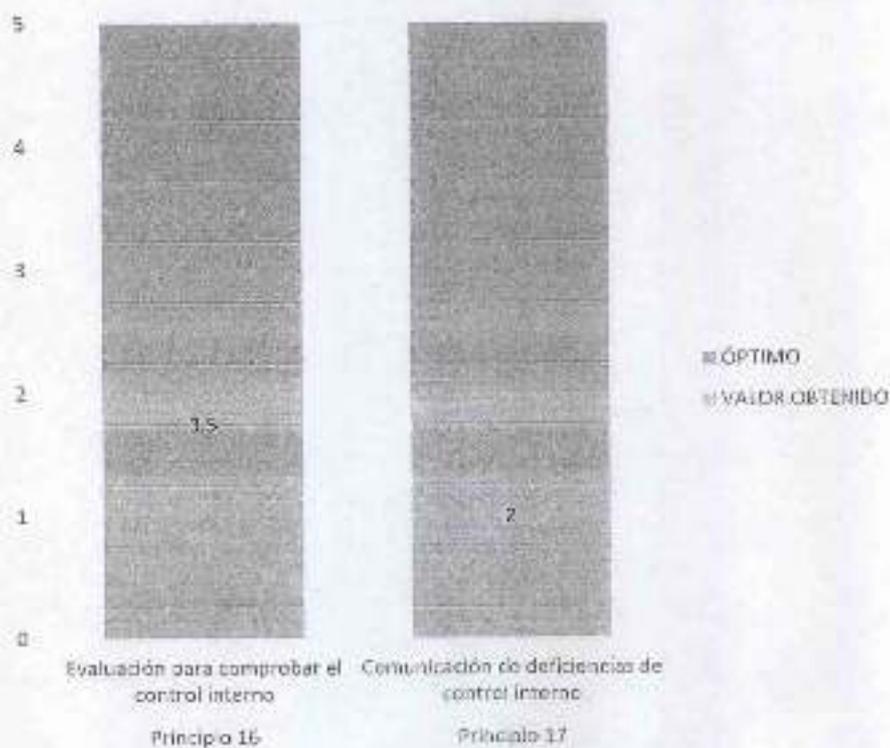


7.5 ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

CUADRO DE VALOR OBTENIDO POR PRINCIPIOS

COMPONENTES	PRINCIPIO		INDICE DE MADUREZ
Actividades de supervisión	Principio 16	Evaluación para comprobar el control interno	3.5
	Principio 17	Comunicación de deficiencias de control interno	2
PROMEDIO TOTAL INDICE DE MADUREZ			2.75

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN



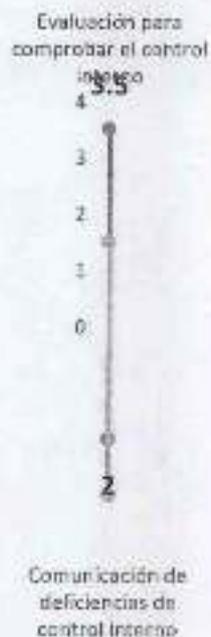
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

GRÁFICA DE PROMEDIO POR PRINCIPIOS DE COMPONENTE 5



7.6 Cuadro General de Indicadores promedio de madurez por componentes

Componentes	Índice Promedio de Madurez	% de Nivel de Madurez
Ambiente de Control	1.9	38%
Evaluación de Riesgos	0	0%
Actividades de Control	1.8	36%
Información y Comunicación	2.8	56%
Actividades de Supervisión	2.8	56%
TOTAL MADUREZ ISCI	1.86	37.2%

La Contraloría General de la República califica el nivel de madurez de la ISCI, según el porcentaje de avance en: Enexistentes, Inicial, Intermedio, óptimo y de Mejora Continua, como se muestra en el cuadro siguiente:

INEXISTENTE	INICIAL	INTERMEDIO	AVANZADO	ÓPTIMO	MEJORA CONTINUA
0%	1%-20%	21%-40%	41%-60%	61%-80%	81%-100%

7.6.1 Cuadro de índice promedio de madurez por componentes

Componentes	Índice de Promedio de Madurez
Ambiente de Control	1.9
Evaluación de Riesgos	0
Actividades de Control	1.8
Información y Comunicación	2.8
Actividades de Supervisión	2.8
TOTAL MADUREZ ISCI	1.86



7.6.2 Cuadro de madurez promedio en porcentaje por componentes

Componentes	% de Nivel de Madurez
Ambiente de Control	38%
Evaluación de Riesgos	0%
Actividades de Control	36%
Información y Comunicación	56%
Actividades de Supervisión	56%
TOTAL MADUREZ ISCI	37.2%

[Handwritten signatures]



[Handwritten signatures and initials]

8. CONCLUSIONES

Como resultado del diagnóstico del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, se concluye en:

- 8.1 El Diagnóstico del Sistema de Control Interno de la entidad ha permitido identificar brechas significativas, las mismas que se detallan en el numeral 4.4 "Identificación de brechas y oportunidades de mejora a nivel entidad (por componentes)" y en el numeral 4.5 "Identificación de brechas y oportunidades de mejoras a nivel de procesos o unidades orgánicas" del presente informe.
- 8.2 El índice de maduración promedio del sistema de control interno del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, según los parámetros de medición contenidos en el Aplicativo de la Contraloría General de la República, es de 1.86 que representa el 37.2% de madurez en la implementación del sistema de control interno, lo cual representa, conforme a los parámetros establecidos por la Contraloría General de la República un nivel de implementación "INTERMEDIO" (numeral 7.6 del presente informe).
- 8.3 Los índices de maduración promedio de los Componentes de "Información y Comunicación" y de "Supervisión" son los más desarrollados con un valor promedio de respuesta en ambos casos de 2.8 que representa el 56% de nivel de madurez de implementación del sistema de control interno en ambos casos, que califica como "AVANZADO"; en tanto que el de menor índice y madurez es el que presenta el Componente de "Evaluación de Riesgos" con 0.00%, lo cual indica un nivel de implementación "INEXISTENTE" (numeral 7.6 del presente informe).
- 8.4 La entidad muestra compromiso con la implementación del sistema de control interno, conforme se desprende de la actitud y facilidades brindadas por los funcionarios y servidores de la Alta Dirección, vinculados con el proceso de implementación del sistema de control interno.
- 8.5 La entidad muestra el componente "Evaluación de Riesgos" con el índice menos desarrollado (0%), al no contar con el órgano responsable de dirigir y monitorear los riesgos operacionales que pudieran ser identificados y valuados por los titulares de las respectivas unidades orgánicas o coordinadores de procesos en cuanto a su incidencia en la entidad de producirse tales eventos; necesitando documentos de gestión, políticas y manual de evaluación de riesgos, entre otros.
- 8.6 La entidad no ha desarrollado normas sobre el Componente Supervisión respecto de la prevención y monitoreo, que evidencia la autoevaluación de la gestión, ni cuenta con registros de deficiencias detectadas, salvo las que se refieren al seguimiento de la implementación de recomendaciones de los informes de auditoría que obedece a normas dispuestas por la Contraloría General de la República.



- 8.7 La entidad no ha designado al funcionario que tendrá a su cargo las acciones prevista por la normativa vigente sobre integridad y lucha contra la corrupción.

9. RECOMENDACIONES

Afin de subsanar los hechos referidos en el capítulo de Conclusiones, me permito someter a consideración de su Despacho la necesidad de adoptar las acciones siguientes:

- 9.1 Que su Despacho, meritúe la pertinencia de instruir a los titulares de las unidades orgánicas priorizadas y demás vinculadas a éstas que en el presente informe revelan debilidades de control interno, a fin de brindar las facilidades del caso al CCI para la formulación del plan de trabajo para el cierre de brechas.
- 9.2 Se sirva designe al equipo de Implementación de Gestión de Riesgos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas; a fin que promueva las acciones de sensibilización y capacitación al Equipo, conforme lo dispone la Contraloría General de la República en la acotada Guía para la ISCI; y realice las demás acciones que son de competencia del mencionado Equipo.
- 9.3 Se sirva designar al funcionario que tendrá a su cargo las acciones previstas en la normativa vigente sobre integridad y lucha contra la corrupción.

Dra. ISABEL TAGLE LOSTAUNAU
Presidenta
Comité de Control Interno



Anexos

A

M

H

JL

COMPONENTES Y PRINCIPIOS COMPARADAS CON LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO RC 320-2006-CG

COMPONENTES	PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO	NORMAS DE CONTROL INTERNO (2006)
Ambiente de Control	Principio 1: La Entidad demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos	1. Filosofía de la Dirección
	Principio 2: La alta dirección demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del control interno	2. Integridad y valores éticos
	Principio 3: La gerencia establece con la supervisión de la alta dirección las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiadas.	3. Administración Estratégica
	Principio 4: La entidad demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes	4. Estructura organizacional
	Principio 5: La entidad define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno	5. Administración de los recursos humanos
	Principio 6: La entidad define los objetivos con suficiente claridad para la identificación y evaluación de los riesgos relacionados	6. Competencia profesional
	Principio 7: La entidad identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la organización y los analiza como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar	7. Asignación de autoridad y responsabilidad
Evaluación de Riesgos		8. Órgano de Control Institucional
		1. Planeamiento de la administración de riesgos
		2. Identificación de los riesgos
		3. Valoración de los riesgos
		4. Respuesta al riesgo

	<p>Principio 8: La entidad considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos</p> <p>Principio 9: La entidad identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos de autorización y aprobación 2. Segregación de funciones 3. Evaluación costo - beneficio 4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos 5. Verificaciones y conciliaciones 6. Evaluación de desempeño 7. Rendición de cuentas 	<p>Principio 10: La entidad define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Controles para las tecnologías de la información y comunicaciones 8. Documentación de procesos, actividades y tareas 9. revisión de procesos, actividades y tareas 	<p>Principio 11: La entidad define y desarrolla actividades de control a nivel de organización sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.</p> <p>Principio 12: La entidad despliegue las actividades de control a través de políticas que establecen líneas generales de control interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.</p>	

Actividades de Control

<p>Información y Comunicación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funciones y características de la Información
-----------------------------------	--

	<p>Principio 13: La entidad obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno</p> <p>Principio 14: La entidad comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el SCI.</p> <p>Principio 15: La entidad se comunica con las partes interesadas externas sobre los aspectos clave que afectan el funcionamiento del control interno.</p> <p>Principio 16: La entidad selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del SCI están presentes y en funcionamiento</p> <p>Principio 17: La entidad evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo a la alta dirección</p>	<p>2. Información y responsabilidad</p> <p>3. Calidad y suficiencia de la información</p> <p>4. Sistemas de información</p> <p>5. Flexibilidad al cambio</p> <p>6. Archivo institucional</p> <p>7. Comunicación interna</p> <p>9. Canales de comunicación</p> <p>7. Comunicación externa</p>
<p>Actividades de supervisión</p>		<p>A. Actividades de prevención y monitoreo</p> <p>B. Seguimiento de resultados</p> <p>C. Compromisos de mejoramiento</p>