

2012



INFORME FINAL DE DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

CONSULTORÍA PROFESIONAL

Abog. NOÉ PASTOR ROMO ANTONIO

ÍNDICE

	Pág.
I. Antecedentes	
1.1. Origen.	3
1.2. Objetivos.	4
1.3. Alcance.	4
✓ Criterios Metodológicos Aplicados en el Desarrollo de la Presente Labor	5
✓ Limitaciones	9
II. Base Legal	10
✓ Análisis Normativo	10
III. Diagnóstico del Sistema de Control Interno	33
✓ Ambiente de Control.	33
✓ Evaluación de Riesgos.	50
✓ Actividades de Control Gerencial.	53
✓ Información y Comunicación.	58
✓ Supervisión.	64
IV. Aspectos a Implementar	67
V. Conclusiones	68
VI. Recomendaciones	69
VII. Evaluación de Riesgos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR	70

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

1.1. ORIGEN

El 30 de Octubre de 2006, la Contraloría General de la República, entidad rectora del Sistema Nacional de Control, mediante Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG aprobó las Normas de Control Interno. Asimismo el 28 de Octubre de 2008, con Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG se aprobó la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, estableciendo que para el apropiado y ordenado inicio del proceso de implantación de la estructura de control interno institucional regulada por dicha guía, y previamente a la etapa de diseño e implementación de la misma, se deberá realizar un Diagnóstico para conocer la situación real del sistema y mecanismos de control interno vigente y establecer su grado actual de validez y aplicación.

En el marco de lo establecido, el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR, convocó la Contratación del Servicio Especializado para la Elaboración del Diagnóstico del Control Interno y para tal efecto, mediante Contrato N° 0030-2011 de fecha 24.Nov.2011, resultante de la AMC N° 018-2011-CEP/INR, se contrató al presente Consultor para que realice el Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Adriana Rebaza Flores".

La contratación del referido servicio se sustenta en lo establecido por las Normas de Control Interno y la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado, el cual dispone que para el apropiado y ordenado inicio del proceso de implantación de la estructura de control interno regulada por dicha norma, se deberá realizar un Diagnóstico para conocer la situación real del sistema y mecanismos de control interno vigentes, con relación a los componentes del COSO que se encuentran comprendidas en las Normas de Control Interno, estos son:

- Ambiente de Control.
- Evaluación de Riesgos.
- Actividades de Control Gerencial.
- Información y Comunicación.
- Supervisión.

1.2 **OBJETIVOS.**

El Diagnóstico efectuado comprendió los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Formular un Diagnóstico de la situación actual del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR, que servirá como guía base para la elaboración de un Plan de Trabajo que deben comprender las acciones apropiadas para la Implementación del Sistema de Control Interno que asegure razonablemente su efectiva operatividad estratégica e Institucional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el nivel de desarrollo, organización y grado de madurez del Sistema de Control Interno (SCI) actual en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR.
- ✓ Detectar los Procesos Críticos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR y proponer las Mejores Alternativas de Implementación.
- ✓ Determinar los elementos de control que conforman el Sistema de Control Interno (SCI) existente y su nivel de formalidad.
- ✓ Detectar las deficiencias, vacíos y oportunidades de mejora del Sistema de Control Interno (SCI) existente.
- ✓ Determinar los ajustes, modificaciones o adecuaciones que deben desarrollarse en el Sistema de Control Interno (SCI).
- ✓ Determinar los componentes y normas de control interno que deben ser implementados.
- ✓ Realizar la estimación de los recursos económicos, materiales y de personal requeridos para la implementación del Sistema de Control Interno (SCI).
- ✓ Establecer los lineamientos a considerar por el Comité de Control Interno responsable de liderar el proceso de implementación, para la elaboración del Plan de Trabajo, necesario para iniciar la etapa de ejecución.

1.3. **ALCANCE**

De acuerdo a lo señalado en la Cláusula Segunda del Contrato, se estableció que el Objeto del Contrato significaba que el Consultor entregaba los siguientes productos:

1. Informe Técnico de las Debilidades encontradas que tengan relación con el Sistema de Control Interno.

Presentado mediante: Carta N° 004-2012-CSCI-NRA/INR del 20.Ene.2012

2. Informe Técnico proponiendo las medidas correctivas para superar las falencias detectadas.

Presentado mediante: Carta N° 005-2012-CSCI-NRA/INR del 22.Feb.2012; al respecto, con email del 23.Feb.2012 el INR hizo llegar algunos comentarios sobre el mismo, los que fueron atendidos con nuestra Carta N° 006-2012-CSCI-NRA/INR del 24.Feb.2012.

3. Informe Técnico Final conteniendo el Diagnóstico Final del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Adriana Rebaza Acosta".

Nuestra labor tuvo como alcance las Unidades Orgánicas comprendidas en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR. Asimismo, se consideró como Alcance en nuestro trabajo de consultoría los procesos detallados en el Manual de Procedimientos (MAPRO) del INR, los mismos que se evaluaron de manera selectiva.

El equipo de consultoría desarrolló sus actividades en su sede institucional ubicada en el Jirón Andrés Vigil N° 535, en el Distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao.

CRITERIOS METODOLÓGICOS APLICADOS EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE LABOR

✓ **Metodología**

Para desarrollar el presente informe se ha desarrollado los siguientes métodos:

- Inductivo
- Deductivo
- Analítico, y
- Dialéctico

✓ **Técnicas Aplicadas**

Las técnicas aplicadas desarrolladas por la Consultoría que a continuación se describen, se desarrollaron de manera horizontal, concurrente y simultánea, pero a la vez selectiva con las diversas unidades orgánicas de la entidad, siendo estas las siguientes:

Verbales

Que consistió en obtener información oral mediante averiguaciones o indagaciones dentro de la misma entidad, sobre las posibles mejoras a las debilidades sistematizadas, relacionadas con la aplicación de procedimientos y prácticas de control interno u otras situaciones, que el evaluador consideró relevantes.

La técnica verbal, más utilizada en este caso fue la de: Indagación, que consiste en la averiguación mediante la aplicación de entrevistas directas al personal de la entidad o a terceros.

Oculares

Consistió en verificar en forma directa y paralela, la manera cómo los responsables desarrollan y documentan los procesos o procedimientos, mediante los cuales la entidad ejecuta sus actividades.

Las técnicas oculares más utilizadas en este caso fueron las de:

a) Comparación o confrontación: es cuando se fija la atención en las operaciones realizadas por la entidad y se contrastan con los lineamientos normativos de control establecidos para ello, pudiendo descubrir sus relaciones e identificar sus diferencias.

b) Revisión selectiva: radica en el examen de ciertas características importantes que debe cumplir una actividad, informes o documentos, seleccionándose así parte de las operaciones que serán evaluadas o verificadas.

Documentales

La aplicación de esta técnica consistió en obtener información escrita para soportar las afirmaciones, análisis o estudios realizados por el evaluador.

Las técnicas utilizadas para este caso fueron:

a) La Comprobación: consiste en verificar la evidencia que apoya o sustenta las operaciones evaluadas, con el fin de corroborar su autoridad, legalidad, integridad, propiedad, veracidad; por ejemplo, comprobar si los documentos normativos internos cuentan con documentación que evidencia su aprobación o actualización

b) la Revisión analítica: consiste en el análisis de índices, indicadores, tendencias y la investigación de las fluctuaciones, variaciones y relaciones que resulten inconsistentes o se desvíen de las operaciones pronosticadas.

Escritas

Técnica consistente en reflejar la información importante para el trabajo del evaluador, tales como las que se señalan a continuación:

a) Confirmación: radica en corroborar la verdad, certeza o probabilidad de hechos, situaciones, sucesos u operaciones, mediante datos o información obtenidos de manera directa y por escrito de los funcionarios o terceros que participan o ejecutan las operaciones.

b) Tabulación: se realiza mediante la agrupación de los resultados importantes obtenidos en las áreas y elementos analizados para arribar o sustentar las conclusiones.

✓ **Análisis de información**

Considerando las metodologías y técnicas indicadas, la Consultoría efectuó el análisis de la información obtenida como resultado de la aplicación del programa de trabajo, con el fin de identificar las posibles Oportunidades de Mejora ó Aspectos a Implementarse en relación a las debilidades de control interno identificadas, para lo cual se consideró el enfoque establecido en la Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y sus Modificatorias, La Normas de Control Interno formulados por la Contraloría General de la República y La Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, elaborado por la Contraloría General de la República, además de la información obtenida por los servidores y funcionarios de la entidad, a través de los formatos FODAS elaborados por la Entidad.

Las técnicas anteriormente descritas están orientadas en conjunto a la evaluación y determinación del grado de madurez del control interno del Instituto Nacional de Rehabilitación, tanto a nivel general como por sus unidades orgánicas conformantes, en el marco de lo revelado en la presente sección de este informe.

En esas consideraciones, cabe indicar que para la evaluación y determinación del nivel de desarrollo, organización y grado de madurez del Sistema de Control Interno actual, en concordancia con la doctrina y benchmarking internacional, así como en los principios esbozados por la Guía de Control Interno, se ha considerado el siguiente modelo de maduración:

Componentes del Sistema de Control Interno	Inicial	En proceso de Implementación	Implementado	Avanzado	Optimizado
Ambiente de Control	Los elementos de control del componente no existe o su nivel es precario.	Los elementos de control interno existen pero definidos de manera general y su aplicación en la Entidad y sus procesos son inconsistentes.	Los elementos de control interno están definidos de manera general y se aplica en un número reducido de áreas y procesos de la Entidad.	Los elementos de control interno del componente están definidos formal y detalladamente y se aplica en la mayoría de áreas y procesos de la Entidad.	Los elementos de control interno del componente están definidos de manera detallada y formalmente y se aplican en todas las áreas y procesos de la Entidad.
Evaluación de Riesgo					
Actividades de Control Gerencial					
Información y Comunicación					
Supervisión					

Asimismo, es pertinente señalar que el desarrollo de la metodología se ha sujetado plenamente a los lineamientos y criterios establecidos por las Normas de Control Interno y la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno emitidas por la Contraloría General de la República, plasmándose en la verificación y evaluación de los subsistemas, componentes y factores de control regulados por dicha normativa, referidos a:

Subsistema de Control Interno Estratégico:

I. Componente Ambiente de Control

- 1.1. Filosofía de la Dirección
- 1.2. Integridad y valores éticos
- 1.3. Administración estratégica
- 1.4. Estructura organizacional
- 1.5. Administración de los recursos humanos
- 1.6. Competencia profesional
- 1.7. Asignación de autoridad y responsabilidad
- 1.8. Órgano de Control Institucional

II. Componente Evaluación de Riesgos

- 2.1. Planeamiento de la administración de riesgos
- 2.2. Identificación de los riesgos
- 2.3. Valoración de los riesgos
- 2.4. Respuesta al riesgo

Subsistema de Control Interno Operativo:

III. Componente Actividades de Control Gerencial

- 3.1. Procedimientos de autorización y aprobación
- 3.2. Segregación de funciones
- 3.3. Evaluación costo-beneficio
- 3.4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos
- 3.5. Verificaciones y conciliaciones
- 3.6. Evaluación de desempeño
- 3.7. Rendición de cuentas
- 3.8. Documentación de procesos, actividades y tareas
- 3.9. Revisión de procesos, actividades y tareas
- 3.10. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC)

IV. Componente Información y Comunicación

- 4.1. Funciones y características de la información
- 4.2. Información y responsabilidad
- 4.3. Calidad y suficiencia de la información
- 4.4. Sistemas de información
- 4.5. Flexibilidad al cambio
- 4.6. Archivo institucional
- 4.7. Comunicación interna
- 4.8. Comunicación externa
- 4.9. Canales de comunicación

Subsistema de Control Interno de Evaluación:

V. Componente Supervisión

- 5.1. Normas básicas para las actividades de prevención y monitoreo
 - 5.1.1. Prevención y monitoreo
 - 5.1.2. Monitoreo oportuno del control interno
- 5.2. Normas básicas para el seguimiento de resultados
 - 5.2.1. Reporte de deficiencias
 - 5.2.2. Implantación y seguimiento de medidas correctivas
- 5.3. Normas básicas para los compromisos de mejoramiento
 - 5.3.1. Autoevaluación
 - 5.3.2. Evaluaciones independientes

Limitaciones:

Durante el desarrollo de la labor realizada, para la entrega de este segundo informe, se observaron algunas limitaciones que impidieron elaborar el presente informe en su oportunidad y con todos los elementos necesarios para su emisión, estas limitaciones que persistieron hasta el 20.Feb.2012, fueron las siguientes:

1. El Departamento de Investigación, Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud en Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud en Funciones Motoras, no presentaron el formato FODA (Fortalezas, Debilidades, Causas, Mejoras a Implementar), por no contar con personal asistencial; recayendo esta labor en la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud, Dra. E. Kiuchi, quien informó que no se le proporcionó documento alguno para llevar a cabo las funciones de los Departamentos Asistenciales antes señalados.
2. Las siguientes Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas conformantes del INR, no proporcionaron el sustento documentario de las aseveraciones vertidas en el formato FODA (Fortalezas, Debilidades, Causas, Mejoras a Implementar), según se indica:
 - Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Tratamiento
 - Oficina de Cooperación Científica Internacional.

Consecuentemente, la validación efectuada a la información y aseveraciones vertidas en el formato FODA se resumen en el siguiente cuadro:

DETALLE	UNIDADES ORGÁNICAS – INR	%
TOTAL DE UNIDADES ORGÁNICAS – INR	32	100 %
UNIDADES ORGÁNICAS VALIDADAS - FODA	28	88 %
UNIDADES ORGÁNICAS QUE NO PROPORCIONARON EL SUSTENTO DE SUS FODAS REMITIDOS	02	6 %
UNIDADES ORGÁNICAS NO PRESENTÓ LOSFORMATOS – FODA	02	6 %

CAPÍTULO II. BASE LEGAL

Para la elaboración del Diagnóstico se han considerado los lineamientos, criterios y disposiciones establecidas en los siguientes documentos:

- ✓ Ley N° 27785 "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República"; publicado en el Diario Oficial El Peruano el 23 de Julio de 2002.
- ✓ Ley N° 28716 "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado"; publicado en el Diario Oficial El Peruano el 18 de Abril de 2006.
- ✓ Ley N° 29743, Ley que modifica el Artículo 10° de la Ley 28716, , Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- ✓ Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG "Normas de Control Interno"; aprobado el 30 de Octubre de 2006 y publicado el 03 de Noviembre de 2006.
- ✓ Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado"; aprobado el 28 de Octubre de 2008 y publicado el 30 de Octubre de 2008.
- ✓ Control Interno - Marco integrado COSO (Internal Control - Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission).
- ✓ Ley N° 15085, del 8 de Julio de 1964 declara de interés público al Instituto Nacional de Rehabilitación.
- ✓ Decreto Ley N° 17523, Ley Orgánica de Salud, del 21 de Enero de 1969: Incorpora al Instituto Nacional de Rehabilitación al Gobierno Central con tal denominación.
- ✓ Resolución Ministerial N° 043-2002—SA/DM: Denomina al Instituto, " Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores ".
- ✓ Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, del 17 de Enero del 2002: Define al Instituto como Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud y establece sus funciones.
- ✓ Resolución Ministerial N° 235-2003-SA/DM: Aprueba el Modelo General de Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados.
- ✓ Resolución Ministerial N° 564-2003-SA/DM: del 16 de Mayo del 2003: Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Especializado de Rehabilitación.

Asimismo, para la formulación del presente Diagnóstico se ha revisado la normativa interna que regula el funcionamiento y actividades de la Entidad, tanto la que se encuentra publicada en el Portal Web Institucional como aquella proporcionada por el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR.

Análisis Normativo

Se ha elaborado una concordancia del marco normativo interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR (Resoluciones, Planes, Reglamentos, Procedimientos, Directivas, Lineamientos, entre otros) con las Normas de Control Interno - NCI, considerando los objetivos inherentes a cada uno de los componentes COSO y sus respectivos factores de control interno establecidos en las Normas de Control Interno, conforme se muestra en el cuadro siguiente:

NORMA DE CONTROL INTERNO	NORMAS INTERNAS	RESOLUCIÓN Y/O DOCUMENTO QUE APRUEBA LA NORMA
AMBIENTE DE CONTROL		
Filosofía de la Dirección	Ley General de Salud	Ley N° 26843 de 09.Jul.1997.
	Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.	Ley N° 27657 de 22.Nov.2002.
	Plan Nacional Concertado en Salud.	Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20. Jul.2007.
	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. ONU 2006. Perú 2008.	Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA del 20.Jul.2007.
	Ley General de la Persona con Discapacidad.	Ley N° 27050 de 18. Dic.1998.
	El Decenio de la Persona con Discapacidad 2007-2016.	Decreto Supremo N° 015-2006/MIMDES de 12.Dic.2006.
	Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008-2012.	Resolución Directoral N° 064-2009 –SA-DG-INR del 17.Mar.2009.
	Lineamientos para la Organización de los Institutos Especializados	Resolución Ministerial N° 027-2011/MINSA de 10.Ene.2011.
	Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011-MINSA	Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA - Directiva Administrativa N° 170 MINSA/OGPP-2010.
	Plan Operativo Anual 2011 - INR	Resolucion Directoral N° 013-2011-AS-DG-INR de 17. Ene.2011.
Plan Operativo Anual 2011 Reprogramado.	Resolución Directoral N° 196-2011 – SA – DG – INR de 14.Nov.2011.	
Presupuesto Institucional de Apertura PIA 2011	Resolución Directoral N° 108-2010 /MINSA de 21.Dic.2010.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación INR. www.inr.gob.pe	

<p>Integridad y Valores Éticos</p>	<p>No existe un Código de Ética Institucional para el personal del INR, sin embargo se encuentra aplicando el Código de Ética de la Función Pública que viene siendo difundida a través del Portal Web Institucional.</p> <p>Se conformo el Equipo de Apoyo para entrega de información en el marco de la Ley 27806 en el Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Se conformo el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>No se cuenta con un a Manual de Procedimientos del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>No se conformo un Grupo de Trabajo Multidisciplinario Administrativo para la promoción del Código de Ética de la Función Pública en el Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Ley N° 28715 - Código de Ética de la Función Pública del 12 de Ago. 2002.</p> <p>Con Resolución Directoral 012-2010-SA-DG-INR de 01.Dic.2009.</p> <p>Con Resolución directoral N° 007-2011-SA-DG-INR de 10 Ene 2011.</p> <p>• Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe</p>
<p>Administración Estratégica</p>	<p>Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008-2012.</p> <p>Evaluación 2010 del Plan Estratégico Institucional 2008 - 2012</p> <p>“Catalogo de Servicios y Actividades Estandarizadas del INR”.</p> <p>Objetivos Generales y Específicos del Plan Operativo Anual 2011.</p> <p>Plan de Trabajo - Formulación del Plan Operativo Anual 2011.</p> <p>Plan Operativo Anual 2011 Reprogramado.</p> <p>Plan Operativo Anual - POA 2011</p> <p>Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones para el Ejercicio Fiscal 2011 del Instituto Nacional de rehabilitación – INR,</p>	<p>Resolución Directoral N° 064-2009 –SA-DG-INR del 17.Mar.2009.</p> <p>Resolución Ministerial N° 227-2009/MINSA de 04.Abr.2009.</p> <p>Circular N° 009 – 2010 OEPE /INR de 26.FEB.2010.</p> <p>Circular N° 038 – 2010 – OEPE/INR de 27. Dic.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 145-2010 – SA – DG – INR de 16.Jul.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 251 – 2010 – SA – DG /INR de 30. Nov.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 013-2011-SA-DG-INR 17.ene.2011</p> <p>Resolución Directoral N° 011-2011-SA-DG-INR de 13.Ene.2011.</p>

Plan de Equipamiento y Reequipamiento 2007 – 2011.	Resolución Directoral N° 229-228-SA-DG-INR.
Plan Operativo Informático 2011.	Resolución Directoral N° 293-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
Plan de Mantenimiento Preventivo de INR 2011.	Resolución Directoral N° 218-2010-SA-DG de 29.Oct.2010.
Plan de Gestión de la Calidad 2011.	Resolución Directoral N° 059- 2011-SA-DG-INR. 04.abr.2011
Plan de Gestión de Riesgos.	Resolución Directoral N° 261-2010-DG-INR de 20.Dic.2010
Plan de Seguridad del Paciente 2011.	Resolución Directoral N° 212-2010-SA-DG-INR de 26.Oct.2010.
Plan de Actividades para el Monitoreo del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2011.	Resolución Directoral N° 050-2011-SA-DG-INR de 25.Mar.2011.
Plan de Evacuación 2010	Resolución Directoral N° 144-2010-SA-DG-INR de 13.Jul.2010.
Plan de Estudio del Clima Organizacional 2010 – 2011.	Resolución Directoral N°052-2010-SA-DG-INR de 22.Mar.2011.
Plan Anual para la Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2011.	Resolución Directoral N° 074-2011-SA-DG-INR de 04. May.2011.
Plan de Actividades de Vigilancia de Higiene de Manos	Resolución Directoral N°022-2011-SA-DG-INR de 31.Ene.2011
Plan de Respuesta Frente a la Influenza AH1 N1 2010	Resolución Directoral N° 280-2010-SA-DG-INR.
Plan Estratégico para el Gobierno Electrónico 2012 – 2016.	Resolución Directoral 152-2011-SA DG-INR de 02.Set.2011
Plan de Auditoria de Calidad de Atención en Salud 2011.	Resolución Directoral N° 107-2011-SA-DG-INR de 30.Jun.2011
Plan Anual de Gestión de Asignación Extraordinaria de Trabajo Asistencial	Resolución Directoral N° 005-2011-SA-DG-2011 de 10.Ene.2011

	<p>Plan de Trabajo – Programación y Formulación del Presupuesto Publico del Año Fiscal 2011 – INR.</p> <p>Presupuesto institucional de Apertura PIA 2011.</p>	<p>Resolución Directoral N° 102-2011-SA-DG-INR de 24.Jun.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 108-2010 /MINSa de 21.Dic.2010.</p>
Estructura Organizacional	<p>Reglamento de Organización y Funciones - ROF y Organigrama del Instituto Nacional de Rehabilitación</p> <p>Cuadro de Asignación de Personal – CAP.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Dirección General.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Rehabilitación integral en Funciones Mentales.</p> <p>Manual de Organización y Funciones Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en prevención de Riesgos y Promoción de la Salud.</p> <p>Manual de Organización y Funciones - MOF de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>Manual de Organización y Funciones Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integración de Funciones Motoras.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de calidad – OGC.</p> <p>Manual de Organización y Funciones del Órgano de Control Institucional, aprobado con Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <p>Manual de Organización y Funciones de la Oficina Ejecutiva de Administración.</p>	<p>Resolución Ministerial N° 715-2006 /MINSa de 26.Jul.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 033-2011-SA –DG-INR de 21.Abr.2010</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 172-2004-SA-DG-INR de 13.Set.2004.</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009</p> <p>Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009</p> <p>Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p>

	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Cooperación Científica Internacional.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Epidemiología.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Estadística e Informática.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Comunicaciones.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Asesoría Jurídica.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones del Departamento de Enfermería.	Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina Ejecutiva de Administración.	Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Personal.	Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Logística.	Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Economía.	Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Servicios Generales.	Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
Administración de los Recursos Humanos	Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, descritas en la parte de Funciones, Cargos y Equipos Funcionales donde se describen las funciones, responsabilidades y estructura funcional del área; similar a lo descrito en el <u>sub componente Estructura Organizacional</u>	Resolución Directoral N° 016-2011-SA-DG.
	Presupuesto Analítico de Personal (PAP) del Año 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación -INR (Apertura)	Resolución Directoral N° 071-2011-SA-DG-INR de 04.May.2011.
	Presupuesto Analítico de Personal (PAP) del Año 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación -INR (Modificado I)	

	<p>Código de Ética de la Función Pública</p> <p>Plan Anual de Gestión de Asignación Extraordinaria de Trabajo Asistencial</p> <p>Directiva para la Realización de Prácticas Pre Profesionales en el Instituto Especializado de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"</p> <p>Directiva Administrativa N° 001-OEA-INR-2007 "Normas y Procedimientos Administrativos para la Contratación de Personal en la Modalidad de Servicios No Personales – SNP".</p> <p>Directiva Administrativa N° 004-OEA-INR-2007 "Procedimiento Administrativo para la Contratación por Locación de Servicio, Servicio No Personales y Consultorias en el INR"</p> <p>Directiva Administrativa N° 0012-2010-OEA-LOG-INR "Disposiciones Internas para la Determinación de Responsabilidades del Trabajador sobre Asignación en Uso, Custodia, Control, Perdida, Robo, Destrucción o Siniestro de los Bienes Patrimoniales del INR",</p> <p>Reglamento de Control de Asistencia y Permanencia del Personal del Ministerio de Salud</p> <p>Reglamento de Administración de Guardias Hospitalarias para el Personal Asistencial de los Establecimientos de Salud</p> <p>Procedimiento para evaluar expedientes de los postulantes a los contratos administrativos de servicios en el INR.</p> <p>Directiva Administrativa N° 010-2010-OEA-INR "Procedimiento Administrativo para acceder a las exoneraciones establecidas en el Programa de Bienestar Social del INR".</p> <p>Reglamento Interno para el Personal del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", aprobado con Resolución Directoral N° 136-2011-SA-INR de 17.Ago.2011.</p> <p>Plan Anual de Trabajo Sub Cafae – Enero Diciembre 2011.</p>	<p>Ley N° 27815 de 12.Ago.2002</p> <p>Resolución Directoral N 005-2011-SA-DG-2011 de 10.Ene.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 162-2005-SA-DG-INR de 16.Set.2005.</p> <p>Resolución Directoral N° 019-2007-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 151-2007-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 262-2010-SA-DG-INR de 22.Dic.2010</p> <p>Resolución Ministerial N° 132-92-SA 27.dic.2006</p> <p>Resolución Directoral N° 265-2009-SA-DG-INR 21.sept.2009</p> <p>Resolución Directoral N° 268-2009-SA-DG-INR de 05.Oct.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 254-2010-SA-DG de 02.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 136-2011-SA-INR de 17.Ago.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 010-2011-DG-INR de 10.Ene.2011</p>
--	--	--

<p>Competencia Profesional</p>	<p>Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, descritas en la parte de Fichas de Descripción de Cargos o Puestos de Trabajo, en donde se detallan las capacidades, habilidades y requerimientos mínimos de los perfiles profesionales, similar a lo descrito en el sub componente <u>Estructura Organizacional</u>.</p>	<p>Resolución Directoral N° 172-2004-SA-DG-INR de 13.Set.2004, Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009, Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic. 2010.</p>
<p>Asignación de Autoridad y Responsabilidad</p>	<p>Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, descritas en la parte de Funciones, Cargos y Equipos Funcionales donde se describen las funciones, responsabilidades y estructura funcional del área; similar a lo descrito en el sub componente <u>Estructura Organizacional</u></p> <p>Reglamento Interno para el Personal del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".</p>	<p>Resolución Jefatural y visado por los órganos competentes.</p> <p>Resolución Directoral N° 136-2011-SA-INR de 17.Ago.2011</p>
<p>Órgano de Control Institucional</p>	<p>Reglamento de Organización y Funciones – ROF y Organigrama del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, aprobado con Resolución Ministerial N° 715-2006 /MINSa, de 26.Jul.2010</p> <p>Numeral 4.4. Funciones Especificas del Órgano de Control Institucional según Manual de Organización y Funciones (MOF) del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, aprobado con Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>El accionar del OCI se rige por las siguientes regulaciones establecidas por la Contraloría General de la República:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estas regulaciones son: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N° 27785 - Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, del 23 de Julio de 2002. ✓ Ley N° 28716 - Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, del 17 de Abril de 2006. ✓ Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG que aprueba la "Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno", del 28 de Octubre de 2008. ✓ Otras Resoluciones, Directivas y disposiciones legales de la Contraloría General de la República.
<p>EVALUACIÓN DE RIESGOS</p>		
<p>Planeamiento de la Administración de Riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existen normas internas que regulen este aspecto de control interno de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno - SCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen normas internas.
<p>Identificación de los Riesgos</p>	<p>Plan de Gestión de Riesgos</p> <p>Plan de Gestión de Riesgos para emergencias y desastres</p>	<p>Resolución Directoral N° 261-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 110-2009-SA-DG-INR</p>

	<p>Plan de contingencia por influenza AH1N1</p> <p>Plan de Seguridad del Paciente 2011.</p> <p>Plan de Actividades para el Monitoreo del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación 2011.</p> <p>Plan de Evacuación 2010</p> <p>Plan Anual para la Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2011.</p> <p>Plan de Actividades de Vigilancia de Higiene de Manos</p> <p>Plan de Respuesta Frente a la Influenza AH1 N1 2010</p>	<p>R.D N° 152-2009-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 212-2010-SA-DG-INR de 26.Oct.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 050-2011-SA-DG-INR de 25.Mar.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 144-2010-SA-DG-INR de 13.Jul.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 074-2011-SA-DG-INR de 04. May.2011.</p> <p>Resolución Directoral N°022-2011-SA-DG-INR de 31.Ene.2011</p> <p>Resolución Directoral N° 280-2010-SA-DG-INR.</p>
Valoración de los Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> No existen normas internas que regulen este aspecto de control interno de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno - SCI. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen normas internas.
Respuesta al Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> No existen normas internas que regulen este aspecto de control interno de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno - SCI. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen normas internas.
ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL		
Procedimientos de Autorización y Aprobación	<p>Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, descritas en la parte de Funciones, Cargos y Equipos Funcionales donde se describen las funciones, responsabilidades y estructura funcional del área; similar a lo descrito en el <u>sub componente Estructura Organizacional</u></p> <p>Manual de Procedimientos MAPRO de la Dirección General.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Directoral y visado por los órganos competentes. Resolución Directoral N° 063-2009-SA-DG-INR de 11.Mar.2009.

Manual de Procedimientos MAPRO, Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en prevención de Riesgos y Promoción de la Salud – DEIDPRS.	Resolución Directoral N° 059-2006-SA-DG-INR de 17.Feb.2006.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación de Funciones Mentales.	Resolución Directoral N° 084-2009-SA-DG-INR de 07.Abr.2009.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en ayuda al Diagnostico y Tratamiento.	Resolución Directoral N° 075-2006-SA-DG-INR de 02.Mar.2006
Manual de Procedimientos MAPRO de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y rehabilitación integral en Funciones Motoras.	Resolución Directoral N° 094-2009-SA-DG-INR de 28.Abr.2009.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina Ejecutiva de Control Interno,	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Cooperación Científica Internacional.	Resolución Directoral N° 020-2006-SA-DG-INR de 26.Ene.2006.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Comunicaciones.	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Epidemiología.	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Estadística e Informática.	Resolución Directoral N° 214-2005-SA-DG-INR de 31.Oct.2005.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Servicios Generales.	Resolución Directoral N° 074-2006-SA-DG-INR de 02.Mar.2006.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina Ejecutiva de Administración,	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Personal.	
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Logística,	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.
Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Economía.	Resolución Directoral N° 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.

	<p>Manual de Procedimientos MAPRO de la Oficina de Asesoría Jurídica.</p> <p>Manual de Procedimientos MAPRO del Departamento de Enfermería.</p> <p>Protocolo de Prevención y Manejo de Deshechos Materiales Punzocortantes y de Accidentes de Punzocortantes.</p> <p>Guía de Práctica Clínica del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Discapacidades del Aprendizaje.</p> <p>Guía Clínica de Disartria</p> <p>Guía Secuencial para la Elaboración de Proyectos de Investigación,</p> <p>Guía para la Evaluación de Proyectos de Investigación y Elaboración de Informe Final.</p> <p>Guía Práctica de Evaluación Clínica, Diagnóstico y Pautas de Manejo del Niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de Lecto Escritura y Calculo, Niño Fronterizo</p> <p>Protocolos de Procedimientos en Laboratorio Clínico</p> <p>Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral en el Paciente con Discapacidad del Desarrollo del DIDRIP.</p> <p>Guía Práctica Clínica de la Atención de Pacientes con Enfermedad de Parkinson</p> <p>Guía Practica Clínica de Atención de Pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano.</p> <p>Guía de Tratamiento Médico Rehabilitador en Síndrome de Línea Media: Mielomeningocele.</p> <p>Guía de Tratamiento Médico Rehabilitador de la Lesión de Plexo Braquial y Guía de Tratamiento Médico Rehabilitador en Parálisis Cerebral</p> <p>Guía Integral de Atención en Terapias para Pacientes con Retardo Mental y Guía de Prácticas Clínicas</p>	<p>Resolución Directoral Nº 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 250-2010-SA-DG-INR de 30.Nov.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 221-2004-SA-DG-INR de 28.Oct.2004.</p> <p>Resolución Directoral Nº 211-2005-SA-DG-INR de 31.Oct.2005.</p> <p>Resolución Directoral Nº 212-2005-SA-DG-INR de 31.Oct.2005.</p> <p>Resolución Directoral Nº 283-2007-SA-DG-INR de 09.Nov.2007.</p> <p>Resolución Directoral Nº 213-2005-SA-DG-INR de 31.Oct.2005.</p> <p>Resolución Directoral Nº 300-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2008.</p> <p>Resolución Directoral Nº 041-2006-SA-DG-INR de 09.Feb.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 056-2006-SA-DG-INR de 17.Feb.2006.</p> <p>Resolución Directoral Nº 299-2010-SA-DG-INR. 30.Dic.2010</p> <p>Resolución Directoral Nº 297-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral Nº 244-2005-SA-DG-INR de 25.Nov.2005.</p>
--	---	---

	<p>Manual de Normas Técnicas y Administrativas de la Estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria RBC.</p> <p>Directiva Administrativa N° 002-OEA-INR-2007 "Procedimientos para la ejecución de Guardias Hospitalarias en el INR".</p> <p>Directiva Administrativa N° 002-2008-OEA-INR "Manejo de Resíduos Sólidos del INR",</p> <p>Guía Técnica Procedimiento para la Revisión y Aprobación de Investigación del Comité Evaluador del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"</p> <p>Guía de Lavado de Manos</p> <p>Guía para un Protocolo o Proyecto de Investigación y Protocolo de un Ensayo</p> <p>Guía de Práctica Clínica para el Manejo en Rehabilitación de Secuelas de Fracturas para Profesionales de Primer Nivel de la Atención de Salud</p> <p>Guía de Práctica Clínica para la Atención Temprana y Manejo en Rehabilitación de la Sordera para Profesionales del Primer Nivel de Atención en Salud</p> <p>Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo en Rehabilitación de Osteoartrosis para Profesionales del Primer Nivel de Atención de Salud</p> <p>Guía de Procedimiento para la Atención de Discapacidades por Alteraciones Genéticas y Congénitas: Terapia Ocupacional en Lesión Plexo Braquial Obstétrica</p> <p>Guía de Procedimiento para la Atención de Discapacidades por Parálisis Cerebral: Terapia Ocupacional</p> <p>Guía de Procedimientos para la Atención de Discapacidades por Alteraciones Congénitas y Congénitas: Terapia Física y Terapia Ocupacional en Mielomeningocele</p> <p>Guía Práctica Clínica de Sordera</p>	<p>Resolución Directoral N° 298-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 299-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 243-2005-SA-DG-INR 25.Nov.2005.</p> <p>Resolución Directoral N° 035-2007-SA-DG-INR 30.Ene.2007.</p> <p>Resolución Directoral. N° 149-2008-AS-DG-INR 30 Jun.2008.</p> <p>Resolución Directoral N° 115-2008-SA-DG-INR de 09.May.2008.</p> <p>Resolución Directoral N° 028-2009-SA-DG-INR 13.Feb.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 031-2009-SA-DG-INR de 16.Feb.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 111-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 113-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009</p> <p>Resolución Directoral N° 112-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 125-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.</p>
--	--	---

		Resolución Directoral N° 127-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009.
	Guía de Práctica Clínica de Espasmodemia	Resolución Directoral N° 126-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Guía de Tratamiento Médico Rehabilitador en Parálisis Cerebral	Resolución Directoral N° 119-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Guía de Tratamiento Médico Rehabilitador de la Lesión de Plexo Braquial	Resolución Directoral N° 117-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Guía de Práctica Clínica: Lumbalgia Crónica Compleja	Resolución Directoral N° 121-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Pautas de Manejo del Niño con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad	Resolución Directoral N°118-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009
	Guía Clínica de Atención en Rehabilitación en Enfermedades de Parkinson – RD N° 298-2010-SA-DG-INR	Resolución Directoral N° 297-2010-SA dic.2010 de 30.Dic.2010.
	Guía Clínica de Atención en Rehabilitación en Pacientes con Parálisis Cerebral	Resolución Directoral N° 300-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de las Enfermedades Cerebro Vasculares	Resolución Directoral N° 298-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de Práctica Clínica de Manejo de Rehabilitación Integral del Paciente con Torsión Tibial Interna	Resolución Directoral N° 298-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de Práctica Clínica de Manejo de Rehabilitación Integral del Paciente con Amputación	Resolución Directoral N° 298-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de Práctica Clínica de Manejo de Rehabilitación Integral del Paciente con Cifosis	Resolución Directoral N° 296-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de Práctica Clínica de Manejo de Rehabilitación Integral del Paciente con Escoliosis	Resolución Directoral N° 296-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de Práctica Clínica para la Atención de Pacientes con Retardo Mental	Resolución Directoral N° 296-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Guía de los Procedimientos de Admisión, Triage, Referencia y Contrarreferencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"	Resolución Directoral N° 296-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Programa Anual Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución Directoral N° 299-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.
	Módulo de Información de	

	<p>Discapacidad HS - DIS</p> <p>Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud</p> <p>Guía Operativa para la Implementación de Rehabilitación Integral en Esalud</p> <p>Normas para la Articulación de los Servicios y Unidades Orgánicas y/o funcionales que atienden personas aseguradas con discapacidad</p> <p>Normas para la Atención Integral de Rehabilitación a los Asegurados con Discapacidad.</p> <p>Estandares e Indicadores de Calidad</p> <p>Documento Técnico: "Catálogo de Servicios y Actividades Estandarizadas del Instituto Nacional de Rehabilitación".</p> <p>Documento Técnico "Catalogo de Servicios y Actividades Estandarizadas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" V.10 Anexo N°01</p> <p>Análisis Situacional del Instituto Nacional de Rehabilitación –</p> <p>Documento Técnico "Evaluación y Calificación de la Invalidez por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales"</p> <p>Reglamento del Comité de Vigilancia Epidemiológica</p> <p>Reglamento del Comité Farmacológico del Instituto Especializado de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"</p> <p>Reglamento Interno de la Biblioteca Central</p> <p>Reglamento de Internado</p> <p>Reglamento Institucional para la Investigación</p> <p>Reglamento del Comité Institucional Evaluador de Investigación</p>	<p>Resolución Directoral N° 276-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 018-2011-SA-DG-INR de 24.Ene.2011.</p> <p>Resolución Ministerial N° 314-97-SA/DM.</p> <p>Resolución Presidencia Ejecutiva N° 474-2005/MINSA de 28.Dic.2005</p> <p>Resolución Presidencia Ejecutiva N° 792-PE-ESSALUD-2005/MINSA de 28.Dic.2005.</p> <p>Resolución Presidencia Ejecutiva N° 792-PE-ESSALUD-2005/MINSA de 28.Dic.2005.</p> <p>Resolución Presidencia Ejecutiva N° 927-PE-ESSALUD-2003 de 12.Nov.2003.</p> <p>Resolución Directoral N° 144-2008-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 029-2010-SA-DG-INR de 02.Feb.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 029-2010-SA-DG-INR de 02.Feb.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 149-2010--SA-DG-INR de 01.Set.2011.</p> <p>Resolución Ministerial N° 069-2011/MINSA.</p> <p>Resolución Directoral N° 170-2004--SA-DG-INR de 08.Set.2004.</p> <p>Resolución Directoral N° 095-2005-SA-DG-INR de 19.May.2005.</p> <p>Resolución Directoral N° 094-2005-SA-DG-INR de 19.May.2005.</p> <p>Resolución Directoral. N°086-2008-SA-DG-INR 15 abr.2008</p>
--	---	--

	<p>Reglamento de Docencia y Enseñanza</p> <p>Reglamento Interno de Guardías Hospitalarias.</p>	<p>Resolución Directoral N° 112-2008-SA-DG-INR de 07.May.2008</p> <p>Resolución Directoral N° 142-2008-SA-DG-INR de 11.Jun.2006</p> <p>Resolución Directoral N° 108-2009-SA-DG-INR de 06.May.2006.</p> <p>Resolución Directoral N° 265-2009-SA-DG-INR de 21.Set.2009.</p>
Segregación de Funciones	<p>Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y Organigrama del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR.</p> <p>Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de rehabilitación -INR, descritas en la parte de Funciones, Cargos y Equipos Funcionales donde se describen las funciones, responsabilidades y estructura funcional del área; similar a lo descrito en el <u>sub componente Estructura Organizacional</u> .</p>	<p>Decreto Supremo N° 001-2007-SA del 10.Ene.2007.</p> <p>• Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación – INR.www.inr.gob.pe</p>
Evaluación Costo - Beneficio	<p>Catalogo de Servicios y Actividades Estandarizadas del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"</p> <p>Tarifario institucional del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR</p> <p>Guía Metodológica de determinación de costos en Salud de determinación de costos en Salud.</p> <p>Metodología en la estimación de los costos estándar de los establecimientos de Salud.</p> <p>Lineamientos de Política Tarifaria del Sector Salud.</p> <p>Catalogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del Ministerio de Salud.</p> <p>No existen normas internas sobre evaluación del Costo-Beneficio de los controles claves a nivel de procesos de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno – SCI.</p>	<p>Resolución Directoral N° 294-2007-SA-DG-INR de 02.Feb.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 264-2010-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Ministerial N° 704-2006-MINSA.</p> <p>Resolución Ministerial N° 195-2009-MINSA.</p> <p>Resolución Ministerial N° 246-2006-MINSA.</p> <p>Resolución Ministerial N° 689-2006-MINSA</p>
Controles sobre el	<p>Directiva Administrativa N° 0012-2010 -OEA- LOG-INR "Disposiciones</p>	<p>Resolución Directoral N° 262-2010-SA-DG-INR de 22 dic. 2010</p>

<p>Acceso a los Recursos o Archivos</p>	<p>Internas para la Determinación de Responsabilidades del Trabajador sobre Asignación en Uso, Custodia, Control, Pérdida, Robo, Destrucción o Siniestro de los Bienes Patrimoniales del INR",</p> <p>Directiva Administrativa N° 013-2010-OEA-INR "Procedimiento para la Recepción, Custodia Temporal y Distribución de Bienes del Almacén Central del Instituto Nacional de Rehabilitación",</p> <p>Directiva Administrativa N° 004-2011-OEA – INR "Procedimiento Administrativo para el Requerimiento, Uso y Rendición de los Fondos Fijos para Caja Chica con Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados",</p> <p>Directiva Administrativa N° 009-2010-OEA-INR "Normas y Procedimiento para la recepción, Registro, Almacenamiento, Distribución y Control de Donaciones Efectuadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación".</p>	<p>Resolución Directoral N° 262-2010-AS-DG-INR de 22 dic.2020</p> <p>Resolución Directoral N° 061 – 2011-SA-DG-INR de 12 abr.2011</p> <p>Resolución Directoral N° 230-2010-AS-DG-INR de 19.Nov.2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación - INR. www.inr.gob.pe
<p>Verificaciones y Conciliaciones</p>	<p>Manual de Procedimientos (MAPRO) Administrativos y Asistenciales del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, donde se establecen las actividades a realizar; similar a lo descrito en el sub componente Procedimientos de Autorización y Aprobación.</p> <p>Directiva Administrativa N° 004-2011-OEA – INR "Procedimiento Administrativo para el Requerimiento, Uso y Rendición de los Fondos Fijos para Caja Chica con Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados".</p> <p>Directiva Administrativa N° 009-2010-OEA-INR "Normas y Procedimiento para la recepción, Registro, Almacenamiento, Distribución y Control de Donaciones Efectuadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación"</p> <p>Directiva Administrativa N° 012-2010-OEA-LOG-INR "Disposiciones Internas para la Determinación de Responsabilidades del Trabajador sobre Asignación en Uso, Custodia, Control, Pérdida, Robo, Destrucción o Siniestro de los Bienes Patrimoniales Del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Resolución Directoral N° 102-2011-SA-DG-INR de 24.Jun.2011.</p> <p>Resolución Directoral N° 230-2010-SA-DG-INR de 19.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 262-2010-SA-DG-INR de 22.Dic.2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación - INR. www.inr.gob.pe
<p>Evaluación de Desempeño</p>	<p>Presupuesto institucional de Apertura PIA 2011.</p>	<p>Resolución Directoral N° 108-2010 /Minsa de 21.Dic.2010.</p>

	<p>Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011-MINSA</p> <p>Evaluación del Plan Operativo Anual al I Semestre 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Tablero de Mando III-2 Nivel Táctico Operativo</p>	<p>Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 170 MINSA/OGPP-2010.</p> <p>Remitido al MINSA con Oficio N° 1044-DG-INR de 16.Ago.2011 y visado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <p>Resolución Directoral N° 002-2011-SA-DG-INR.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación - INR. www.inr.gob.pe
Rendición de Cuentas	<p>Directiva Administrativa N° 0012-2010-OEA- LOG-INR "Disposiciones Internas para la Determinación de Responsabilidades del Trabajador sobre Asignación en Uso, Custodia, Control, Pérdida, Robo, Destrucción o Siniestro de los Bienes Patrimoniales del INR".</p> <p>Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011-MINSA</p> <p>Evaluación del Plan Operativo Anual al I Semestre 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Resolución Directoral N° 262-2010-SA-DG-INR de 22.Dic.2010.</p> <p>Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 170 MINSA/OGPP-2010.</p> <p>Remitido al MINSA con Oficio N° 1044-DG-INR de 16.Ago.2011 y visado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación INR. www.inr.gob.pe
Revisión de Procesos, Actividades y Tareas	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Procedimientos (MAPRO) Administrativos y Asistenciales del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, donde se establecen las actividades a realizar; con respecto a revisión de Procesos, Actividades y Tareas y/ o actividades. <p>Manual de Procedimientos (MAPRO) Administrativos y Asistenciales del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR en donde se establecen las actividades a realizar; similar a lo descrito en el sub componente Procedimientos de Autorización y Aprobación</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aprobado con Resolución Directoral y visado por los órganos competentes. Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe.
Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC)	<p>Plan Operativo Informático.</p> <p>Plan de Mantenimiento Preventivo del INR 2010.</p> <p>Directiva Administrativa N° 024-2010-OEI-INR "Procedimientos para creación de Copias de Seguridad y Recuperación de Información".</p> <p>Plan Estratégico de Gobierno Electrónico 2012 -2016.</p>	<p>Resolución Directoral N° 293-2010-SA-DG de 30.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 218-2010-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 268-2010-SA-DG-INR de 27.Dic.2010.</p> <p>Resolución Directoral N° 152-201-SA-DG-INR.</p>

		Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación - INR. www.inr.gob.pe
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
Funciones y Características de la Información	<p>Directiva para la Publicación de la Declaración Jurada de Ingresos y de Bienes y Rentas de los Funcionarios y Servidores Públicos del Instituto Especializado de Rehabilitación.</p> <p>Directiva Administrativa N° 024-2010-OEI-INR "Procedimientos para Creación de Copias de Seguridad y Recuperación de Información</p> <p>Directiva N° 001-2007-INR "Procedimiento para la Evaluación de Proyectos de Investigación del INR"</p> <p>Directiva Administrativa N°001-2008-INR V-2.0 "Procedimiento para la Elaboración y Presentación de Comunicaciones Escritas, y Uso del Sistema de Trámite Documentario del Instituto Nacional de Rehabilitación"</p> <p>Directiva Administrativa N°002-2009-OEA-INR "Directiva de Procedimientos Administrativos para realizar el Estudio de Mercado o Indagaciones que determinen las especificaciones técnicas y valor referencial de las adquisiciones y/o contrataciones requeridas por el Instituto Nacional de Rehabilitación".</p> <p>Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p> <p>Reglamento Institucional para la Investigación.</p> <p>Reglamento del Comité Institucional Evaluador de Investigación.</p>	<p>Resolución Directoral N° 268-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 283-2007-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 209-2008-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 055-2009-SA-DG-INR de 04.Mar.2009.</p> <p>Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA</p> <p>Resolución Directoral N° 112-2008-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 142-2008-SA-DG-INR</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe</p>
Información y Responsabilidad	<p>Designan a funcionaria responsable de la elaboración y actualización del portal de transparencia del INR.</p> <p>Designan al Comité de Apoyo para la Actualización y Mantenimiento Del Portal WEB del INR.</p> <p>Directiva Administrativa N° 0012-2010-OEA-LOG-INR "Disposiciones Internas para la Determinación de</p>	<p>Resolución Directoral N° 318-2009-SA-DG-INR de 27.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 325-009-SA-DG-INR de 01.Dic.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 262-2010-SA-DG-INR</p>

	<p>Responsabilidades del Trabajador sobre Asignación en Uso, Custodia, Control, Pérdida, Robo, Destrucción o Siniestro de los Bienes Patrimoniales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"</p> <p>Plan de Desarrollo de Investigación, Capacitación y Docencia.</p> <p>Guía Operativa para la Implementación de Rehabilitación Integral en Essalud – Normas para la Articulación de los Servicios y Unidades Orgánicas y/o funcionales que atienden personas aseguradas con discapacidad – Normas para la Atención Integral de Rehabilitación a los Asegurados con Discapacidad</p> <p>Guía para un Protocolo o Proyecto de Investigación y Protocolo de un Ensayo Clínico.</p> <p>Reglamento Interno de la Biblioteca Central</p> <p>Información remitida a la Contraloría General de la República (Declaraciones Juradas de Ingresos, Bienes y Rentas de los Funcionarios del INR y otros).</p> <p>Información remitida al Ministerio de Salud (Evaluaciones de Desempeño y otros).</p>	<p>Resolución Directoral N° 093-2009-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 031-2009-SA-DG-INR</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe</p>
<p>Calidad y Suficiencia de la Información</p>	<p>No existen normas internas relacionadas a la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha identificado.
<p>Sistemas de Información</p>	<p>Sistema Integrado de Información Financiera – SIAF del MEF-</p> <p>Sistema Integrado de Gestión Administrativa – SIGA del MEF.</p> <p>Sistema INRDIS I - II</p> <p>Modulo HIS – DIS – MINSA</p> <p>STWD - MINSA</p> <p>Otros sistemas Informáticos.</p> <p>Procedimiento para la creación de copias de Seguridad y Recuperación de información</p>	<p>Información remitida por la Oficina de Informática del Instituto Nacional de Rehabilitación –INR</p> <p>Resolución Directoral N° 268-2010-SA-DG-INR</p>

<p>Flexibilidad al Cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existen normas internas que regulen este aspecto de control interno de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno - SCI. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existen normas internas.
<p>Archivo Institucional</p>	<p>Manual de Procedimientos (MAPRO) de la Dirección General del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, en la que se describen los procedimientos del Archivo General del INR.</p> <p>Directiva Administrativa N° 001-2008-INR V-2.0 "Procedimiento para la Elaboración y Presentación de Comunicaciones Escritas, y Uso del Sistema de Trámite Documentario del Instituto Nacional de Rehabilitación"</p> <p>Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p> <p>Guía de los Procedimientos de Admisión, Triage, Referencia en el INR</p>	<p>Resolución Directoral N° 063-2009-SA-DG-INR de 11.Mar.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 209-2008-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA</p> <p>Resolución Directoral N° 276-2010-SA-DG-INR</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.www.inr.gob.pe</p>
<p>Comunicación Interna</p>	<p>Designan a funcionaria responsable de la elaboración y actualización del portal de transparencia del INR.</p> <p>Designan al Comité de Apoyo para la Actualización y Mantenimiento del Portal WEB del INR.</p> <p>Comunicación Interna a través del INTRANET entre los funcionarios y servidores del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Resolución Directoral N° 318-009-SA-DG-INR de 27.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 325-009-SA-DG-INR de 01.Dic-2009</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.www.inr.gob.pe</p>
<p>Comunicación Externa</p>	<p>Designan a funcionaria responsable de la elaboración y actualización del portal de transparencia del INR.</p> <p>Designan al Comité de Apoyo para la Actualización y Mantenimiento Del Portal WEB del INR.</p> <p>Comunicación Interna a través del INTRANET entre los funcionarios y servidores del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Resolución Directoral N° 318-009-SA-DG-INR de 27.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 325-009-SA-DG-INR de 01.Dic-2009</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.www.inr.gob.pe</p>

<p>Canales de Comunicación</p>	<p>Designan a funcionaria responsable de la elaboración y actualización del portal de transparencia del INR.</p> <p>Designan al Comité de Apoyo para la Actualización y Mantenimiento del Portal WEB del INR.</p> <p>Comunicación Interna a través del INTRANET entre los funcionarios y servidores del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Comunicaciones y Publicaciones a través de la Oficina de Comunicación y en el Portal Web Institucional.</p>	<p>Resolución Directoral N° 318-2009- S.A-DG-INR de 27.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 325-2009- S.A-DG-INR de INR de 01.Dic.2009.</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe</p>
<p>SUPERVISIÓN</p>		
<p>Actividades de Prevención y Monitoreo</p>	<p>Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación INR, donde se establecen sus responsabilidades y funciones por cada proceso, actividad o tarea organizacional el cual debe estar claramente definida, específicamente asignada y formalmente comunicada al funcionario respectivo; similar a lo descrito en el sub componente Estructura Organizacional.</p> <p>Manual de Procedimientos (MAPRO) Administrativos y Asistenciales del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, en donde se establecen las actividades de supervisión a realizar.</p> <p>Directiva Administrativa N° 07-2010-OEA-INR Procedimiento Administrativo para el Requerimiento, Uso y Rendición del Fondo Fijo para Caja Chica” –</p> <p>Directiva Administrativa N° 08-2010-OEA-INR Procedimiento Administrativo para el Otorgamiento del Pago en Efectivo de Movilidad Local por Comisión de Servicio.</p> <p>Directiva Administrativa N° 024-2010-OEI-INR “Procedimientos para Creación de Copias de Seguridad y Recuperación de Información.</p> <p>Directiva Administrativa N° 009-2010-SA-DG-INR Normas y Procedimientos para la Recepción, Registro, Almacenamiento, Distribución y Control de Donaciones Efectuadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores</p> <p>Norma Técnica de Prevención y</p>	<p>Aprobado con Resolución Directoral y visado por los órganos competentes.</p> <p>Resolucion Directoral N° 186-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolucion Directoral N° 186-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 268-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 230-2010-SA-DG-INR</p>

	<p>Control de Infecciones Intrahospitalaria.</p> <p>Directiva Administrativa N° 027-MINSA/DGSP.V.01 "Directiva Sanitaria para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de Influenza en los Establecimientos de Salud a Nivel Nacional en la Etapa de Mitigación de la Pandemia de Influenza por Virus A (H1N1)".</p> <p>Plan de Evacuación 2010.</p> <p>Plan de Estudio del Clima Organizacional 2010 – 2011.</p> <p>Plan Anual para la Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2010.</p> <p>Plan de Actividades de Vigilancia de Higiene de Manos.</p> <p>Plan de Respuesta Frente a la Influenza AH1 N1 2010 – 2011 -</p> <p>Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011-MINSA</p> <p>Evaluación del Plan Operativo Anual al I Semestre 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Tablero de Mando III-2 Nivel Táctico Operativo.</p>	<p>Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA</p> <p>Resolución Ministerial N° 492-2009/MINSA</p> <p>Resolución Directoral N° 144-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 052-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 153-2010-SA-DG-INR</p> <p>Revolución Directoral N° 022-2011-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Directoral N° 280-2010-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 170 MINSA/OGPP-2010.</p> <p>Remitido al MINSA con Oficio N° 1044-DG-INR de 16.Ago.2011 y visado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <p>Resolución Directoral N° 002-2011-SA-DG-INR.</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe</p>
<p>Seguimiento de Resultados</p>	<p>Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008-2012 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Reglamento del Comité Institucional Evaluador de Investigación</p> <p>Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2011 del Pliego 011-MINSA</p> <p>Plan Operativo Institucional (POA) del Año 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. de Rehabilitación – INR.</p>	<p>Remitido al MINSA con Oficio N° 1044-DG-INR de 16.Ago.2011 y visado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <p>Resolución Directoral N° 142-2008-SA-DG-INR</p> <p>Resolución Ministerial N° 028-2011/MINSA.</p> <p>Resolución Directoral N° 013-2011-SA-DG-INR</p>

	<p>Evaluación del Plan Operativo Anual al I Semestre 2011 del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Tablero de Mando III-2 Nivel Táctico Operativo</p> <p>Funcionario responsable de entregar la información de acceso público en el Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p> <p>Designan al Comité de Apoyo para la Actualización y Mantenimiento del Portal WEB del INR.</p>	<p>Remitido al MINSa con Oficio N° 1044-DG-INR de 16.Ago.2011 y visado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p> <p>Resolución Directoral N° 002-2011-SA-DG-INR.</p> <p>Resolución Directoral N° 318-009-SA-DG-INR de 27.Nov.2009.</p> <p>Resolución Directoral N° 325-009-SA-DG-INR de 01.Dic.2009</p> <p>Asimismo, el contenido completo de los documentos antes indicados se encuentran en el Portal Web y en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. www.inr.gob.pe.</p>
<p>Compromisos de Mejoramiento</p>	<p>Memorandos e informes de respuesta de las diversas áreas para el levantamiento de las observaciones e implementación de las recomendaciones propuestas por el Órgano de Control Institucional (OCI).</p> <p>Memorandos del Jefe Institucional para implementar las recomendaciones propuestas por el Órgano de Control Institucional (OCI).</p>	<p>Contenido completo de los memorandos e informes de respuestas de las áreas.</p> <p>Contenidos de los Memorandos del Jefe Institucional referidas a la implementación de las recomendaciones del Órgano de Control Institucional (OCI).</p>

CAPÍTULO III. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Las fortalezas, debilidades, causas y aspectos a implementar, presentados y clasificados de acuerdo a lo establecido en la Guía de Control Interno, correspondiente al Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" – INR, se muestran a continuación:

COMPONENTES DE CONTROL INTERNO		
FORTALEZAS	DEBILIDADES / CAUSAS	ASPECTOS A IMPLEMENTAR
1. AMBIENTE DE CONTROL		
1.1. FILOSOFIA DE LA DIRECCIÓN		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<ul style="list-style-type: none"> La Entidad ha conformado con Resolución Directoral N° 296-2009-SA-DG-INR el "Comité de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Rebaza Flores" NR encargado de ejecutar las acciones necesarias para la adecuada implementación del Sistema de Control Interno y su eficaz funcionamiento en el ámbito institucional. Con Resolución Directoral N° 009-2011-SA-DG-INR se establecieron Equipos de Trabajo de Control Interno como ente de apoyo al Comité de Control Interno. Se ha suscrito el Acta de Compromiso para la Implementación del Control Interno, publicada en la página Web el 15.Dic.2011. Reglamento del Libro de Reclamaciones aprobado con Decreto Supremo N° 011-2011-PCM. Evaluación al Tercer Trimestre de la "Información para la Calidad" con respecto a la atención de Quejas y Sugerencias, Medición del Índice de Satisfacción y Evaluación del Clima Organizacional, así como la atención de Quejas y Reclamos consignados en el Libro de Reclamaciones. La Dirección General y la Oficina de Comunicación incentiva el desarrollo transparente de las actividades del INR al existir un Portal de Transparencia en la Web: www.inr.gob.pe, en el que pone a disposición del público la información del INR. Con Resolución Directoral N° 344-2009-SA-DG-INR de 21.Dic.2009 se conformo la Comisión para la elaboración del Código de Ética. 	<p>1. Si bien se cuenta con un Acta de Compromiso, es necesario que se actualicen las firmas de suscripción de dicha Acta, con los nuevos integrantes de las Direcciones y Oficinas.</p> <p>Causa: Cambios en las Direcciones y Oficinas del INR en el año 2009 y 2010.</p> <p>2. Eventos de capacitación insuficientes sobre control interno, al no haberse comprendido a todos los trabajadores, lo que denota una insuficiente sensibilización.</p> <p>Causa: No se ha contemplado la importancia que significaría para la implementación del sistema de control interno del INR, comprender en la capacitación sobre control interno a un número significativo del personal.</p> <p>3. El portal de Transparencia en la Página web no se encuentra actualizado, entre las carencias se revela:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No Publicación de Información sobre Contrataciones. ✓ No se publicó información porque la Plataforma Tecnológica con la que se cuenta no permite almacenar abultada información. ✓ No se publicó las Declaraciones Juradas de funcionarios correspondientes al periodo 2009-2011. <p>Causa: No se cuenta con una directiva que actualice el portal de transparencia y a la vez regule los procedimientos a seguir para el adecuado proceso, registro y publicación de la información.</p>	<p>1. Suscribir nuevamente el Acta de Compromiso consignando las firmas de los actuales miembros de las Direcciones y Oficinas del Instituto Nacional de rehabilitación – INR.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. Incorporar en el Plan Anual de Capacitación, cursos sobre control interno, en el que se encuentren comprendidos el personal CAP y CAS del INR, pudiéndose replicar este curso por parte de aquellos que más destaquen en dichos eventos de capacitación.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>3. Establecer una Directiva en la que se regulen los procedimientos a seguir y las responsabilidades que le corresponden a cada una de las unidades orgánicas involucradas en la generación y publicación de la información que se requiere para mantener actualizado el Portal de Transparencia.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>

<u>DIRECCIÓN GENERAL</u>		
Según el Proyecto INR – Nueva Sede Institucional, se efectuara un equipamiento progresivo con presupuesto por reemplazo.	4. Existen numerosas unidades orgánicas del INR que requieren reforzar su equipamiento informático para facilitar su desempeño y el debido cumplimiento de las funciones encomendadas, conforme se revela en el Anexo N° 1 . Causa: Presupuesto insuficiente.	4. Diseñar un Plan de renovación progresiva de equipos informáticos, priorizando aquellas unidades orgánicas cuyas necesidades sobre dicho particular sean más apremiantes en función del estado situacional establecido por la Oficina de Estadística e Informática. PRIORIDAD: (1)
<u>OFICINA DE LOGÍSTICA</u>		
Según el Proyecto INR – Nueva Sede Institucional, se distribuirá adecuadamente los ambientes.	5. Ubicación inadecuada de los ambientes, que se constituye en un hacinamiento que ocasiona incomodidad entre los trabajadores durante el desarrollo de sus labores. Causa: Actual establecimiento del INR cuenta con espacios insuficientes. Población de pacientes y trabajadores en crecimiento.	5. En el nuevo local del INR, se deberá considerar como uno de los criterios de distribución de los ambientes, el número de personal y equipos con los que cuenta cada unidad orgánica, pero mientras dure la construcción del nuevo local y si es que su culminación y puesta en funcionamiento va a demandar un tiempo prudencial, resulta necesario que se adopten medidas de corto plazo destinadas al mejoramiento de los ambientes de trabajo, con mobiliario más pequeño que permita una mejor operatividad de las áreas y mejor desarrollo de sus funciones, para lo cual el Equipo de Control Patrimonial deberá emitir un informe sobre el estado situacional antes mencionado y priorizar las necesidades más apremiantes. PRIORIDAD: (1)
<u>OFICINA DE SERVICIOS GENERALES</u>		
Áreas de Lavandería, Costura, Electricidad, Carpintería, Casa Fuerza, Supervisión y Limpieza, Residuos Sólidos.		
Se cuenta con personal calificado para el control de las calderas, equipos electrónicos, maquinas de lavandería y control de residuos sólidos.	6. No se cuenta con personal suficiente para desarrollar todas las actividades que se tienen que efectuar, lo que se detalla en el Anexo N° 2 . Causa: Demanda excede capacidad actual de atención. 7. Diversas unidades orgánicas del INR refieren que no cuentan con equipos adecuados para cumplir con sus funciones y los que utilizan son muy antiguos, algunos de los cuales tienen una antigüedad de más de 50 años y que requieren ser renovados. En el Anexo N° 3 se detallan dichos equipos por cada unidad orgánica del INR. Causa: Presupuesto insuficiente.	6. Reordenar el CAP y el PAP de acuerdo a las necesidades de los departamentos, priorizando aquellas unidades orgánicas que requieran mayor personal, así como evaluar la necesidad de contratar mayor personal CAS utilizando como financiamiento los recursos directamente recaudados que se incrementan con la mayor demanda. PRIORIDAD: (1) 7. Distribución y racionalización del personal en turnos mañana, tarde y sábados, acorde a capacidad instalada. PRIORIDAD: (1) 8. Evaluar las necesidades de compra manifestadas por las diferentes unidades orgánicas del INR, a efecto de aprobar un Plan de renovación en el que se prioricen las necesidades más prioritarias. PRIORIDAD: (1)
<u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR</u>		
Según el Proyecto INR – Nueva Sede Institucional, se distribuirá adecuadamente los ambientes.	8. Infraestructura y módulos terapéuticos inadecuados y dispersos. Se cuenta con la básico y mínimo para brindar atención de terapias especialidades. Causa: Postergación en las continuas	9. Distribución y racionalización del personal en turnos mañana, tarde y sábados, acorde a capacidad instalada. PRIORIDAD: (1)

	reestructuraciones y reacondicionamiento y progresiva restricción de los espacios con los que contaba el departamento.	
1.2. INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS		
ASPECTOS GENERALES		
<p>1.El INR cuenta con un Reglamento Interno de Trabajo - RIT, aprobado mediante Resolución Directoral N° 136-2011-SA-DG-INR de 17.Ago. 2011, donde se establecen los lineamientos generales en los cuales se basa la relación del INR con sus trabajadores; así como los derechos y obligaciones de estos últimos.</p> <p>2.El Reglamento Interno de Trabajo RIT se encuentra publicado en el Portal de Transparencia del INR: www.inr.gob.pe</p>	<p>1.Los servidores del INR no conocen a plenitud los Principios, Deberes y Prohibiciones establecidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública y no existen registros de difusión del citado Código, ya sea a través de charlas, actas, etc.</p> <p>Causa: Insuficiente difusión.</p> <p>2.No se aplican las medidas correctivas inmediatas por infracciones al Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>Causa: No se han establecido procedimientos claros que regulen las infracciones al Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>3.No se han implementado mecanismos de protección en favor de los servidores que denuncien incumplimientos del Código de Ética de la Función Pública o actos indebidos.</p> <p>Causa: No se han establecido procedimientos claros que regulen las infracciones al Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>4.No existe un Registro de campañas educativas, realizadas sobre las sanciones a los que están expuestos quienes tengan prácticas contrarias a los Principios, Deberes y Prohibiciones establecidas en la Ley del Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>Causa: No se han establecido procedimientos claros que regulen las infracciones al Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>5.No existe en el INR un Registro en el que se reflejen todas las sanciones aplicadas por concepto de destitución y despido o por transgresiones al Código de Ética de la Función Pública, además de la inscripción de estas sanciones ante SERVIR.</p> <p>Causa: No se han establecido procedimientos claros que regulen el registro e inscripción ante SERVIR de las sanciones aplicadas por concepto de destitución y despido o por</p>	<p>1. Estructurar y poner en práctica un plan periódico de difusión del Código de Ética de la Función Pública, el cual podría incluir, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicaciones periódicas a través del correo electrónico mediante las cuales, de manera didáctica, se haga de conocimiento y se explique los Principios, Deberes y Prohibiciones establecidas en el Código de Ética. ✓ Charlas periódicas al personal. ✓ Conversatorios por Unidades orgánicas, emitiéndose Actas de participación para su inclusión en el Legajo personal. ✓ Implementar un Registro de estas campañas educativas. (Debilidades Nos. 1 y 4.) <p>PRIORIDAD: (P)</p> <p>2. A través de una Directiva interna, establecer procedimientos que regulen la aplicación de lo establecido en el Código de Ética de la Función Pública, considerándose lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plazos perentorios para el desarrollo de los procesos y la aplicación de las sanciones que correspondan. ✓ Difusión de las sanciones aplicadas entre todo el personal del INR. ✓ Implementar mecanismos de protección en favor de los servidores que denuncien incumplimientos del Código de Ética. ✓ Implementar un Registro en el que se reflejen todas las sanciones aplicadas por concepto de destitución y despido o por transgresiones al Código de Ética de la Función Pública. ✓ Inclusión de la sanción en el Legajo Personal y cumplir con los plazos establecidos para que la Oficina Ejecutiva de Administración inscriba dichas sanciones ante SERVIR. (Debilidades Nos. 2, 3 y 5) <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>3. Reformular la Resolución Directoral N° 344-2009-SA-DG-INR y establecer un nuevo plazo para la elaboración del Código de Ética del INR y disponer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incluirlo en el Reglamento Interno de Trabajo. ✓ Incorporar en el Código los Valores propios del INR. ✓ Estructurar y poner en práctica un plan de difusión del Código de Ética y los Valores del INR, a través de los canales de comunicación citados en la recomendación N° 1, u otros pertinentes. ✓ Establecer la obligación de emitirse Reportes Mensuales que revelen actos destacables del cumplimiento del Código de Ética, así como los incumplimientos, a efecto de adoptarse las medidas correspondientes y difundirlas en el INR. (Debilidades Nos. 6 y 7) <p>PRIORIDAD: (1)</p>

	<p>transgresiones al Código de Ética de la Función Pública.</p> <p>6.No existe un Código de Ética adecuado a la naturaleza del INR, donde se consignen los principios y deberes éticos, incluso a pesar de que con Resolución Directoral N° 344-2009-SA-DG-INR de 21.Dic.2009 se conformó la Comisión para la elaboración del Código de Ética, pero hasta la fecha del presente Informe, la referida Comisión aún no ha ejercitado labor alguna.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, diseñar, aprobar y difundir su propio Código de Ética.</p> <p>7.No existen Reportes o Informes periódicos que revelen información periódica u oportuna sobre el seguimiento de procesos administrativos o procesos judiciales.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, contar con dicha información a efecto de tomar las decisiones que correspondan con la debida oportunidad a fin de preservar los intereses institucionales del INR.</p> <p>8.Si bien el INR cuenta con un Reglamento Interno de Trabajo, aprobado por el Director General, este no ha sido adecuadamente difundido a través de talleres u otros medios de comunicación interna al personal de la Institución. No se aprecia un listado resumen de la entrega del Reglamento Interno de Trabajo (RIT) al personal vigente de la Institución donde se consigne la fecha de entrega ni la firma del empleado, en señal de recepción, ni Actas en las que conste el conocimiento y análisis del RIT.</p> <p>Causa: Falta de mecanismos de difusión de las normas del Reglamento Interno de Trabajo (RIT), así como la especificación de los responsables de su difusión.</p>	<p>4. Desarrollar un Reporte de información periódico en el que se revele la situación actual de los procesos administrativos o procesos judiciales, a efectos de que se tomen las decisiones que correspondan.</p> <p>(Debilidades Nos. 8 y 9)</p> <p>PRIORIDAD: (P)</p> <p>5. Diseñar e implementar un plan de difusión del Reglamento Interno de Trabajo (RIT), previa entrega del mismo a todos los servidores del INR, Plan que podría incluir, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer a los responsables de la difusión del RIT. ✓ Comunicaciones periódicas a través del correo electrónico mediante las cuales, de manera didáctica, se haga de conocimiento y se expliquen las normas incluidas en dichos documentos. ✓ Charlas periódicas al personal. ✓ Afiches en lugares de alto tránsito del INR. <p>(Debilidades N° 10)</p> <p>PRIORIDAD: (P)</p>
OFICINA DE PERSONAL - EQUIPO DE CONTROL DE ASISTENCIA		
<p>Ley de Bases de la Carrera Administrativa, aprobado con Decreto Legislativo N° 276 y su Reglamento.</p> <p>Reglamento de Control de Asistencia</p> <p>Directivas Internas</p> <p>Instructivos</p>	<p>9. Falta de sensibilización en el personal para cumplir con las disposiciones sobre permanencia y cumplimiento de la jornada laboral.</p> <p>Causa: No se prioriza el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales del INR.</p>	<p>6. Implementar controles orientados a preservar que el personal del INR cumpla con sus deberes funcionales, en el lugar de servicio en que ha sido asignado y aplicar sanciones ejemplares en aquellos casos que como resultado de dicho control se identifiquen incumplimiento de funciones y de la jornada laboral, sanciones que deben de ser comunicadas mensualmente a través de la INTRANET entre todos los servidores del INR.</p> <p>PRIORIDAD: (1, P)</p>

<u>OFICINA DE LOGISTICA - EQUIPO DE PROGRAMACIÓN</u>		
Personal calificado y con experiencia.	10. Personal muestra desinterés en su desempeño laboral. Causa: Resistencia al cambio.	7. Motivar y desarrollar al personal de acuerdo a los resultados logrados. PRIORIDAD: (P)
<u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN APRENDIZAJE</u> <u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA DEFICIENCIA INTELECTUALES DE ADAPTACION SOCIAL</u> <u>DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</u>		
El Personal Profesional y Administrativo, se encuentra capacitado y cuenta con capacitaciones recientes.	11. Asistencia parcial a los cursos programados Causa: Sobre carga de trabajo por insuficiente personal.	8. Rediseñar el Plan Anual de Capacitación, de modo tal, que se programen eventos de capacitación en los que realmente pueda participar masivamente el personal del INR, para lo cual deberá de considerarse las estadísticas de ausentismo del año anterior. PRIORIDAD: (P) 9. Establecer mecanismos, aprobados a través de una Resolución pertinente del INR, orientados a destacar a aquellos participantes de los cursos de capacitación que han aprobado con las más elevadas calificaciones y disponer el reembolso de los costos de capacitación por parte de quienes no aprobaron en las citadas capacitaciones, aspectos que deberán incluirse como méritos o deméritos, según corresponda en los legajos personales de cada servidor. PRIORIDAD: (1)
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN BIOMECÁNICA		
Adecuada redistribución de los procesos con personal de salud preparado para la atención de los pacientes.	12. Quejas por maltrato de parte de los pacientes. Causa: Personal Técnico de Ortesis y Prótesis con falta de preparación para entablar una comunicación adecuada con el paciente.	10. Implementar un sistema de Encuestas Periódico, en el que mensualmente se apliquen selectivamente a los usuarios del INR, a efectos de identificar a los servidores más atentos para difundirlo en la INTRANET y considerarlo como algo importante en un Plan de Estímulo que deberá implementarse a efectos de premiar estas actitudes que significan un engrandecimiento de la imagen institucional. Respecto a las continuas y repetitivas quejas, deberán investigarse y de sel el caso aplicar sanciones ejemplares, las que deberán difundirse en la INTRANET y anotarse en el rubro de Deméritos del Legajo Personal. PRIORIDAD: (P)
1.3.ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
1.El INR ha documentado la visión, misión, objetivos estratégicos y lineamientos de política institucional de la Entidad en el Plan Estratégico Institucional (PEI) para el período 2008-2012 - aprobado mediante Resolución Directoral N° 064-2009-SA-DG-INR de 17.Mar.2009, documentos de Gestión Institucional que se encuentran publicados en el Portal de Transparencia del INR www.inr.gob.pe .	1.Buena parte del personal de la entidad no conoce con precisión la visión, misión, objetivos estratégicos y lineamientos de política institucional en el Plan Estratégico Institucional (PEI) vigente. Causa: No han sido apropiadamente difundidos ni recordados periódicamente por parte de la Alta Dirección del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.	1. Comunicar de manera efectiva la misión, visión, objetivos estratégicos y lineamientos de política institucional del INR, a través de reuniones de trabajo y difusión por unidades orgánicas y evidenciándolo con Actas en las que se incluyan al personal CAP y CAS. PRIORIDAD: (P)
2. En cumplimiento a la Resolución Directoral N° 001-2005-EF/68.01 (Directiva para el seguimiento y	2.La Evaluación de Desempeño del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008-2012 del INR no se encuentra	2.Elaborar una Directiva Interna para la elaboración, seguimiento y evaluación periódica del Plan Estratégico Institucional (PEI) del INR, así como

<p>evaluación de los Planes Estratégicos Multianuales y Planes Estratégicos Institucionales) la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del INR remitió el Informe de Desempeño del PEI 2008-2012 del INR al Ministerio de Salud.</p> <p>3.El INR aprueba mediante Resolución Directoral el Presupuesto Institucional de cada año fiscal y realiza las evaluaciones del presupuesto de manera anual, semestral y trimestral de conformidad a la Directivas Internas de Ejecución y Control Presupuestal. Dicha información es remitida al Ministerio de Economía y Finanzas - MEF y al Ministerio de Salud- MINSa.</p>	<p>publicada en el portal web institucional, evaluación que al 31 de Diciembre del 2010 refleja las siguientes debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución en el fortalecimiento del rol normativo, rector, asesor y de investigación en Medicina de Rehabilitación a nivel nacional. ✓ Disminución en la consolidación de la descentralización en salud a través de la transferencia efectiva en Medicina de Rehabilitación con respecto a las acciones ejecutadas en los años anteriores. ✓ Disminución en las atenciones de discapacidad moderadas y severas ejecutadas en el 2010. La meta ejecutada al 2010 fue de 42 149 atenciones respecto a las 45 618 atenciones programadas, lo que representó un 14% menos que lo programado. <p>Causa:</p> <p>Falta de definición de lineamientos para la elaboración, seguimiento, evaluación y difusión del Plan Estratégico Institucional del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR, así como a la falta de equipos necesarios, soporte técnico y renuncia del profesional responsable.</p>	<p>su difusión interna y externa a través de la web institucional.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>3. Documentar, analizar y adoptar acciones correctivas sobre las brechas y disminución de producción reflejada en la Evaluación de Desempeño del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2008-2012, conforme se revela en la Debilidad N° 2 y proceder a establecer las necesidades prioritarias de equipos, soporte técnico y recursos humanos.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<p><u>OFICINA DE LOGÍSTICA</u></p>		
<p><u>EQUIPO DE ADQUISICIONES</u></p>		
<p>Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones para el Ejercicio Fiscal 2011 del Instituto Nacional de rehabilitación – INR.</p>	<p>3. Exceso de acumulación de procesos de selección durante el mes de diciembre</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de una adecuada programación</p>	<p>4.Programación adecuada de procesos de selecciona fin de cumplir con los plazos establecidos para la generación de contrato y órdenes de compra o servicio</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<p><u>OFICINA EJECUTIVA A LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ESPECIALIZADA</u></p>		
<p><u>BIBLIOTECA</u></p>		
<p>Se cuenta con Alianzas Estratégicas Interinstitucionales.</p>	<p>4.Necesidad de establecer oficialmente convenios con instituciones afines al CENDOC INR.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de propuesta de firma de convenio.</p>	<p>5. Coordinar con los demás institucionales cooperantes de la red peruana de bibliotecas en ciencias de la SALUD – REPEIS la adquisición y el acceso a los materiales bibliográficos de préstamo inter bibliotecario. Así como acceso a las bases de datos especializadas en investigación.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<p><u>OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO</u></p>		
<p><u>EQUIPO DE PRESUPUESTO</u></p>		
<p>Manual de Organización y Funciones – MOF.</p> <p>Manual de Procedimientos - MAPRO de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p> <p>Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones para el Ejercicio Fiscal 2011 del Instituto Nacional de rehabilitación – INR,</p>	<p>5. Excesivas solicitudes de modificaciones presupuestarias con carácter de urgente.</p> <p>6. Elaboración del Plan Anual de Contrataciones no se sujeta a los montos asignados en el PIA.</p> <p>7. Provisión de bienes, servicios y activos financieros no es oportuna, a pesar de contar con presupuesto.</p>	<p>6. Incluir en el Plan Anual de Capacitación, cursos relacionados con la Programación de Gastos y en las evaluaciones de personal, incluir una sección en la que se evalúe la pertinencia de la programación efectuada por parte de las unidades orgánicas encargadas de tales tareas. Finalmente, en las futuras contrataciones de personal, considerar en los términos de referencia los requerimientos propios sobre experiencia y capacitación actualizada en materia de programación de gastos.</p>

	<p>8. No se considera el cuadro de necesidades, sólo se atiende por requerimiento a través de memo y/o informe.</p> <p>Todo lo cual ocasionaría observaciones por la OP/MINSA, debido a la poca capacidad de gastos y excesivas Notas Modificadorias en la evaluación de gestión.</p> <p>Causa: Inadecuada programación de gastos.</p>	<p>(Debilidades 5, 6, 7 y 8)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<p><u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN AMPUTADOS, QUEMADOS, Y TRASTORNOS POSTULARES</u></p>		
<p>Flujograma establecido para el desarrollo de actividades asistenciales, sanitarias y administrativas de todo el equipo multidisciplinario.</p> <p>Personal altamente especializado en el manejo de materiales y equipos que se usan a la atención a pacientes.</p>	<p>9. Actividades no programadas urgentes que impiden el desarrollo de las actividades programadas impidiendo su normal o completa realización.</p> <p>Causa: Inadecuada programación de actividades recurrentes.</p> <p>10. No existe un adecuado programa de mantenimiento de equipos que se usan en la atención a pacientes</p> <p>Causa: Carencia de formulación de Programas de mantenimiento de equipos médicos.</p>	<p>7. Impartir instrucciones precisas a todas las unidades orgánicas para que incluyan en el POA todas las tareas recurrentes que se desarrollan usualmente.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>8. Disponer que se formule un Plan Anual de Mantenimiento de equipos médicos, en el que se contemplen las necesidades de todas las unidades orgánicas del INR.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<p><u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN BIOMECÁNICA</u></p>		
<p>Se cuenta con la mayoría de equipamiento necesario, el cual aún es funcional.</p>	<p>11. Máquinas que cumplieron su tiempo de vida útil con muchos años de uso que continuamente presentan desperfectos.</p> <p>Causa: Ausencia de políticas de innovación tecnológica para el departamento de Biomecánica.</p>	<p>9. Reemplazo de todas las máquinas que cumplieron su tiempo de vida útil, previo estudio técnico especializado.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<p><u>1.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</u></p>		
<p><u>ASPECTOS GENERALES</u></p>		
<p>1.El Instituto Nacional de Rehabilitación – INR ha publicado los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás procedimientos) en su portal web.</p> <p>2.El INR cuenta con los siguientes Manuales de Procedimientos (MAPRO) Asistencial y Administrativos, tal y como se detalla;</p> <p>✓ Manual de Procedimientos MAPRO, Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en prevención de Riesgos y Promoción de la Salud - Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en prevención de Riesgos y Promoción de la Salud, aprobado con Resolución Directoral N° 059-2006-SA-DG-INR de 17.Feb.2006</p>	<p>1. Oficina de Comunicaciones del INR no ha implementado mecanismos recurrentes que aseguren que los colaboradores conozcan los documentos normativos (MOF, ROF, CAP y demás procedimientos, directivas e instructivos) que regulan las actividades de la Entidad.</p> <p>Causa: No tener conocimiento del impacto positivo que genera la difusión periódica de los reglamentos internos MOF, ROF, CAP y demás procedimientos.</p> <p>2. El Manual de Procedimientos del INR no refleja todas las tareas y actividades que se llevan a cabo en</p>	<p>1. Estructurar y poner en práctica un plan de difusión anual de los documentos normativos vigentes: MOF, ROF, CAP, Mapa de Procesos, Manuales de procedimientos y demás y directivas que regulan las actividades del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. Dicho plan podría incluir, entre otros lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicaciones periódicas a través del correo electrónico en las que se mencionen los principales cambios en los referidos documentos normativos. ✓ Charlas o capacitaciones periódicas al personal. ✓ Elaboración de un documento mediante el cual el personal declare su conocimiento y adherencia a los documentos normativos. <p>(Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación de Funciones Mentales. ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en ayuda al Diagnóstico y Tratamiento – INR, aprobado con Resolución Directoral N° 075-2006-SA-DG-INR de 02.Mar.2006. ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en ayuda al Diagnóstico y Tratamiento – INR, aprobado con Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009. ✓ Manual de Procedimientos Oficina de Gestión de calidad - OGC. ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección General, aprobado con Resolución Directoral 063-2009-SA-DG-INR de fecha 11 de marzo de 2009. ✓ Manual de Procedimientos de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Funciones Motoras aprobado con RD. 094-2009-SA-INR de fecha 28 de abril de 2009. ✓ Manual de Procedimiento de la Oficina de Cooperación Científica Internacional aprobado con RD 020-2006-SA-DG-INR de fecha 26 de enero de 2006. ✓ Manual Procedimientos de Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Prevención de Riesgos y Promoción de la Salud, aprobado con RD. 059-2006-SA-DG-INR de fecha 17 de febrero de 2006. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, aprobado con RD. 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Comunicaciones aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Control Institucional, aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Epidemiología aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, aprobado con RD 214-2005-SA-DG-INR de fecha 31 de octubre de 2005. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Estadística e Informática aprobado con RD 074-2006-SA-DG- INR de fecha 02 de marzo de 2006. ✓ Manual de Procedimientos de la 	<p>cada unidad orgánica y departamento; asimismo, existen tareas y actividades que no se ejecutan, pero que se reflejan en el citado MAPRO. Ejemplo: El MAPRO de la Oficina de Gestión de la Calidad del INR, no contiene los procedimientos de Quejas y Sugerencias, actividades que viene siendo desarrolladas en la actualidad por la Oficina de Comunicaciones.</p> <p>Causa: La labor efectuada por la Consultora encargada de diseñar el Manual de Procedimientos, no fue validada suficientemente con las unidades orgánicas del INR.</p> <p>3. El Reglamento de Organización de Funciones (ROF) del INR fue aprobado el año 2006 y se encuentra desactualizado porque no se observó el cumplimiento de los nuevos lineamientos en el Sector Salud formulados por el Ministerio de Salud – MINSA.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia de tener actualizado el ROF y que se constituya como un documento que aligere y favorezca la gestión institucional.</p> <p>4. El INR no cuenta con un MAPA DE PROCESOS.</p> <p>Causa: No se ha considerado lo importante que significaría para el INR contar con un Mapa de Procesos.</p>	<p>2. Actualizar el Manual de Procedimientos (Asistenciales y Administrativos) incluyendo como mínimo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objetivo del proceso. ✓ Dueño del proceso. ✓ Actividades de inicio y fin. ✓ Actividades secuenciales del proceso. ✓ Responsables que participan en el proceso (preparadores, registradores, revisores, aprobadores). ✓ Productos de entrada y salida. ✓ Información (reportes) que fluye en el proceso. ✓ Sistemas que se utilizan. ✓ Riesgos inherentes al proceso y controles existentes que ayuden a mitigarlos. <p>(Debilidad 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>3. Culminar con la actualización del ROF del INR, dispuesta por R.M. 027-2011/MINSA, debiendo considerarse los Lineamientos en el Sector Salud formulados por el Ministerio de Salud – MINSA.</p> <p>(Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>4. Disponer la emisión de un MAPA DE PROCESOS en el que se reflejen todos los procesos y subprocesos del INR</p> <p>(Debilidad 4)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
--	--	--

<p>Oficina de Servicios Generales aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Personal aprobado con RD 077-2006-SA-DG-INR de fecha 02 de marzo de 2006. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Logística aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina Ejecutiva de Administración aprobado con RD 076-2006-SA-DG-INR de fecha 02 de marzo de 2006. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Economía aprobado con RD 250-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos del Departamento de Enfermería, aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. ✓ Manual de Procedimientos de la Oficina de Asesoría Jurídica, aprobado con RD 250-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de noviembre de 2010. <p>Todos los Manuales de Procedimientos citados cuentan con sus respectivos documentos de aprobación.</p>		
OFICINA DE PERSONAL		
BIENESTAR DE PERSONAL		
<p>5. Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Personal, Equipo de Remuneraciones, Oficina de Cooperación Científica Internacional, Oficina de Epimiología, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.</p>	<p>5.El MOF se encuentra desactualizado porque no refleja nuevas funciones que se han asignado en los últimos años, según lo manifiestan la: Oficina de Personal, Equipo de Remuneraciones, Oficina de Cooperación Científica Internacional, Oficina de Epimiología, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>Causa: Carencia de monitoreo.</p>	<p>5. Actualizar el MOF, incluyendo todas las funciones que actualmente se ejecutan.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA COMUNICACIONES		
<p>Docencia de Pregrado y Post grado en discapacidades de la comunicación.</p>	<p>6.Insuficiente números de investigaciones en rehabilitación de discapacidades de la comunicación.</p> <p>Causa: Recursos humanos no especializados en realización de investigaciones.</p>	<p>6. Priorizar capacitación en la especialidad de discapacidad de la comunicación.</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>7. Coordinar con cooperación científica internacional para identificar y promover la capacitación especializada del personal</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p>
1.5. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS		
ASPECTOS GENERALES		
<p>1.El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores - INR" cuenta con Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas, Cuadro</p>	<p>1. En la actualidad no se ha logrado cubrir la totalidad de los puestos previstos en el CAP.</p> <p>Causa:</p>	<p>1.Emitir un Informe en el que se revele la procedencia legal y financiera de cubrir progresivamente la totalidad de las plazas previstas en el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del INR.</p>

<p>para Asignación de Personal (CAP), Presupuesto Analítico de Personal (PAP), Plan Anual de Capacitación del Año 2010 aprobado con Resolución Directoral N° 103-2009-SA-DG-INR, Normas para la Capacitación y Directivas Internas que regulan la gestión de los recursos humanos.</p> <p>2. El INR cuenta con un total de 505 trabajadores distribuidos por unidades orgánicas y funcionales, de los cuales 316 son servidores públicos y 189 personal contratado bajo la modalidad CAS.</p> <p>3. Según el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) aprobado con Resolución Directoral N° 340-2011-MINSA del 03 de May. de 2011 se tiene un total de 368 puestos asignados en cada una de las Direcciones y Unidades Orgánicas de los cuales 316 plazas se encuentran ocupadas y 52 plazas se encuentran previstas.</p>	<p>Falta de disponibilidad presupuestal.</p> <p>2. No se encuentran actualizados los legajos del personal nombrado y contratado que labora en el INR, así como no se han emitido disposiciones que hagan efectiva dicha actualización.</p> <p>Causa: No se han definido los mecanismos operativos orientados a mantener actualizados los legajos del personal administrativo y asistencial y tener un control pertinente de ellos en el archivo institucional.</p> <p>3. Insuficiente capacitación especializada y necesaria que permita el desarrollo adecuado de diversas actividades que tienen a su cargo las unidades orgánicas del INR.</p> <p>Causa: La dirección de docencia y comité de becas no aprueban las capacitaciones solicitadas, aspecto en el que incide el insuficiente presupuesto.</p>	<p>(Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. Formular una Directiva interna que contenga procedimientos para la actualización y administración de los legajos de personal del INR. (Debilidad 2)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>3. Establecer un cuadro de necesidades de capacitación por unidad orgánica, en el que se prioricen aquellos cursos que permitan lograr un mejor desempeño del personal en función de los objetivos prioritarios del INR y que permitan la adecuada atención de los usuarios del Instituto Nacional de Rehabilitación. (Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>DIRECCIÓN GENERAL</u>		
<p>Personal profesional y técnico se encuentra capacitado y actualizado.</p>	<p>4. No se cuenta con programa preestablecido, que permita mejorar labor de Supervisión Técnica.</p> <p>Causa: Limitado número de personal capacitado para asumir elaboración de programa y estudio de tiempos tanto en lo concerniente a la Dirección General como en las diferentes unidades orgánicas.</p>	<p>4. Desarrollar mecanismos, políticas y procedimientos adecuados para la evaluación técnica del personal del INR; así como plan de monitoreo orientado a verificar el cumplimiento de los programas de supervisiones preestablecidas. (Debilidad 4)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>OFICINA DE ECONOMÍA</u>		
<p>Se cuenta con personal idóneo en las áreas administrativas y las labores se desarrollan en equipo.</p>	<p>5. Personal poco motivado para cumplir con sus tareas y actividades, por un nivel remunerativo que no satisface las expectativas del personal.</p> <p>Causa: Carencia de un Plan de Estímulo para premiar labores destacadas y bajo nivel remunerativo.</p>	<p>5. Efectuar gestiones orientadas ante el MINSA y el MEF, gestiones orientadas a elevar el nivel remunerativo del personal del INR. PRIORIDAD: (1)</p> <p>6. En base a la disponibilidad presupuestal, implementar en función a los resultados de la evaluación de personal, un Plan de Estímulos, Reconocimiento y Valoración del personal, que contemple, entre otros, capacitaciones distinguidas, pasantías, felicitaciones públicas u otros. PRIORIDAD: (1)</p>
<u>OFICINA DE PERSONAL</u>		
<u>EQUIPO DE CONTROL DE ASISTENCIA</u>		
<p>Ley de Bases de la Carrera Administrativa, aprobado con Decreto Legislativo N° 276 y su Reglamento.</p>	<p>6. Falta de sensibilización en el personal para cumplir con las disposiciones normativas sobre</p>	<p>7. Aprobar la implementación de un renovado sistema de control de asistencia y permanencia en sus puestos de trabajo, en el que se</p>

<p>Reglamento de Control de Asistencia</p> <p>Directivas Internas</p> <p>Instructivos</p> <p>Se cuenta con Personal Profesional con criterio para la aplicación de los procedimientos en el Control de Asistencia.</p>	<p>permanencia y cumplimiento de la jornada laboral, situación de alto riesgo que se asocia a pagos indebidos de remuneraciones.</p> <p>Causa:</p> <p>Carencia de controles eficaces.</p> <p>7. Sobre carga de documentos emitidos por las unidades orgánicas, respecto a: cambio de horarios, exceso de horas, días libres, situación que sobrecarga las labores que ejecuta el Equipo de Control de Asistencia.</p> <p>Causa:</p> <p>Carencia de una oportuna programación de dichas actividades y no existe un reglamento que norme su aplicación adecuada.</p>	<p>comprometa en dicho control, bajo responsabilidad, a los Jefes de las Oficinas y de los Equipos, para lo cual, la Oficina de Control de Asistencia deberá efectuar labores periódicas de supervisión, a efecto de asegurarse que dichos controles funcionan de manera eficaz y de no ser así, emitir los informes correspondientes de supervisión, en el que se identifique al personal que no ha cumplido con la jornada laboral establecida, así como a los responsables de las unidades orgánicas que por omisión permitieron que ocurran estas situaciones, a fin de aplicarse las sanciones que correspondan, previo proceso administrativo correspondiente.</p> <p>(Debilidad N°6)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>8. Emitir una norma interna en la que se establezcan plazos perentorios para que con la debida oportunidad se informe y se registre la información relacionada con cambio de horarios, exceso de horas, días libres u otros similares, a fin de que se pueda efectuar un adecuado control sobre dichos aspectos.</p> <p>(Debilidad N°7)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>9. Reforzar con un servidor adicional al Equipo de Control de Asistencia, a efecto de que pueda realizar de manera efectiva las tareas que le corresponden.</p> <p>(Debilidades 6 y 7)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>OFICINA DE LOGÍSTICA</u>		
<p>Se cuenta con un asesor legal externo para la revisión de los contratos emitidos.</p>	<p>8. No se realiza un seguimiento de contratos, que permita el cumplimiento de las garantías obtenidas por la adquisición de bienes y servicios, situación de alto riesgo considerando que podría significarle al INR la materialización de perjuicios económicos.</p> <p>Causa:</p> <p>Se carece del personal que cuente con el perfil adecuado que permita la aplicación efectiva del citado control.</p>	<p>10. Rotar a la Oficina de Logística al personal que reúna el perfil técnico necesario que permita hacer un adecuado seguimiento del cumplimiento contractual o contratar vía CAS al personal que reúna dicho perfil.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>EQUIPO DE CONTROL PATRIMONIAL</u>		
<p>Se cuenta con personal nombrado y CAS suficiente para cubrir el déficit.</p> <p>Existen equipos electrónicos efectivos y capaces de llevar eficazmente los programas de SIMI 3.5 y SIGA Patrimonio.</p>	<p>9. Conocimientos insuficientes en: sistema SIMI 3.5; SIGA patrimonio; procesos de baja, venta, saneamiento y disposición final de bienes muebles; inventario patrimonial de los bienes muebles e inmuebles; directivas de la SBN; reglamentos internos del manejo de los bienes asignados. Situación que repercute en el logro de las metas por la lentitud con la que se efectúan las tareas y actividades que desarrollan las unidades orgánicas del INR.</p> <p>Causa:</p>	<p>11. Incorporar en el Plan Anual de Capacitación eventos relacionados con: manejo de procesos de SIMI 3.5; SIGA patrimonio; procesos de baja, venta, saneamiento y disposición final de bienes muebles; directivas de la SBN; normas internas sobre manejo de bienes asignados; inventario patrimonial de los bienes muebles e inmuebles.</p> <p>12. Implementar talleres de información sobre manejo patrimonial dirigido de directivos, jefes y coordinadores de las diferentes unidades orgánicas, relacionadas a las normas legales, directivas de la SBN, reglamentos internos del manejo de información sobre disposición, desplazamiento de bienes y seguridad en el manejo de los bienes asignados entre otros aspectos.</p>

	Insuficiente capacitación.	PRIORIDAD: (1)
BIBLIOTECA		
Único Centro de Documentación a nivel nacional que acopia materiales Bibliográficos Especializados en temas de Medicina Física y Rehabilitación.	10. Desactualización de material bibliográfico especializado en temas de medicina física y rehabilitación. Causa: No se ha considerado lo importante que significaría para el cumplimiento de sus funciones, tener actualizado el referido material bibliográfico especializado.	13. Gestionar donaciones de materiales bibliográficos actualizados especializados en temas de medicina física y rehabilitación, así como implementar un proceso paulatino de adquisición en función a la disponibilidad presupuestal existente. PRIORIDAD: (3)
<u>OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO</u>		
EQUIPO DE PLANES – OEPE – INR		
Resolución Ministerial N° 2012-MINSA "Directiva Administrativa N° MINS/OGPP-2012v.01 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2012 del Pliego – 011-MINSA.	11. Insuficiente recurso humano profesional para desarrollar trabajos especializados como: construcción de Indicadores, desarrollo de estrategias a corto y largo plazo, análisis de Matrices, evaluación por indicadores, interpretación de los planes de desarrollo, evaluar los planes estratégicos y evaluación de los planes de desarrollo de las Unidades Orgánicas. Causa: Desconocimiento de la Normatividad y falta de capacitación del personal.	14. Incorporar en el Plan Anual de Capacitación eventos relacionados con: Indicadores; desarrollo de estrategias a corto y largo plazo; análisis de Matrices; interpretación de los planes de desarrollo; evaluación de planes estratégicos y evaluación de los planes de desarrollo. PRIORIDAD: (2) 15. Rotar al Equipo de Planes, el personal que reúna el mencionado perfil y merituar la necesidad de contratar vía CAS al profesional que cumpla con dichas características. PRIORIDAD: (2)
<u>OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA</u>		
Personal con competencias técnicas y capacitación para trabajar en el área.	12. En la rotación del personal no se ha contemplado el perfil de competencias que debería de reunir quienes laboran en la Oficina de Estadística e Informática, situación que incide en el adecuado cumplimiento de las funciones. Causa: No se valora la necesidad de contar con recurso humano calificado para las actividades de la OEI.	16. Disponer que en toda rotación de personal se considere el perfil de competencias que se necesita en cada unidad orgánica. PRIORIDAD: (P)
<u>OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA</u>		
	13. Falta continuidad de las actividades de salud Ocupacional. Causa: No se cuenta con personal para el Área de salud ocupacional, para dar sostenibilidad e implementación a la seguridad y salud en el trabajo.	17. Proporcionar el personal especializado que resulte necesario que permita el pleno desarrollo de las actividades de salud ocupacional. PRIORIDAD: (3)
<u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS COMUNICACIONES</u>		
Coordinaciones con CEPRI ESSALUD, se gestiona la creación de un Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del INR, se ha elaborado el programa anual de seguridad y salud en el trabajo.	14. Recursos humanos poco estables por reflejarse un alto nivel de deserción. Causa: Las condiciones en las que desarrollan sus actividades no colman sus expectativas como para desarrollar una	18. Efectuar un estudio para determinar las causas principales asociadas al alto nivel de deserción y diseñar un programa de mediano plazo orientado a revertir dichas causas. (Debilidad 14) PRIORIDAD: (3) 19. Coordinar con cooperación científica

	<p>carrera profesional en el INR.</p> <p>15. Insuficientes recursos humanos especializados en discapacidades de la comunicación.</p> <p>Causa:</p> <p>Insuficiente capacitación especializada.</p>	<p>internacional para identificar y promover la capacitación de especializada del personal en discapacidades de la comunicación y programar dicho evento en el Plan Anual de Capacitación..</p> <p>(Debilidad 15)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS</u>		
<p>El personal cuenta con conocimientos de alta tecnología para el uso y manejo de los equipos especializados.</p>	<p>16. Dificultades para operar de modo óptimo los equipos adquiridos.</p> <p>Causa:</p> <p>Insuficiente capacitación.</p>	<p>20. Establecer una norma interna en la que se establezca de modo obligatorio las capacitaciones que sean necesarias a fin de operar de modo óptimo los equipos adquiridos.</p> <p>(Debilidad 16)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTOR Y DOLOR</u>		
<p>Profesionales altamente calificados para realizar docencia de pre y post grado. Se realiza investigación en el campo de su competencia.</p>	<p>17. No se establece el número de residentes rotantes por año.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de planificación.</p> <p>18. No se realizan estudios suficientes de investigación.</p> <p>Causa:</p> <p>Se carece de tiempo suficiente por las numerosas actividades que se realizan.</p> <p>19. No hay control por las jefaturas de las actividades que realizan los docentes con los alumnos de tecnología médica.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de coordinación del área de docencia con las jefaturas del departamento, para supervisar a docentes de pregrado.</p>	<p>21. Planificar con la debida oportunidad la rotación de residentes con las diferentes universidades.</p> <p>(Debilidad 17)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>22. Evaluar las necesidades de personal que requiere el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motor y Dolor, de modo tal que puedan desarrollar suficientes estudios de investigación.</p> <p>(Debilidad 18)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>23. Establecer un Plan de Supervisión a las actividades que realizan los docentes con los alumnos de tecnología médica, en el que se establezcan procedimientos y responsabilidades.</p> <p>(Debilidad 19)</p> <p>PRIORIDAD: (P)</p>
1.6. COMPETENCIA PROFESIONAL		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1.El INR cuenta con Manual de Organización y Funciones (MOF) de las Direcciones, Departamentos y Oficinas del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, en cuya parte de las <u>Fichas de Descripción de Cargos o Puestos de Trabajo</u> describen las capacidades, habilidades y requerimientos mínimos de los perfiles profesionales, aprobados con Resolución Directoral N° 172-2004-SA-DG-INR de 13.Set.2004, Resolución Directoral N° 114-2009-SA-DG-INR de 08.May.2009, Resolución Directoral N° 294-2010-SA-DG-INR de 30.Dic.2010.</p>	<p>1.El Manual de Organización y Funciones – MOF con respecto a los perfiles (requisitos mínimos) del personal conformante del INR, no establece en algunos casos, competencias de acuerdo a las necesidades actuales, así como de la problemática del sector, como por ejemplo en el OCI, se requiere un profesional de la salud y en la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico se requiere un médico con experiencia y conocimientos en planeamiento estratégico.</p> <p>Causa:</p> <p>No existen actividades de monitoreo orientadas a identificar periódicamente</p>	<p>1. Actualizar el Manual de Organización y Funciones – MOF de acuerdo al perfil de competencias que se requiere a efecto de establecer los requerimientos mínimos profesionales y de experiencia que posibiliten el adecuado cumplimiento de funciones.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>

	las competencias que se requieren para un adecuado ejercicio de las funciones.	
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN		
<p>Personal profesional con experiencia en los sistemas administrativos.</p> <p>Disponibilidad Presupuestal de acuerdo a la necesidad presentada.</p> <p>Bienes y Equipos disponibles para el cumplimiento de funciones.</p>	<p>2. Retraso en la ejecución de los procesos de adquisición respecto a requerimientos programados y no programados, ocasionando insatisfacción en los usuarios por lentitud de los procesos y en consecuencia insuficiencia de materiales, insumos y equipos para la entidad, así como el incumplimiento de metas y objetivos institucionales. Al respecto, el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Unidad Motor y Dolor, refiere que no se cumple con entregarles los insumos y materiales que están programados para ser entregados mensualmente, perjudicando la atención del paciente.</p> <p>Causa:</p> <p>Respecto a los requerimientos programados existen limitaciones en la Oficina de Logística para llevar a cabo adquisiciones oportunas y por los requerimientos no programados el retraso se debe a carencia de presupuesto.</p> <p>Insuficientes conocimientos respecto a la ejecución de los procesos de adquisición.</p> <p>3. Los requerimientos de Certificaciones Presupuestales son rechazadas en numerosas oportunidades y demora excesiva en su aprobación.</p> <p>Causa:</p> <p>No existe una suficiente coordinación con el área de programación de la oficina de logística, respecto de la adecuada utilización del clasificador presupuestal de gastos que incide en los rechazos, además de que no se han establecido plazos máximos para la emisión de las Certificaciones Presupuestales.</p> <p>4. Insuficiente e inoportuno mantenimiento afecta la operatividad de los equipos y limita el cumplimiento de actividades, considerando que la falta de mantenimiento ha ocasionado que los equipos dejen de funcionar y exista demasiada demora en la atención de su reparación, afectando las actividades programadas, conforme lo manifiesta la Oficina Ejecutiva de Administración y el</p>	<p>2. Incluir en el Plan Anual de Capacitación, cursos relacionados con el proceso de Adquisiciones y en las evaluaciones de personal incluir una sección en la que se evalúe la oportunidad con la que se han efectuado las adquisiciones. Finalmente, en las futuras contrataciones de personal, considerar en los términos de referencia los requerimientos propios sobre experiencia y capacitación actualizada en materia de adquisiciones.</p> <p>(Debilidad 2)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>3. Diseñar un Formato en el que se consideren los gastos más usuales y el Código del Clasificador de Gastos que le corresponde, Formato que debe estar colgado en la INTRANET del INR para que sirva de consulta obligatoria por parte de las unidades usuarias y para aquellos casos no contemplados en dicho Formato, establecer procedimientos simplificados de coordinación.</p> <p>(Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>4. Establecer plazos máximos para la emisión de las Certificaciones Presupuestales.</p> <p>(Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>5. Establecer un cronograma de mantenimiento anual, en el que se prioricen, en función de las necesidades institucionales, los equipos a los que se les va a dar el mantenimiento y reparación de los equipos, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.</p> <p>(Debilidad 4)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>

	<p>Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico.</p> <p>Causa:</p> <p>La falta de disponibilidad presupuestal, conlleva a retrasar el mantenimiento preventivo de los equipos.</p>	
OFICINA DE PERSONAL		
EQUIPO DE CONTROL DE ASISTENCIA		
<p>Sistema Informático para el desarrollo de actividades de control de asistencia.</p>	<p>5. Mantenimiento insuficiente del sistema informático que afecta el desarrollo de las tareas a su cargo al retrasar el proceso de información en el sistema de control de asistencia.</p> <p>Causa:</p> <p>No se cumple con el programa establecido.</p>	<p>6. Que la Oficina de Estadística e Informática, rediseñe las actividades a su cargo priorizando el mantenimiento periódico y oportuno el sistema de control de asistencia y desarrollar un programa de contingencia sobre dicho particular. (Debilidad 5)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
OFICINA DE LOGÍSTICA		
<p>Cuadro de Necesidades consensuado con la DG-OEPE-OEA-INR.</p>	<p>6. Inadecuada programación de la atención de las necesidades.</p> <p>Causa:</p> <p>No están suficientemente relacionadas las actividades programadas y las necesidades requeridas por las diferentes unidades orgánicas del INR, al momento de elaborar los planes operativos y al diseñar los cuadros de necesidades.</p>	<p>7. Mejorar las relaciones de coordinación entre la OEA, logística y la OEPE – planificación y presupuesto, en el marco de la formulación de los planes de corto, mediano y largo plazo, a fin de definir las posibilidades de adquisición de bienes, servicios, equipos u obras, a fin de brindar un servicio integral que favorezca a los usuarios del INR. (Debilidad 6)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
EQUIPO DE CONTROL PATRIMONIAL		
<p>Toma de Inventario del Activo Fijo, Bienes asignados no depreciables y de existencias.</p> <p>Existencias de Directivas y Procedimientos para donaciones nacionales e internacionales y comité de donación del INR.</p>	<p>7. Lentitud en la tramitación de expedientes de aceptación de donaciones (mesa de partes, dirección general, OEA y oficina de logística), así como en la verificación física por parte de los funcionarios del MINSa-DIGIEM, DIRESA Callao, situación señalada también por la Oficina de Comunicaciones.</p> <p>8. Lentitud en los procesos de desaduanaje de donaciones externas y en la atención de los pagos por dicho concepto.</p> <p>Ambas situaciones podrían originar gastos en exceso por concepto de almacenamientos y el incumplimiento de actividades de donaciones programadas.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia de estos hechos, que podrían acarrear observaciones asociadas a pagos en exceso que afecten al Estado Peruano.</p> <p>9. Lentitud en el proceso de toma de inventarios de los bienes del almacén general y bienes patrimoniales del INR.</p> <p>Causa:</p>	<p>8. Establecer procedimientos claros y simplificados de coordinación entre las unidades orgánicas involucradas en la tramitación de las donaciones del INR y los funcionarios del MINSa-DIGIEM-DIRESA callao, con la finalidad de que los tiempos se reduzcan en los trámites administrativos para la verificación física de los bienes donados y se aligeren los procesos de desaduanaje. (Debilidades 7 y 8)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>9. Priorizar los pagos por concepto de desaduanaje de bienes de donación del exterior a fin de evitar los pagos de sobrestadía de los bienes donados que se encuentran almacenados. (Debilidad 8)</p> <p>PRIORIDAD: (1, P)</p> <p>10. En cada inventario de fin de año, nombrar en cada unidad orgánica a un coordinador de inventario, a efecto de agilizar y brindar las facilidades necesarias a quienes efectuarán la toma de inventarios. (Debilidad 9)</p> <p>PRIORIDAD: (P)</p> <p>11. Resumir y publicar en la INTRANET del INR los procedimientos establecidos para desplazar los bienes y equipos del INR,</p>

	<p>Pocas facilidades para el trabajo de los equipos de inventariadores.</p> <p>10. Desplazamiento inadecuado de los bienes asignados en los diferentes departamentos asistenciales y administrativos, sin contar con las autorizaciones respectivas y el registro oficial de dicha reasignación.</p> <p>Causa: Desconocimiento de las normas sobre la materia.</p> <p>11. Negación a firmar las planillas de inventarios terminadas, por parte de los responsables de diferentes unidades orgánicas.</p> <p>Causa: Desconocimiento de las normas sobre la materia.</p>	<p>precisando las responsabilidades que devendrían para los usuarios a quienes se les ha asignado dichos bienes y equipos en caso ocurra algún daño o pérdida. (Debilidad 10)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>12. En los procedimientos establecidos para cada inventario anual, precisar la responsabilidad que tienen los responsables de cada unidad orgánica de suscribir las planillas de inventarios, indicando además que en caso de incumplimiento se aplicarán los procedimientos establecidos en la Ley del Código de Ética de la Función Pública, por transgresión del Principio de Lealtad y Obediencia. (Debilidad 11)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
EQUIPO DE ALMACÉN		
<p>Se ha identificado todos los bienes que no tiene movimiento dentro del almacén central, inclusive bienes de ayuda Biomecánicas.</p> <p>Se han identificado las mermas de almacén de Ayudas Biomecánicas para efectuar la Baja correspondiente.</p>	<p>12. Los productos sin movimiento no logran ser transferidos con oportunidad a otros nosocomios del sector.</p> <p>Causa: Insuficiente difusión de los productos sin movimiento.</p> <p>13. No se efectúa de modo oportuno la baja de las mermas que se encuentran plenamente identificadas, situación que repercute en la idoneidad de dicha información y que significa que nuevamente se tenga que contar, pesar, medir, etc. duplicando esfuerzos.</p> <p>Causa: Carencia de procedimientos específicos para el tratamiento de las mermas.</p>	<p>13. Se requiere implementar un link en la página web del INR en el que incluya una relación de los productos sin movimiento, a fin de que los nosocomios interesados puedan acceder a dicha información. (Debilidad 12)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>14. Establecer procedimientos y plazos que regulen el tratamiento específicos de las mermas en el INR. (Debilidad 13)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO</u>		
EQUIPO DE PRESUPUESTO		
<p>Manual de Organización y Funciones - MOF.</p> <p>Manual de Procedimientos - MAPRO</p>	<p>14. Entrega de información de la evaluación de gestión al MINSa fuera de la fecha y sin la revisión exhaustiva, lo que repercute en que el INR no sea considerado en la aprobación de nuevos créditos suplementarios o ser observados por el MINSa.</p> <p>Causa: La oficina de personal y logística no proporciona con oportunidad la información necesaria para su procesamiento a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.</p>	<p>15. Establecer plazos perentorios de entrega de información y definir las sanciones que se aplicarán en casos de incumplimiento. PRIORIDAD: (1)</p>

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN BIOMECÁNICA		
Incremento En la demanda por parte de usuarios. Políticas de Mejora Continua.	<p>15. Demora en los tiempos de entrega de los productos confeccionados, además de las constantes observaciones a dichos productos, así como la existencia de retrasos en su valorización.</p> <p>Causa:</p> <p>Procedimientos desactualizados respecto a implementar nuevas técnicas.</p> <p>16. Inadecuado sistema de control de productos en abandono.</p> <p>Causa:</p> <p>Ausencia de procedimientos, a través de una normativa dirigida para tal fin.</p>	<p>16. Actualización del Manual Técnico Administrativo del departamento, estableciendo, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de control de calidad. ✓ Plazos máximos de entrega que sean de pleno conocimiento de los usuarios. ✓ Plazos máximos para efectuar la valorización. ✓ Procedimientos que regulen el tratamiento de los productos en abandono. <p>(Debilidades 16 y 17)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS COMUNICACIONES		
Realiza Docencia de Pre grado y Post grado en discapacidades de la comunicación.	<p>17. Insuficiente número de investigaciones en rehabilitación de discapacidades de la comunicación</p> <p>Causa:</p> <p>Recursos humanos no especializados en realización de investigaciones, quienes a su vez deben realizar múltiples funciones: investigación, docencia, asistencial, auto capacitación, labores administrativas, diseño de normas y procedimientos, debiendo realizar o priorizar unas actividades en desmedro de otras.</p>	<p>17. Coordinar con cooperación científica internacional para identificar y promover la capacitación especializada del personal en la especialidad de discapacidad de la comunicación.</p> <p>(Debilidad 18)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p> <p>18. Incorporación de recursos humanos especializados en investigación.</p> <p>(Debilidad 18)</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p>
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		
Se cuenta con una estructura orgánica y con Guías de Atención.	<p>18. Guías de Atención se encuentran desactualizadas.</p> <p>Causa:</p> <p>Tiempo insuficiente para actualizar las Guías de Atención.</p>	<p>19. Dotar de personal capacitado que permita la actualización de las Guías de Atención.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
1.7. ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD		
ASPECTOS GENERALES		
<p>1. La autoridad y responsabilidad del personal están definidas en los Manuales de Organización de Funciones (MOF), en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), así como en los procedimientos documentados para cada una de las áreas. En dichos documentos se describen las funciones de cada puesto y las relaciones de la autoridad y coordinación de los mismos.</p>	<p>1. No todos los Comités (Asistenciales y Administrativos) establecidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación, cuentan y conocen a cabalidad las funciones y responsabilidades que le corresponden.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de documentación y difusión de normativa interna que regule el accionar de los Comités.</p>	<p>1. Difundir en todos los Comités vigentes, a través de charlas y /o discusiones las funciones y responsabilidades que les competen.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
1.8. ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL		
ASPECTOS GENERALES		
<p>1. El Órgano de Control Institucional (OCI) desarrolla actividades de control interno relacionadas con el cumplimiento de las normas del INR y de la Contraloría General de la</p>	<p>1. No se cuenta con personal calificado según se establece en la nueva Estructura Orgánica del Órgano de Control Institucional del INR para el cumplimiento en la ejecución de las</p>	<p>1. Solicitar a la Jefatura del OCI, que defina su perfil de competencias de su personal, a fin de que paulatinamente y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal se supla dicha necesidad; asimismo, establecer en el Plan</p>

<p>República y como resultado de las mismas emite informes periódicos a Jefatura Institucional indicando las observaciones encontradas y las recomendaciones propuestas para subsanar las debilidades de control.</p>	<p>acciones de control programadas relacionado a las áreas asistenciales.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de disponibilidad presupuestal para la contratación de personal especializado.</p> <p>2. No se evidencia que el OCI efectúe un seguimiento de las medidas correctivas referidas a las recomendaciones contenidas en los informes resultantes de las Actividades de Control, Memorandos de Control Interno y Controles Preventivos.</p> <p>Causa:</p> <p>El OCI no cumple con sus obligaciones de hacer un pertinente seguimiento y de esta forma contribuir con la gestión institucional indicándole los aspectos pendientes o en proceso de implementación.</p>	<p>Annual de Capacitación del INR cursos especializados en control gubernamental para el citado personal.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>2. Gestionar ante el OCI del INR, que efectúe el seguimiento de las medidas correctivas referidas a las recomendaciones contenidas en los informes resultantes de las Actividades de Control, Memorandos de Control Interno y Controles Preventivos e informe periódicamente ante el Titular del INR sobre el estado situacional de dichas recomendaciones.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
---	---	--

2. EVALUACION DE RIESGOS

2.1. PLANEAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

ASPECTOS GENERALES		
<p>Por Implementar.</p>	<p>1. No se ha designado un "Comité de Riesgos", consecuentemente, no existen: Actas de trabajo o reunión del Comité de Riesgos, Matriz de Probabilidad e Impacto de Riesgos o un Plan de Administración de Riesgos aprobado.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, designar un "Comité de riesgos", desarrollar un Plan de Administración de Riesgos, así como diseñar una Matriz de Probabilidad e Impacto de Riesgos.</p> <p>2. No se ha desarrollado un Plan de Administración de Riesgos, bajo el enfoque COSO, donde incluyan las actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta, monitoreo y documentación de los 5 grupos de riesgos (estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento y de tecnología), a nivel del negocio y a nivel de procesos.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, el desarrollo de un Plan de Administración de</p>	<p>1. Nombrar un Comité de Riesgos en el INR, asegurándose que en su conformación se incluyan a algunos miembros de la Alta Dirección, estableciéndose entre otros, como parte de sus atribuciones y funciones lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniones periódicas. ✓ Actas de reunión con sus acuerdos. ✓ Elaborar y aprobar un Plan de Administración de Riesgos. ✓ Elaborar matrices de Probabilidades e Impacto de Riesgos. ✓ Capacitaciones periódicas de sus integrantes en materia de riesgos y controles según COSO. <p>(Debilidad N° 1)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. Establecer los lineamientos relacionados con la administración de riesgos y difundirlos entre las diferentes unidades orgánicas del INR, incluyendo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Metodología</u>: que incluye los métodos, herramientas y fuentes de información a utilizarse para realizar la gestión de riesgos. ✓ <u>Roles y Responsabilidades</u>: definición del líder y miembros de equipo para cada tipo de actividad del plan de gestión de riesgos, asignación de personas a cada rol y determinación de sus responsabilidades. ✓ <u>Presupuesto</u>: Asignación de recursos y estimación de costos. ✓ <u>Periodicidad</u>: Definición en qué momento y con qué frecuencia se realizará el proceso de gestión de riesgos durante la implementación; así como el establecimiento de las actividades a incluirse en el cronograma de trabajo. ✓ <u>Matriz de Ponderación</u>: Priorización de los

	<p>Riesgos y la implementación de un Comité de Riesgos.</p>	<p>riesgos en función a la probabilidad de ocurrencia e impacto en caso de ocurrencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Criterios de evaluación de Riesgo:</u> Decidir los criterios operativos, técnicos, regulatorios, legales, financieros, sociales, etc., con los cuales se evaluarán los riesgos, sobre la base de la probabilidad de ocurrencia e impacto financiero. <p>(Debilidad N° 1)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>3. Desarrollar el Plan de Administración de Riesgos, con participación de la Direcciones, Departamentos, Oficinas Administrativas y Órganos de Apoyo claves, adoptando el marco integrado de control interno COSO, el cual identifica 5 grupos de riesgos (estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento y de tecnología) a ser administrados. El Plan debería comprender la identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta, monitoreo y documentación de dichos riesgos; así como los responsables y plazos de culminación de las actividades definidas.</p> <p>(Debilidad N° 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>4. Previamente a ello, el Instituto Nacional de rehabilitación – INR, debe haber identificado los procesos principales y de soporte, adoptando en enfoque de procesos, riesgos y controles. Adicionalmente, se debería tener en cuenta que por cada riesgo identificado se requiere identificar una actividad de control (con sus características de naturaleza, tipo y frecuencia) y a un dueño de control encargado de su monitoreo continuo, a fin de evaluar su efectividad de diseño y operatividad. Es recomendable que el INR cuente con un equilibrio de controles preventivos y detectivos, así como manuales o automáticos dependientes de sistemas de información.</p> <p>(Debilidad N° 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
2.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>Existen normas que se relacionan con la identificación de riesgos, de acuerdo a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Protocolo de Prevención y Manejo de Deshechos Materiales Punzocortantes y de Accidentes de Punzocortantes. ✓ Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria – R.M. N°753-2004/MINSA. ✓ Plan de Gestión de Riesgos para Emergencias y Desastres – RD N°110-2009-SA-DG-INR. ✓ Plan de Contingencia por Influenza AH1N1 – RD N°152-2009-SA-DG-INR. ✓ Plan de Mantenimiento Preventivo Instituto Nacional de Rehabilitación Año 2010 – RD N°218-2010-SA-DG-INR. ✓ Plan Anual de Vigilancia, Prevención y Control de las 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No están identificados los riesgos significativos por cada objetivo estratégico, operativo, financiero o de cumplimiento. 2. No se han identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de las actividades de las unidades orgánicas, sub procesos y procesos del Instituto Nacional de rehabilitación - INR. 3. No se cuentan, ni se ha tomado en consideración, aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad) para la identificación de los riesgos. <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, aplicar procedimientos permanentes para identificar los riesgos internos y</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Comité de Riesgos deberá establecer un proceso de identificación de riesgos, considerando los 5 grupos de riesgos (estratégicos, operativos, financiero, de cumplimiento y de tecnología), el cual debería ser permanentemente, interactivo e integrado con el proceso de planeamiento. Este proceso debería tomar como punto de partida los objetivos estratégicos del INR y debe de partir identificando los riesgos a nivel de entidad y luego los riesgos a nivel de procesos. Asimismo, se debería contemplar entre otros, las siguientes técnicas para la identificación de riesgos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tormenta de ideas. ✓ Técnica Delphi (metodología para buscar consensos entre los responsables de gestionar el riesgo); ✓ Cuestionario y/o encuestas; ✓ Entrevistas; ✓ Análisis de fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas; ✓ Diagramación Ishikawa para la identificación de las causas de los riesgos; ✓ Preparación de matrices de inventario de

<p>Infecciones Intrahospitalarias – RD N°074-2011-SA-DG-INR.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de Evacuación 2010 – RD N°144-2010-SA-DG-INR. ✓ Plan Anual para la Autoevaluación de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias 2010 – RD N°153-2010-SA-DG-INR. ✓ Plan de Actividades de Vigilancia de Higiene de Manos – RD N°022-2011-SA-DG-INR. 	<p>externos que podrían ocasionar impactos significativos en el Instituto Nacional de Rehabilitación – INR.</p>	<p>riesgos (Matriz de riesgos y controles), donde se listen los riesgos.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
2.3. VALORACIÓN DE LOS RIESGOS		
ASPECTOS GENERALES		
<p>Por Implementar</p>	<p>1.El INR no ha determinado ni cuantificado la posibilidad de que ocurran los riesgos identificados (probabilidad de ocurrencia).</p> <p>2. El INR no ha cuantificado el efecto que pueden ocasionar los riesgos identificados (impacto).</p> <p>3. Los riesgos y su cuantificación de probabilidad e impacto no han sido documentados por el INR.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, aplicar procedimientos permanentes para valorar los riesgos internos y externos, respecto a su probabilidad de ocurrencia y el impacto que podrían ocasionar en el INR.</p>	<p>1.El Comité de Riesgos, debe establecer un proceso de valoración de los riesgos identificados, mediante la cuantificación de la probabilidad de ocurrencia y del impacto o efecto que cada riesgo tendría en las operaciones del Instituto Nacional de Rehabilitación – INR. Dicho proceso de valoración de riesgos debería contemplar entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El establecimiento de una escala cualitativa y cuantitativa para determinar la probabilidad de ocurrencia e impacto o efecto de cada riesgo. ✓ La documentación de una matriz de determinación de niveles de riesgo en función de la valoración, tanto de la probabilidad de ocurrencia como del impacto o efecto de cada riesgo. ✓ La documentación de los criterios utilizados para el establecimiento de las escalas cualitativas y cuantitativas, así como el análisis de las combinaciones de probabilidad e impacto que determinan la ponderación del riesgo. Esta documentación se debería realizar en la Matriz de Riesgos y controles. <p>PRIORIDAD: (1)</p>
2.4. RESPUESTA AL RIESGO		
ASPECTOS GENERALES		
<p>Por Implementar</p>	<p>1. El INR no ha establecido las acciones necesarias (controles) para afrontar los riesgos previamente identificados.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que tendría en la Entidad, adoptar los lineamientos establecidos en la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno, respecto de las bondades que resultarían de desarrollar planes orientados a dar una respuesta permanente a los riesgos previamente identificados, a fin de mitigar los impactos significativos que pudieran ocurrir en el INR.</p>	<p>1. Establecer que el Comité de Riesgos, tendrá la facultad de definir la estrategia de respuesta ante los riesgos identificados y valorados previamente, eligiendo una de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar el riesgo. ✓ Reducir o mitigar el riesgo. ✓ Compartir o transferir el riesgo. ✓ Asumir el riesgo. <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. En la Estrategia y actividades a cargo del Comité de Riesgos se debe contemplar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación del costo/beneficio de los controles a implementar o fortalecer. ✓ Evaluar el riesgo residual, luego de la determinación de las acciones a seguir para administrar los riesgos. ✓ Realizar seguimiento a las actividades de control definidas para los procesos, no solo focalizándose en la evaluación de la vulnerabilidad del riesgo, si no también, a través de actividades tales como: Observación de la ejecución del control, inspección a los responsables que ejecutan los controles clave, análisis de los resultados, conciliaciones y reportes a las instancias involucradas, con la finalidad de rediseñar las actividades de control que no cumplan con los

		<p>objetivos de mitigación trazados.</p> <p>✓ Documentar el proceso de respuesta a los riesgos, identificando la valoración de los riesgos identificados, las acciones a seguir determinadas, las actividades de control establecidas, el riesgo residual y los responsables de la implantación de las acciones a seguir. Esta documentación se debería realizar en la Matriz de riesgos y controles.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL		
3.1. PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. Los procedimientos de autorización y aprobación para las actividades que se desarrollan en cada una de las áreas están definidos de manera detallada en los Manuales de Organización y Funciones (MOF), Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y Manual de Procedimientos (MAPRO) específicos de cada área.</p>	<p>Debilidad no identificada.</p>	
3.2. SEGREGACIÓN DE FUNCIONES		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. La Segregación de Funciones se desarrollan en cada una de las áreas donde se encuentran definidos de manera general en los Manuales de Organización y Funciones (MOF) y en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF).</p>	<p>1. Se ha identificado que algunas funciones críticas de la entidad no presentan una adecuada segregación de funciones, tales como:</p> <p>✓ Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, cuyo Director es a la vez el Jefe de la Oficina de Cooperación Científica Internacional, situación que es incompatible debido a la naturaleza de sus funciones relacionadas a las labores de capacitación al personal del INR, así como la administración de los recursos y controlar el manejo presupuestal.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha realizado un análisis de segregación adecuado bajo el enfoque de procesos, riesgos y controles.</p>	<p>1. Evaluar la segregación de las funciones del personal en todos los procesos críticos de la entidad, considerándose las funciones que deberían ser evaluadas y segregadas en atención a las debilidades detectadas que mostramos.</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p>
<u>DIRECCION GENERAL</u>		
<p>Se cuenta con cuadros técnicos como apoyo a los Comités y Comisiones.</p>	<p>2. Trabajo encomendado a los Comités y Comisiones constituidas no se ejecuta dentro de plazos previstos, al producirse demoras en la elaboración de actas y en la ejecución de los acuerdos.</p> <p>Causa:</p> <p>Integrantes asumen diversas responsabilidades y no se cuenta con personal suficiente.</p>	<p>2. Contratar personal, para ejecución de actividades específicas y asignar las actividades expuestas a riesgo de error a diferentes personas o equipos de trabajo, para aliviar la carga laboral del personal y mitigar riesgos y se cumplan las actividades previstas.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>

3.3. EVALUACIÓN COSTO-BENEFICIO		
ASPECTOS GENERALES		
Por implementar.	<p>1. En el INR no se han establecido lineamientos para cuantificar el costo/beneficio de los controles establecidos en los procesos críticos.</p> <p>2. El INR no ha analizado si el costo de los controles establecidos para sus actividades están alineados a los resultados esperados (beneficios), y tampoco se toma en cuenta que el costo de establecer un control no supere el beneficio a obtener.</p> <p>Causa:</p> <p>Ausencia de políticas de evaluación del costo/beneficio de los controles establecidos para los procesos críticos de acuerdo a la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno en entidades públicas.</p>	<p>1. Establecer procedimientos para evaluar el costo/beneficio de los controles establecidos en los procesos críticos del INR, previo a la implementación de dichos controles. Dichos procedimientos deberían contemplar entre otros, los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar y cuantificar los costos de los controles claves. ✓ Cuantificar los beneficios de cada control clave. <p>PRIORIDAD: (2)</p>
3.4. CONTROLES SOBRE EL ACCESO A LOS RECURSOS O ARCHIVOS		
ASPECTOS GENERALES		
1. Se cuenta con la Directiva Administrativa N° 005-OEA-INR-2007 Disposiciones Internas para la Asignación en Uso, Custodia y Control de los Bienes Patrimoniales del INR.	<p>1. No se han establecido políticas y procedimientos documentados que se siguen para la utilización, protección y acceso de los recursos o archivos.</p> <p>Causa:</p> <p>Ausencia de políticas y procedimientos de acceso, protección y utilización de los recursos o archivos del INR.</p>	<p>1. Establecer políticas y procedimientos documentados para la utilización, protección y acceso de los recursos o archivos más importantes del INR.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
3.5. VERIFICACIONES Y CONCILIACIONES		
ASPECTOS GENERALES		
1. Se cuenta con la Directiva Administrativa N° 011-2010-OEA-INR Procedimiento para la toma de inventario físico de existencias de activo fijo.	<p>1. Si bien el INR realiza verificaciones y conciliaciones periódicas, no cuentan con <u>un inventario de verificaciones y conciliaciones</u> que se deben ejecutar sobre los registros de los procesos críticos (p.e. conciliaciones entre los registros operativos y contables de las cuentas por cobrar, cruce de los depósitos bancarios y los ingresos de caja registrados contablemente, cruce entre los servicios utilizados por el paciente dado de alta y el pago realizado en caja).</p> <p>Causa:</p> <p>No se diseñó e implementó controles efectivos de verificaciones y conciliaciones de procesos críticos.</p>	<p>1. Diseñar una Directiva que regule el Inventario de Verificaciones y Conciliaciones, estableciendo una lista de verificaciones y conciliaciones, que se deben ejecutar sobre los registros de los procesos críticos del INR. Dichas verificaciones deberían ser ejecutadas periódicamente por los responsables de los procesos críticos.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
3.6. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO		
ASPECTOS GENERALES		
1. El INR aprueba el Presupuesto Institucional de cada año fiscal y realiza las evaluaciones del presupuesto de manera anual, semestral y trimestral de	<p>1. Con relación al cumplimiento de objetivos y metas, se han identificado las siguientes debilidades:</p>	<p>1. Establecer lineamientos generales y plazos perentorios relacionados con la obligación que tienen las unidades orgánicas del INR de proporcionar información veraz y oportuna relacionada con el cumplimiento de sus objetivos</p>

<p>conformidad a la Directivas Presupuestales. Dicha información es remitida al Ministerio de Economía y Finanzas - MEF y al Ministerio de Salud.</p> <p>2. Las Unidades Orgánicas evalúan semestralmente el Plan Operativo Institucional – POI del INR, con el fin de conocer los resultados alcanzados y detectar posibles desvíos de las metas.</p>	<p>✓ La información cuantitativa contenida en la Matriz N° 5 "Seguimiento / Evaluación de las actividades del Plan Operativo Anual" y N° 6 "Ejecución Presupuestaria por Objetivos Generales del POA 2011, fue observada por el MINSa, por no ser concordantes con los porcentajes de avance entre la Meta Física y la Ejecución del Gasto o Meta Presupuestal.</p> <p>✓ No se concluyó en forma oportuna con el Seguimiento y Evaluación del POA al Tercer Trimestre 2011. Información que fuera remitida a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSa.</p> <p>✓ No se implementan las mejoras señaladas en las Evaluaciones del POA.</p> <p>Causa:</p> <p>La consolidación de la información cuantitativa se ha realizado en forma manual, aunado al incumplimiento en la entrega de la información de carácter presupuestal por parte de las Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas del INR.</p>	<p>y metas, a fin de cumplir con los plazos establecidos y disponer que en toda evaluación se establezcan plazos y responsables encargados de implementar las recomendaciones contenidas en las evaluaciones periódicas del POI del INR.</p> <p>(Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
--	---	--

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

EQUIPO DE PLANES – OEPE – INR

<p>Plan de Trabajo – Programación y Formulación del Presupuesto Público del Año Fiscal 2011 – INR.</p>	<p>2. Durante el proceso de seguimiento / Evaluación al Tercer Trimestre se han presentado demoras para obtener información Estadística, los mismos que fueron comunicados a la jefa de la Oficina de Estadística e Informática, con memorándum 314 – 2011/INR (18/10/2011).</p> <p>3. De los requerimientos de información realizados a las Unidades Orgánicas para fines de seguimiento/ evaluación del POA al Tercer Trimestre 2011, no todos cumplieron a las fechas indicadas en el Circular cursado; se registran entregas progresivas, extendiéndose hasta el mes de Octubre 2011; por estas causales y otros colaterales, no ha sido posible concluir con la Evaluación en forma oportuna en lo que corresponde a Seguimiento/Evaluación del POA al Tercer Trimestre 2011.</p> <p>Causa:</p> <p>Sistema de información vigente no permite su procesamiento en línea y con oportunidad.</p>	<p>2. Disponer el diseño de un Sistema de Información Gerencial que permita obtener en línea los datos que se requieren de las diferentes unidades orgánicas para cumplir en término de plazos y con calidad la Programación, Seguimiento y Evaluación, así como obtener los reportes de información por niveles determinados con niveles de acceso y que sirva para la toma de decisiones en la Gestión.</p> <p>(Debilidades 2 y 3)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
--	--	---

EQUIPO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

<p>Normas sobre ejecución Presupuestarias</p>	<p>4. Incumplimiento de metas resultantes de contratos con terceros, respecto a que no han concluido la elaboración del expediente técnico de la parte financiera por el país en el proyecto</p>	<p>3. Disponer la inmediata aplicación de las penalidades señaladas en los términos contractuales y/o ejecutar las Cartas Fianzas en salvaguarda de los intereses del Estado e implementar un sistema de supervisión efectiva, a través de la cual se emitan informes periódicos de</p>
---	--	---

	<p>de la nueva sede institucional, situación de alto riesgo que podría constituirse en un perjuicio económico al Estado.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de supervisión y no se adoptan las decisiones que en salvaguarda de los intereses del Estado, signifiquen aplicar con rigor los términos contractuales y las disposiciones sobre adquisiciones que correspondan.</p>	<p>supervisión, a efecto de adoptar las medidas que correspondan. (Debilidad 4)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO		
<p>Usuario externo, necesidad de contar con examen de laboratorio.</p>	<p>5. Demasiada demora en la ejecución de la compra de Biomateriales (reactivos para laboratorio) que a corto plazo, produce un desabastecimiento, la entrega de los insumos es muy tardía y no se cumplen los plazos establecidos, afectando el cumplimiento de las metas y generando molestias en los usuarios del INR.</p> <p>Causa:</p> <p>No se da prioridad a los requerimientos programados en el Cuadro de necesidades.</p>	<p>4. Disponer que se prioricen las adquisiciones de todos los insumos que pudieran afectar la atención de los pacientes del INR, bajo responsabilidad. (Debilidad 5)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
3.7. RENDICIÓN DE CUENTAS		
ASPECTOS GENERALES		
<p>1. El Instituto Nacional de Rehabilitación - INR cuenta Directivas Internas para rendiciones de cuentas debidamente aprobados, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Directiva 004-OEA-INR-2003 procedimientos para la ejecución, rendición y reposición del fondo fijo para caja chica. ✓ Directiva Administrativa 173-MINSA, Procedimientos para el otorgamiento y la rendición de viáticos, pasajes y otros gastos de viaje. <p>2. Se han emitido las Memorias Institucionales del INR por los periodos 2008, 2009 y 2010.</p>	<p>1. No existe una directiva interna que regule la rendición de cuentas por concepto de viáticos y encargos.</p> <p>2. No existe una Directiva interna que regule la rendición de cuentas del Titular ante la CGR.</p> <p>Causa:</p> <p>No se efectuaron las coordinaciones entre las Unidades Orgánicas y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento, para establecer pautas para la consecución de los actos administrativos conducentes a la formulación de Directivas Administrativas relacionadas a la rendición de cuentas.</p> <p>3. No se emite la Memoria Institucional del INR.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha tomado en cuenta que se está incumpliendo las disposiciones emitidas por la Dirección Nacional de Contabilidad Pública.</p>	<p>1. El INR deberá formular directivas internas para regular la rendición de cuentas por concepto de viáticos y encargos, así como la rendición de cuentas a cargo del Titular de la entidad. (Debilidades 1 y 2)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. Disponer que se cumpla con la emisión de la Memoria Institucional del INR en forma anual. (Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
3.8. DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS		
ASPECTOS GENERALES		
<p>No se identificaron fortalezas.</p>	<p>1. El acceso a los recursos o archivos no queda evidenciado en documentos tales como recibos, actas, entre otros, en la Dirección</p>	<p>1. Elaborar formatos (recibos, actas) y libro de registro, para que queden como evidencias de acceso a los recursos y archivos.</p>

	<p>Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>Causa:</p> <p>Inexistencia de normativa correspondiente.</p>	<p>PRIORIDAD: (2)</p>
3.9. REVISIÓN DE PROCESOS, ACTIVIDADES Y TAREAS		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>No se identificaron fortalezas.</p>	<p>1.No existen registros de revisión periódica de procesos, actividades y tareas por parte de la oficina ejecutiva de planeamiento estratégico.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado lo importante que significaría contar con registros que evidencien que sí se llevan a cabo revisiones periódicas de procesos, actividades y tareas.</p> <p>2. No se ha concretado el proceso de autoevaluación de procesos en la Oficina de Estadística e Informática.</p> <p>Causa:</p> <p>Carencia de instrucciones que permitan impulsar el proceso de autoevaluación.</p>	<p>1.Formular procedimientos estándares para la documentación y revisión periódica de los procesos, actividades y tareas y se dé seguimiento a la mejora continua de los mismos. (Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>2.Disponer y atender los requerimientos de la Oficina de Estadística e Informática que permitan ejecutar el proceso de autoevaluación de procesos. (Debilidad 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS</u>		
<p>Tiempo de consulta de los usuarios es de cada 21 días</p>	<p>3. Largas colas de espera para que los usuarios del INR consigan citas, situación que afecta la imagen institucional del INR.</p> <p>Causa:</p> <p>Incremento de la demanda y no se ha dispuesto acondicionar y modificar las tareas del personal del INR que permitan subsanar dicha debilidad.</p>	<p>3. Proporcionar el personal necesario, entre ellos, implementar los cajeros que sean suficientes. (Debilidad 3)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTOR Y DOLOR</u>		
<p>Profesional altamente calificado para realizar atención especializada en pacientes con patología muscoesquelética y dolor.</p>	<p>4. Tiempos de espera prolongado para atender a los pacientes, situación que afecta la imagen institucional del INR.</p> <p>Causa:</p> <p>Incremento de la demanda y no se han determinado los tiempos y movimientos de las actividades asistenciales necesarias.</p>	<p>4. Determinar los tiempos y movimientos de los consultores médicos e implementar tiempos adecuados para brindar una atención de calidad y cumplir con todos los requisitos administrativos (llenado de consentimiento informado, descargado de H.C etc.). (Debilidad 4)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
3.10. CONTROLES PARA LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TIC)		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1.El Instituto Nacional de rehabilitación – INR cuenta con una Oficina de Estadística e Informática cuyas funciones y procedimientos se encuentran establecidos en el ROF, MOF, MAPRO y directivas internas</p>	<p>1. Si bien es cierto existe un fortalecimiento de seguridad de redes y base de datos, aún existe una estructura de red débil y ante la ausencia de una bóveda de información, almacenan su</p>	<p>1.Reemplazar la estructura de red deficiente e implementar una bóveda de información en la que se guarde información en cintas. (Debilidad N° 1)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>

<p>aprobadas. Con Resolución Directoral N° 268-2010-SA-DG-INR de 27.Dic.2010 se aprobó la Directiva Administrativa N° 024-2010-OEI-INR "Procedimientos para creación de copias de Seguridad y Recuperación de Información".</p> <p>Personal sensibilizado para el ejercicio de control en los sistemas de información.</p>	<p>información en un centro de datos y no en cintas lo cual es riesgoso.</p> <p>2. Existen equipos informáticos con varios años de antigüedad en estado de obsolescencia técnica, considerando que cuentan con insuficiente capacidad de disco duro y de memoria, respecto a los sistemas que se usan en el INR; igualmente, no existen equipos de contingencia y repuestos suficientes.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia de atender las necesidades informáticas existentes en el Instituto Nacional de Rehabilitación.</p> <p>3. No se cuenta con un Plan de Contingencia, conducente a evitar la vulnerabilidad de los Sistemas Informáticos.</p> <p>Causa: No se cuenta con personal calificado y capacitado en los Procesos de desarrollo de sistemas y aplicativos informáticos, Seguridad de la información, Gestión de los usuarios y claves de acceso, Procedimientos de respaldo de la información y Sensibilización y Conciencia del personal en cuanto al buen uso de las TICs y seguridad de la información.</p>	<p>2.Elaborar un Plan de Proyectos de TICS que recabe las necesidades de las áreas usuarias del INR y disponer la adquisición de los equipos informáticos que se necesiten. (Debilidad N° 2)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>3.Impulsar la Implementación de la Norma Técnica Peruana-NTP-ISO/IEC 17799 - Tecnología de la Información. Código de Buenas Prácticas para la gestión de la Seguridad de la Información, disposición de carácter obligatorio aprobado mediante Resolución Ministerial N° 246-2007-PCM. (Debilidades Nos. 1 y 2)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>4. La Oficina de Estadística e Informática debe priorizar la elaboración de un Plan de Contingencias que establezca los procedimientos a utilizarse para evitar interrupciones en la operación del sistema de cómputo. (Debilidad N° 3)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
--	--	---

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES MEDULARES

<p>La infraestructura se maneja de forma funcional</p>	<p>4. Falta de mantenimiento preventivo y las reparaciones que se efectúan son inadecuadas.</p> <p>Causa: Inadecuada programación del mantenimiento de equipos según lo solicitado por la unidad orgánica.</p>	<p>5. Establecer un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo en el que se contemplen todas las necesidades de las diferentes unidades orgánicas del INR e identificar las causas que determinan que las reparaciones no sean las adecuadas a fin de adoptar las medidas correctivas pertinentes.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
--	---	---

4. INFORMACION Y COMUNICACION

4.1. FUNCIONES Y CARACTERISTICAS DE LA INFORMACION

ASPECTOS GENERALES		
<p>No se identificaron fortalezas.</p> <p>No se identificaron fortalezas</p>	<p>1. Se carece de un inventario de información o reportes, en el que se indique lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Área responsable de la información. ✓ Nombre del reporte o tipo de información. ✓ Características de origen (obligatorio o solicitud) ✓ Frecuencia de emisión (semanal, mensual, trimestral, semestral, anual, etc.). <p>2. La entidad no cuenta con procedimientos para el reporte de la información gerencial, para verificar que haya pasado por adecuados niveles de revisión y que sea sintetizada para que sea útil para la toma de decisiones.</p>	<p>1. Elaborar un Inventario de los reportes principales manejados por las diversas áreas del INR, en donde se indique;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Área responsable de la información. ✓ Nombre del reporte o tipo de información. ✓ Características de origen (obligatorio o solicitud) ✓ Frecuencia de emisión (semanal, mensual, trimestral, semestral, anual, etc.). <p>(Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>2. Diseñar y establecer procedimientos para el reporte de la información gerencial. Dichos procedimientos deberían considerar entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niveles de revisión. ✓ Niveles de difusión ✓ Niveles de autorización. <p>(Debilidad 2)</p>

	<p>Causa: No se han desarrollado normas específicas que regulen las funciones y características de la información gerencial.</p>	<p>PRIORIDAD: (2)</p>
<p>OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN</p>		
<p>Disponibilidad de Medios Informáticos a través de Software.</p>	<p>3. La información recibida o enviada a las diferentes unidades orgánicas, no llega oportunamente.</p> <p>Causa: No se ha efectuado un estudio definitivo que determine la causa de este problema prolongado.</p>	<p>3. Emitir un Informe Técnico Especializado en el que se determine si dicho problema es resultado de fallas en el soporte técnico o es resultado de un sistema desfasado e inadecuado, a fin de adoptar las medidas correctivas que correspondan.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<p>4.2. INFORMACIÓN Y RESPONSABILIDAD</p>		
<p>ASPECTOS GENERALES</p>		
<p>1.El Instituto Nacional de Rehabilitación emite continuamente reportes de Gestión de acuerdo con las Normas y Directivas vigentes, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Listado de Procesos de Selección de Bienes y Servicios del SEACE. ✓ Reporte del Sistema de Información Administrativa Financiera (SIAF). ✓ Informes Médicos y análisis clínico que se adjuntan en la Historias Clínicas. <p>2.En el INR se lleva a cabo una comunicación de tipo:</p> <p>Comunicación descendente: proviene de las unidades organizativas de mayor nivel jerárquico hacia las de menor nivel jerárquico.</p> <p>Comunicación lateral: se da entre unidades organizativas del mismo nivel jerárquico.</p> <p>Comunicación ascendente: proviene de las unidades organizativas de menor nivel hacia las de mayor nivel jerárquico.</p>	<p>1. No se identifican de modo suficiente las necesidades de información en las unidades orgánicas del INR de todos los procesos, incluida la Alta Dirección. El detalle de estas necesidades respecto a la pertinencia de la información de las unidades orgánicas del IBR se muestran en el Anexo N° 4.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia que representaría para el INR identificar las necesidades de información en sus unidades orgánicas</p> <p>2. No se cuenta con políticas y procedimientos que garanticen el adecuado suministro de información a la Alta Dirección del INR y a sus unidades orgánicas, para el adecuado cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.</p> <p>Causa: No se ha considerado lo importante que representaría para el INR, desarrollar políticas y procedimientos específicos que regulen las responsabilidades sobre la información.</p>	<p>1. Documentar políticas y procedimientos específicos donde se determine la relación entre la información y responsabilidad que el personal asumirá en su trabajo diario, que incluirá entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Las necesidades de información de todos los procesos. ✓ Implementación de controles necesarios para el adecuado suministro de la información, estableciendo plazos de entrega, y unidades orgánicas emisoras y receptoras de la información. ✓ Establecer procedimientos de conciliación entre las unidades orgánicas del INR, como un control orientado a asegurar la confiabilidad de aquella información que el INR considere como muy importante. ✓ Contemplar la comunicación directa con el personal, cuando sea posible. ✓ Generar un clima de confianza mutua. ✓ Promover que con mayor amplitud se genere una comunicación ascendente y lateral. ✓ Dejar constancia de la comunicación de los problemas detectados. ✓ Definir la responsabilidad sobre la información en el área y que será reportada a otras áreas de la gerencia. <p>(Debilidades Nos. 1 y 2)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<p>OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA</p>		
<p>Existencia de un adecuado nivel de coordinación entre la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica y el personal a su cargo.</p>	<p>3.Carencia de información oportuna y constante de las diferentes unidades orgánicas.</p> <p>Causa: Sistema de Información insuficiente.</p>	<p>2. Implementar un programa de base de datos automatizado de registro diario realizado por la OAJ para los casos judiciales y administrativos seguidos por el instituto a través de la oficina de asesoría jurídica.</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p>
<p>4.3. CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACION</p>		
<p>ASPECTOS GENERALES</p>		
<p>Fortaleza no identificada</p>	<p>1.No se ha diseñado, evaluado e implementado mecanismos que aseguren la calidad y suficiencia de la información. Se ha determinado que no se hacen entrevistas</p>	<p>1. Establecer como política institucional mecanismos orientados a asegurar la calidad y suficiencia de la información, para lo cual se debe precisar las obligaciones del personal con respecto a la calidad de la información que se</p>

	<p>periódicas a las áreas para conocer si el fondo y la forma de la información que reciben es adecuada para cumplir con sus responsabilidades.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado lo importante que significaría desarrollar políticas sobre calidad y suficiencia de la información.</p>	<p>genere, contemplándose entre otros lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de controles orientados a establecer responsabilidades y asegurar la calidad de la información generada. ✓ Definición de métricas significativas que permitan analizar y mejorar la calidad de la información, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Subjetivas (basada en el juicio de los usuarios de los datos). - Objetivas independientes de la aplicación (como la corrección). - Objetivas dependientes de la aplicación (específicas para un dominio determinado). <p>PRIORIDAD: (1)</p>
4.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. Actualmente la Dirección de Informática del Instituto Nacional de rehabilitación - INR administra los siguientes sistemas informáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de Información Administrativa Financiera - SIAF. ✓ Sistema de Contrataciones del Estado - SEACE. ✓ Sistema INRDIS I y II – Oficina de Estadística. ✓ Modulo HIS – DIS – Oficina de Estadística. ✓ Sistema SIGA II - MEF – Oficina de Logística. ✓ Sistema de Patrimonio – MEF. ✓ Sistema SISMEDv2 - DISA CALLAO. ✓ Sistema SIGPER - INR - Oficina de Personal. ✓ Sistema PLH – MINSA - Oficina de Personal. ✓ Sistema STDW – Oficina de Trámite Documentario. – MINSA/INR. ✓ Sistema Documentario – INR. ✓ Sistema de Tramite Documentario II - INR. 	<p>1. No se solicita a los usuarios opinión sobre el sistema de información respecto a la utilidad de los sistemas de información que se utilizan, a efectos de implementar y priorizar las mejoras que resulten pertinentes.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado lo importante que significaría solicitar opinión sobre los sistemas de información, a fin de implementar mejoras que coadyuven al logro de los objetivos institucionales.</p>	<p>1. Diseñar un Plan de Proyectos Informáticos que permita implementar mejoras propuestas por los usuarios y prever que el desarrollo de las actividades de la Dirección de Informática contribuya al logro de objetivos del INR. (Debilidad 1)</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>DIRECCION GENERAL</u>		
<p>Proyecto de la Nueva Sede, contara con un equipamiento progresivo con presupuesto por reemplazo.</p>	<p>2. El Sistema de Tramite Documentario presenta algunas limitaciones en el reporte de datos específicos.</p> <p>Causa:</p> <p>No se efectúan las mejoras que requiere el sistema por falta de soporte técnico.</p>	<p>2. Formular un Sistema de Información de Tramite Documentario actualizado, considerando la opinión de los usuarios y revisando periódicamente los sistemas de información, rediseñando de ser necesarios los mismos para asegurar un adecuado funcionamiento de éstos sistemas. (Debilidad 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>OFICINA DE LOGÍSTICA</u>		
EQUIPO DE CONTROL PATRIMONIAL		
<p>Se ha iniciado con la implementación del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), que permite ejecutar las acciones Logísticas de forma ordenada.</p>	<p>3. El sistema SIGA, viene presentando deficiencias técnicas en el procesamiento de datos de información, lo que origina lentitud en el desarrollo de los procesos e incumplimiento de funciones y de metas.</p>	<p>3. Solicitar al MEF, que el sectoriza designado al INR, cumpla con asistir y monitorear el manejo del sistema SIGA patrimonio y el sistema SIAF/MPP y elaborar un reporte mensual de las fallas originadas en los sistemas de información exógenos, a fin de informar y solicitar las soluciones definitivas. Hacer lo mismo con el MINSA.</p>

	Causa: Exógena.	(Debilidades 3, 4 y 5) PRIORIDAD: (1)
<u>OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO</u>		
EQUIPO DE PRESUPUESTO		
Sistema Integral de Administración Financiera – SIAF	4. Manejo de sistema SIAF/MPP con lentitud. Causa: Exógena.	
<u>OFICINA DE PERSONAL</u>		
EQUIPO DE REMUNERACIONES		
Se cuenta con Sistemas Informáticos.	5. Sistemas entregados por el MINSA basados en el lenguaje de programación DOS con más de 15 años de antigüedad que afecta la operatividad de los equipos. Causa: Exógena.	
EQUIPO DE COSTOS DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO		
EQUIPO DE PLANES – OEPE		
Resolución Ministerial N° 2012-MINSA "Directiva Administrativa N° MINSA/OGPP-2012v.01 Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento, Evaluación, Reprogramación y Reformulación del Plan Operativo Anual 2012 del Pliego – 011-MINSA	6. El Equipo de Costos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico no cuenta con un sistema informático de gestión; asimismo, el Equipo de Planes de dicha Oficina, no dispone de un Software o Programa de Información Automatizado en el Equipo de Planes; Tampoco se dispone de un Sistema de Información Gerencial Integrado con las Oficinas Administrativas y los Órganos de Línea para aspectos de Formulación de Planes Operativos, Planes Estratégicos, Planes de Desarrollo; y Evaluación adecuada de los mismos. Causa: Carencia de supervisión continua a los sistemas informáticos y falta de un Ingeniero Analista o Ingeniero en Sistemas Informáticos con amplia experiencia en materia de integrar Sistemas de Información.	4. Emitir un informe en el que se defina la necesidad de contratar a una empresa o a un ingeniero de sistemas con amplia experiencia en la integración de sistemas de Información, a efectos de atender las mencionadas necesidades en el corto plazo. (Debilidad 6) PRIORIDAD: (2)
4.5. FLEXIBILIDAD AL CAMBIO		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
1. La Oficina de Informática revisa periódicamente los sistemas de información, a través de los servicios de mantenimiento preventivo.	1. Si bien la entidad realiza revisiones periódicas de mantenimiento preventivo, no ha desarrollado políticas o procedimientos relacionados con su adecuación a cambios tecnológicos, ni a los cambios externos provenientes de la demanda de sus usuarios, entidades supervisoras, organismos externos, entre otros. Como es el caso de lo siguiente: ✓ La Oficina de Economía y el Área de Cuentas Corrientes, refieren que los sistemas de tesorería y cuentas corrientes presentan	1. Establecer Políticas y procedimientos donde se establezca la predisposición del INR para adecuarse a los cambios tecnológicos, así como a los cambios externos provenientes de sus usuarios, entidades supervisoras, organismos externos, entre otros. Estas deben considerar lo siguiente: ✓ Los recursos tecnológicos adecuados, junto con las personas idóneas. ✓ Los sistemas de información deberían ser adaptables a la entidad. ✓ Los mecanismos para tomar conocimiento de las necesidades, reclamos opiniones e inquietudes de los usuarios de los sistemas. ✓ Revisiones y rediseños periódicos cuando se detecten deficiencias en su

	<p>continuas deficiencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Oficina Ejecutiva a la Investigación y Docencia Especializada, cuenta con un solo punto de INTERNET en el aula de docencia y se necesitan dos puntos según Informe N° 300-2011 del 19.May.2011. ✓ En la Biblioteca, la base de datos de la bibliografía se realiza a través de un software desfasado (MS Access), en tanto que interfiere en las búsquedas pertinentes y precisas. ✓ El Área de Presupuesto refiere que es necesario actualizar el sistema informático y redes, así como renovar los cableados de red, para aliviar las caídas del programa SIAF. ✓ Tesorería manifiesta que los sistemas son obsoletos, que datan desde 1997 y no se han efectuado las actualizaciones necesarias, por haberse desarrollado en un sistema operativo desfasado, por lo que los equipos no pueden ser actualizados. ✓ Jefatura de Personal refiere que le es necesario nuevos aplicativos y que se mejoren los sistemas (software). ✓ El Equipo de Presupuesto de Personal, señala que existe la necesidad de sistematizar información relacionada con el trabajo propio del Equipo de Presupuesto de Personal. <p>Causa:</p> <p>No se han implementado políticas y procedimientos orientados a actualizar periódicamente los sistemas de información ante los continuos cambios tecnológicos, considerando que los sistemas datan desde el año 1999 e insuficiente apoyo informático.</p>	<p>funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Niveles de acceso a los sistemas de información. ✓ Niveles de autorización para realizar cambios. ✓ Constatar periódicamente la relevancia de la información para los objetivos de la entidad. <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>2. Cambio o adquisición de un nuevo software o sistema, para lo cual se deberá emitir el informe especializado pertinente.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>3. Implementar un punto de INTERNET adicional en el aula de docencia, que permita satisfacer la demanda presentada y potencializar el servicio con mejor calidad.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>4. Renovar los cableados de red y revisión constante de los servicios de red.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
--	--	---

4.6. ARCHIVO INSTITUCIONAL

ASPECTOS GENERALES		
<p>1.El Instituto Nacional de Rehabilitación - INR cuenta con un Archivo Central, en donde se custodian los documentos relevantes o de períodos pasados.</p> <p>2.El Instituto Nacional de Rehabilitación - INR cuenta con el servicio de Archivo de Historias Clínicas, a través de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica.</p> <p>3.El Instituto Nacional de Rehabilitación - INR cuenta con un Almacén de Ayudas Biomecánicas y un Almacén General.</p>	<p>1. Si bien es cierto existe regulación del Archivo General de la Nación (AGN) que establece los procedimientos de custodia y control de Archivo Central del INR, no existe una Directiva Interna que adecue dichas normas a la naturaleza del Instituto Nacional de Rehabilitación - INR.</p> <p>2.No se cumple con la foleación total de los archivos de cada una de las áreas de gestión que se remiten al Archivo Central del INR.</p> <p>3.No se cuenta con un sistema informático para el manejo y control de documentos de Archivo Central.</p> <p>4.No existe personal suficiente para la digitación y el ingreso inmediato de archivos en el Archivo Central del Instituto Nacional de rehabilitación -</p>	<p>1. Elaborar una Directiva Interna que regule los procedimientos para la custodia y control de Archivo Central del INR, en la que debe contemplarse que las áreas del INR. transfieran sus archivos de gestión al Archivo Central debidamente foliados. (Debilidades 1 y 2)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p> <p>2.Disponer el fortalecimiento del Archivo Central, a través de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asignarle recursos humanos suficientes. ✓ Adquirir o desarrollar un sistema informático que facilite el manejo y control de los documentos del Archivo, así como un software que permita la digitalización de las historias clínicas con la finalidad de agilizar el uso de las mismas por los departamentos asistenciales (consulta a tiempo real en el

	<p>INR.</p> <p>Causas:</p> <p>Ausencia de políticas de acceso, custodia, control e implementación del Archivo Central y carencia de presupuesto.</p>	<p>sistema), lo que debe estar interrelacionado con los demás sistemas de información del INR.</p> <p>(Debilidades 3 y 4)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA</u>		
<p>Gestión orientada al estandarización de procesos.</p>	<p>5. Criterios de archivamiento de expedientes no definido, considerando la diversidad de documentos técnicos no ordenados y no clasificados.</p> <p>Causa:</p> <p>Carencia de una norma interna.</p>	<p>3. Emitir una norma en la que se definan los criterios de archivamiento de los diversos documentos existentes en el INR.</p> <p>(Debilidad 5)</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
4.7. COMUNICACIÓN INTERNA		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>El Instituto Nacional de Rehabilitación ha definido los tipos de documentos de comunicación interna y de los niveles de emisión (responsables), que se utilizan en la entidad.</p>	<p>1. La Oficina de Epidemiología refiere que los Boletines no son difundidos en su oportunidad y que no cuentan con una presentación de calidad en papel y color.</p> <p>Causa:</p> <p>Demora en la revisión y aprobación de los boletines y no se aprueba la impresión de los boletines, a pesar de estar programados en el plan operativo.</p>	<p>1. Disponer bajo responsabilidad plazos perentorios para que se cumpla con las tareas de revisión y aprobación de los boletines; así como la impresión de los boletines.</p> <p>PRIORIDAD: (3)</p>
<u>DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</u>		
<p>Identificación con la Misión Institucional.</p>	<p>2. Refiere que existe insuficiente comunicación con la Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, entre otros, lo que se refleja en la calidad de los reportes de información que afectan el cumplimiento de funciones.</p> <p>Causa:</p> <p>No existen procedimientos de monitoreo orientados a identificar las necesidades de comunicación.</p>	<p>2. Identificar las necesidades de comunicación de las diferentes unidades orgánicas del INR e implementar las mejoras que resulten necesarias a través de una norma específica, en la que se establezcan además, monitoreos periódicos.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
4.8. COMUNICACIÓN EXTERNA		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. El Instituto Nacional de Rehabilitación - INR cuenta con mecanismos para informar hacia el exterior sobre su gestión institucional debido a que dispone de un Portal de Transparencia en su página Web www.inen.sld.pe, donde coloca información de su gestión.</p>	<p>1. El Portal de Transparencia del Instituto Nacional de rehabilitación - INR no consigan datos actualizados. Por ejemplo no se ha publicado la evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) al 2010.</p> <p>Causa:</p> <p>Desconocimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de Transparencia.</p>	<p>1. Proceder a la actualización de la información del Portal de Transparencia de la página Web, priorizar la publicación de la evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) al 2010, Memoria Anual Institucional 2010 y otros.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
<u>DIRECCION GENERAL</u>		
<p>Acceso a la información de acuerdo a La normatividad pertinente.</p>	<p>2. En algunos casos las solicitudes de acceso a la información (Ley de Transparencia) no se atienden</p>	<p>2. Reforzar las coordinaciones con el funcionario responsable del Portal de Transparencia Estándar INR y las unidades orgánicas</p>

	<p>dentro de los plazos previstos, situación de alto riesgo, en tanto los solicitantes están facultados de acuerdo a Ley a interponer una denuncia penal por Abuso de Autoridad, si es que no se les atiende en los plazos establecidos.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de sensibilización de los funcionarios y trabajadores, sobre la Ley de Transparencia.</p>	<p>responsables de facilitar la información de interés institucional; para su publicación en dicho medio; para asegurar el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información y la Directiva N°01-2010-PCM/SGP.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
<u>DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD</u>		
Identificación con la Misión institucional	<p>3. Coordinación insuficiente con otros sectores relacionados a discapacidad.</p> <p>Causa:</p> <p>Falta de personal que cumpla esa función.</p>	<p>3. Priorizar la necesidad de trasladar el personal que cumpla con el perfil requerido, a fin de reforzar la capacidad operativa existente, de modo que se puedan efectuar las coordinaciones necesarias con terceros relacionados a la discapacidad.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
4.9. CANALES DE COMUNICACIÓN		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. El Instituto Nacional de rehabilitación - INR cuenta con canales de comunicación interna y externa, tales como: Intranet, Boletines Informativos, Correos Electrónicos.</p>	<p>1. A los pacientes y/o usuarios del INR les es muy dificultoso y de poco conocimiento, acceder al canal establecido para elevar las denuncias en casos de maltrato o una inadecuada práctica médica, por parte del personal administrativo o médico del Instituto Nacional de Rehabilitación.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha meritado lo importante que podría significarle en cuanto a imagen del INR, conocer los problemas que pudieran ser significativos, a efecto de adoptar las medidas pertinentes en salvaguarda de los intereses institucionales.</p>	<p>1. Difundir a través de anuncios colocados de manera fija en todos los lugares en donde se de atención a los usuarios del INR, los motivos que puedan dar lugar a una queja, así como los procedimientos establecidos para su procesamiento, para lo cual se deben establecer los formatos de registro de la denuncia, preservando la identidad del denunciante y la fecha en que se le informará sobre las medidas adoptadas, en el caso que se apliquen sanciones, estas deberán ser comunicadas vía INTRANET, para que sirva como elemento disuasivo.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
5. SUPERVISIÓN		
5.1. NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO		
5.1.1. PREVENCIÓN Y MONITOREO		
<u>ASPECTOS GENERALES</u>		
<p>1. En el desarrollo de las labores de los funcionarios y Comités instalados en la Entidad se realizan acciones de supervisión para conocer oportunamente si éstas se efectúan de acuerdo con lo establecido.</p> <p>2. Los principales documentos donde se evidencian dichas actividades de supervisión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informes de gestión de la evaluación del Plan Operativo semestral. ✓ Informes de seguimiento presupuestal. ✓ Informes o comunicaciones de seguimiento de las observaciones y recomendaciones emitidas por el OCI o Auditores Externos. 	<p>1. No se han desarrollado políticas integrales que regulen las actividades de Supervisión y Monitoreo que deben ser ejercidas por las Direcciones, Departamentos y Oficinas, a fin de considerar expresamente este aspecto de control interno.</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado lo importante que significaría desarrollar políticas que regulen la prevención y monitoreo a cargo de las diferentes unidades orgánicas del INR.</p>	<p>1. Establecer y difundir políticas de prevención y monitoreo que son ejercidas por las Direcciones Generales, Oficinas y Departamentos, dichas políticas de prevención deberían incluir, entre otros, el monitoreo de los siguientes documentos de gestión de la Entidad:</p> <p>De Planeamiento:</p> <p>A nivel Gubernamental</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acuerdo Nacional Concertado de Salud. ✓ Plan Estratégico del Ministerio de Salud (PESEM) ✓ Plan Estratégico Institucional del INR 2008-2012 ✓ Plan Operativo Institucional (POI) del INR <p>De Presupuesto:</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informes de desempeño del personal. ✓ Firmas de aprobación en los documentos generados o emitidos y firmas de autorización de diversas decisiones. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presupuesto Institucional de Apertura (PIA). ✓ Presupuesto Institucional Modificado (PIM). ✓ Presupuesto Analítico de Personal (PAP). <p>De Organización</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reglamento de organización y Funciones (ROF). ✓ Manual de Organización y Funciones (MOF). ✓ Cuadro para Asignación de Personal (CAP). <p>De Procedimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimientos, Directivas, Instructivos y demás normativa interna de la Entidad. ✓ Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA). <p>PRIORIDAD: (1)</p>
---	--	---

5.1.2. MONITOREO OPORTUNO DEL CONTROL INTERNO

ASPECTOS GENERALES

<p>No se identificaron fortalezas</p>	<p>1. No se cuenta con políticas y procedimientos a través de las cuales las unidades orgánicas realicen periódicamente acciones para conocer si los procesos se desarrollan de acuerdo con los procedimientos establecidos o si los controles establecidos cumplen con su finalidad (monitoreo).</p> <p>Causa:</p> <p>No se ha considerado la importancia que pudiera significarle al INR, el desarrollo de políticas que regulen la prevención y monitoreo.</p>	<p>1. Establecer políticas y procedimientos de monitoreo, considerando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar fallas en el diseño y en el plan de ejecución de las operaciones del INR. ✓ Establecer si las operaciones se están realizando conforme al plan. ✓ Investigar los factores contextuales que puedan afectar las operaciones, determinando el riesgo de no cumplir con los objetivos. ✓ Evaluar la posibilidad de que las estrategias utilizadas en la consecución de los objetivos, no conduzcan al logro del propósito general. ✓ Identificar problemas recurrentes que necesitan atención. ✓ Recomendar ajustes a las operaciones. ✓ Investigar posibles soluciones a los problemas presentados. <p>PRIORIDAD: (1)</p>
---------------------------------------	---	--

OFICINA DE COOPERACIÓN CIENTÍFICA INTERNACIONAL, DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

<p>La información gerencial es seleccionada analizada, evaluada y sintetizada para la toma de decisiones</p>	<p>2. Los documentos normativos de gestión no son revisados periódicamente con el fin de ser actualizados o mejorados (MOF, MAPRO, etc.).</p> <p>Causa:</p> <p>Actividad no planificada.</p>	<p>2. Elaborar un programa de Actualización continua de los documentos normativos de gestión que esté orientado a efectuar las revisiones periódicas e incorporar los cambios que resulten pertinentes.</p> <p>PRIORIDAD: (2)</p>
--	--	--

5.2. NORMAS BÁSICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

5.2.1. REPORTE DE DEFICIENCIAS

ASPECTOS GENERALES

<p>1. El Órgano de Control Institucional (OCI) emite periódicamente informes donde se revelan recomendaciones orientadas a superar los problemas detectados.</p>	<p>1. Respecto a la autoevaluación se ha identificado que no existen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos aprobados para el registro de Deficiencias. ✓ Registro de deficiencias reportadas por el personal. ✓ Registros de capacitación al personal sobre reporte de incidencias. <p>Causa:</p> <p>Carencia de lineamientos específicos sobre Autoevaluación y el Reporte de Deficiencias, así como insuficiente</p>	<p>1. Formular una Directiva interna en la que se implemente un sistema de Autoevaluación en el INR, norma en la que deben contemplarse, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de Formatos para el registro de controles deficientes que han sido identificados por parte de las diferentes unidades orgánicas. ✓ Implementar un Registro en el que se consoliden los controles deficientes reportados por el personal de las unidades orgánicas del INR. ✓ Disponer capacitaciones periódicas al personal del INR, respecto a la identificación y
--	--	---

	capacitación sobre el particular.	registro de los controles deficientes. PRIORIDAD: (1)
5.2.2. IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEDIDAS CORRECTIVAS		
ASPECTOS GENERALES		
1. El Órgano de Control Interno (OCI) realiza el seguimiento de medidas correctivas.	<p>1. Las medidas correctivas resultantes de la autoevaluación por parte de la propia gestión, no se documentan ni se le realiza seguimiento respectivo.</p> <p>2. El OCI no presenta informes que revelen el seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de las Actividades de Control y de Memorándums de Control Interno.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia que le significaría al INR, que se cumpla con efectuarse el seguimiento a las recomendaciones contenidas en los informes resultantes de las actividades de control, así como de los Memorándums de Control Interno.</p>	<p>1. Diseñar e implementar reportes para el seguimiento de la implementación de las observaciones y recomendaciones emitidas internamente. Elaborar un formato estándar para documentar el Plan de Mejoramiento. Dicho formato debería incluir, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de las causas de cada debilidad reportada. ✓ Posibles acciones que permitirían subsanar las debilidades detectadas. ✓ Análisis de la viabilidad de cada acción en tiempo, costo, apoyo político, proveedores, recursos técnicos, entre otras. ✓ Selección de las acciones factibles de implementar. <p>PRIORIDAD: (1)</p> <p>2. Gestionar ante el OCI del INR, que en cumplimiento de sus funciones presente ante la Alta Dirección del INR, informes periódicos que revelen el seguimiento de las recomendaciones derivadas de las Actividades de Control y de Memorándums de Control Interno.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
5.3. NORMAS BÁSICAS PARA LOS COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO		
5.3.1. AUTOEVALUACIÓN		
ASPECTOS GENERALES		
1. Se efectúan autoevaluaciones relacionadas con el Plan Operativo Institucional, Informes Mensuales del Presupuesto e Informes de gestión de las Direcciones Médicas.	<p>1. No se efectúan autoevaluaciones respecto a la validez y efectividad de los controles implementados por el INR en el marco de su actual Sistema de Control Interno.</p> <p>Causa: No se ha considerado la importancia que pudiera significarle al INR ejecutar autoevaluaciones orientadas a evaluar la vigencia y efectividad de los controles implementados.</p>	<p>1. Establecer procedimientos de autoevaluación aplicables a todas las Unidades Orgánicas y a los procesos de la Entidad para medir la efectividad de los controles a nivel Entidad y de Procesos. Los procedimientos deberían contemplar la ejecución de autoevaluaciones de Control y de Gestión.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>
5.3.2. EVALUACIONES INDEPENDIENTES		
ASPECTOS GENERALES		
1. Se realizan anualmente auditoría financieras y presupuestales a cargo del Órgano de Control Institucional del INR.	<p>1. Las acciones de control efectuadas por el OCI no se realizan principalmente a las actividades misionales del INR relacionadas con las labores médicas especializadas.</p> <p>Causa: El OCI no cuenta con personal médico especializado.</p>	<p>1. Coordinar con el OCI, las necesidades de personal médico especializado que le permita ejecutar acciones de control orientadas a verificar el cumplimiento misional del INR en relación a las labores médicas especializadas.</p> <p>PRIORIDAD: (1)</p>

CAPÍTULO IV. ASPECTOS A IMPLEMENTAR

Sobre la base del resultado del diagnóstico realizado y de conformidad con los modelos establecidos en la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno, en el Capítulo anterior se han señalado los aspectos a implementar por cada una de las debilidades detectadas, formato en el cual, además se le ha consignado el nivel de prioridad en cuanto a la implementación de las recomendaciones, de manera que el Instituto Nacional de Rehabilitación lo considere de esa manera en el Plan de Trabajo para la implementación de su Sistema de Control Interno, actividad que en forma subsiguiente debe de realizarse luego de emitirse y aprobarse el Informe de Diagnóstico.

Niveles de Prioridad:

- (1) Alto
- (2) Moderado
- (3) Bajo.
- (P) Permanente

PRIORIDAD:

Nivel de relevancia de la recomendación / aspecto a implementar, o cuán significativo es el efecto de su implementación para la organización. En cuanto a la prioridad "Permanente", debe indicarse, que ello significa que el aspecto a implementar tiene una condición de aplicarse en forma permanente a lo largo del tiempo.

COSTO APROXIMADO DE LA ACTIVIDAD:

Conforme se revela en el capítulo anterior, los Aspectos a Implementar están referidos a actividades propias que corresponde efectuar al personal que labora y presta servicios en el INR, consecuentemente, de acuerdo a los criterios técnicos y normativos establecidos en la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno, en el PLAN DE TRABAJO (que corresponde a una etapa posterior a la emisión y aprobación del Informe de Diagnóstico), debe de incluirse un "Cronograma de Actividades" en el que deberá detallarse las fechas de inicio y término, así como a los responsables que en la fase de EJECUCIÓN, tendrán la responsabilidad de implementar las recomendaciones (Aspectos a Implementar).

Al respecto, debe precisarse que esta implementación, básicamente no representa un costo significativo para el INR, porque corresponden a actividades que principalmente efectúa el personal del INR, las cuáles deben ser incorporadas en el PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

En base a los resultados del Diagnóstico efectuado, lo que se revela detalladamente en el Capítulo III del presente Informe, respecto al Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR, el nivel de desarrollo, organización y grado de madurez observado para cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es el siguiente:

Componentes del Sistema de Control Interno	Inicial	En proceso de implementación	Implementado	Avanzado	Optimizado
Ambiente de Control		(*)			
Evaluación de Riesgos	(*)				
Actividades de Control Gerencial		(*)			
Información y Comunicación		(*)			
Supervisión	(*)				

(*) Grado de Madurez del Sistema de Control Interno.

Dicha calificación se deriva de un análisis normativo, análisis de fortalezas y debilidades y la validación mediante técnicas de verificación, las mismas que fueron realizadas en la Sede Central del INR. En tal sentido como resultado de nuestro análisis se ha evidenciado que existen debilidades de control que ameritan acciones a implementar de manera prioritaria, conforme se indica en el Capítulo III antes mencionado.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

Estando el Resultado del Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" - INR presentado a nivel de componentes y subcomponentes del Sistema de Control Interno, se recomienda de manera prioritaria implementar las actividades descritas en el **CAPITULO IV** (Aspectos a Implementar) del presente Informe.

Lima, 23 de febrero del 2012

Refrendado por:

Abog. NOÉ PASTOR ROMO ANTONIO
CAL 42031

CAPÍTULO VII. EVALUACIÓN DE RIESGOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"

Nuestra consultoría como valor agregado al servicio de "Elaboración del Diagnóstico del Sistema de Control Interno del INR", realizó en forma selectiva la Identificación y Valoración de Riesgos en algunos procesos Asistenciales y Administrativos y cabe precisar que dicha evaluación se realizó, siguiendo la metodología de la Guía de Implementación del Sistema de Control Interno aprobado mediante Resolución de Contraloría General N° 458-2008-CG.

Las unidades orgánicas del INR en las que se han identificado riesgos se presentan a continuación:

- ✓ DIRECCIÓN GENERAL
- ✓ OFICINA DE PERSONAL
- ✓ OFICINA DE ECONOMÍA
- ✓ OFICINA DE LOGÍSTICA
- ✓ OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
- ✓ OFICINA DE SERVICIOS GENERALES
- ✓ DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR
- ✓ DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR
- ✓ DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO

Los resultados detallados de los riesgos identificados en las citadas unidades orgánicas se muestran a continuación:

EVALUACIÓN DE RIESGOS

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

"Dra. ADRIANA REBAZA FLORES"

(IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN)

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO	CAUSA	EFECTO	IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DE RIESGO				
DIRECCIÓN GENERAL														
1	ACTIVIDADES EN REPRESENTACIÓN DEL SECTOR COMISIONES MULTISECTORIALES	ELABORACIÓN DE NORMAS TÉCNICAS A NIVEL NACIONAL Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN BENEFICIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A NIVEL NACIONAL	Instalación de Comisión y Cesiones para el desarrollo del trabajo encomendado.	Creación del Banco de Ayuda Biomecánica "José Carlos Mariátegui", con altas posibilidades de no entrar en funcionamiento por mucho tiempo.	R1	OPERATIVA	No cuenta con presupuesto para la adquisición de bienes y servicios que asegure su funcionamiento. No se cuenta con personal para su implementación adecuada. Improvisación en la formulación y aprobación del Reglamento	Incumplimientos de metas y objetivos	MODO RADIATIVO	2	POSIBLE	2	MODO RADIATIVO	4
2	ARCHIVO FINAL DE DOCUMENTOS	ASEGURAR LA PERMANENCIA Y CONSERVACION ORDENADA DE LOS DOCUMENTOS QUE SE TRAMITEN EN EL INR DURANTE EL PERIODO DEFINIDO POR LEY Y MANTENERLOS DISPUESTOS PARA CONSULTA.	Recepciona, clasifica y custodia los documentos por el periodo de Ley hasta su baja.	El Archivo Central esta sobre saturado de documentos y se encuentra sobre un piso que podría colapsar por el sobrepeso y causar daño a algún servidor.	R2	OPERATIVA	La calidad del piso en donde se encuentra construida el INR no es la adecuada. Placas Radiográficas (63 883) que se encuentran apiladas contra la pared, ocupando más de 40% del ambiente.	Existe la posibilidad que se produzcan accidentes y que colapse el reducido ambiente asignado y de ser así podría ocurrir un accidente que afecte a algún servidor.	DESASTROS	3	POSIBLE	2	IMPOTENTE	6
OFICINA DE PERSONAL														
3	RENOVACION DE CONTRATO	RENOVACIÓN DE CONTRATO A PLAZO FIJO DE ACUERDO AL DECRETO LEY 276 Y SU REGLAMENTO	Recepciona Información de la Oficina de Personal (Informe de desempeño de Funciones Del Trabajador, Ficha de Evaluación, Desempeño Laboral, Record de Asistencia) de acuerdo a estos documentos se procede a emitir oficio y cuadro donde se consigna numero de Plaza, cargo, nivel y remuneraciones de la misma.	Alta rotación y/o cambio de personal en las Unidades Orgánicas, sin considerar los perfiles que se requieren.	R3	OPERATIVO	Decisiones de la Alta Dirección.	Incumplimientos de metas y objetivos institucionales. No permite contar con cuadros calificados.	MODO RADIATIVO	2	POSIBLE	2	MODO RADIATIVO	4

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO		CAUSA	EFECTO	IMPACTO		PROBABILIDAD		NIVEL DE RIESGO	
					R	C			D	S	P	O	I	M
4	DESCUENTOS POR FALTAS Y TARDANZAS	REALIZAR LOS DESCUENTOS A LOS TRABAJADORES POR CONCEPTO DE FALTAS Y TARDANZAS	Recepciona los expedientes de justificación por faltas y tardanzas.	Expedientes de justificación por faltas y tardanzas pueden contener información carente de probidad y legalidad.	R4	CUMPLIMIENTO	No se realiza el control previo a la información contenida en los expedientes de justificación por faltas y tardanzas.	No se realicen los descuentos por faltas y tardanza, lo cual se constituiría en pagos indebidos de remuneraciones que podría acarrear responsabilidades de tipo civil y penal.	DESASTROSO	3	POSIBLE	2	IMPORANTTE	6
5			Verifica el Ingreso, Salida, Faltas y Tardanzas a Través del Sistema Computarizado	Transferencia de datos de los terminales a la base de datos del sistema computarizado. (terminal biométrico y sistema de código de barras) puede efectuarse de forma inoportuna.	R5	OPERATIVO	No se cuenta con un programa de automatización de transferencia de información.	Récord de asistencia se encuentre desactualizado y no brinde información oportuna.	MODERADO	2	POSIBLE	2	MODERADO	4
6			Efectúa los movimientos mensuales de justificación de faltas y tardanzas en el sistema.	El Sistema computarizado (Software) de Control de Asistencia no permite un adecuado control de los movimientos mensuales de justificación de faltas y tardanzas.	R6	TENCIOLOGÍA	No se prioriza y considera prioritarios que los equipos técnicos cuenten con un adecuado sistema de información a pesar de haber sido requerido.	Podrían generarse pagos indebidos de remuneraciones que podría acarrear responsabilidades de tipo civil y penal.	DESASTROSO	3	POSIBLE	2	IMPORANTTE	6
7			Calcula a través del Sistema Computarizado los descuentos mensuales a los trabajadores por asistencia.	Calculo errados de descuentos por faltas y tardanzas.	R7	OPERATIVO	No se realiza un adecuado control y supervisión al ingreso y/o modificación de los datos al Sistema Computarizado (Software) de Control de Asistencia.	Descuentos por faltas y tardanzas no materializados	MODERADO	2	IMPORANTTE	1	TOLERABLE	2
8			Emite La Resolución Administrativa por descuentos de Faltas y Tardanzas y lo remite visado a la Jefatura de la Oficina de Personal para su firma.	Resoluciones Administrativas por descuentos de Faltas y Tardanzas incompleto.	R8	OPERATIVO	Resoluciones Administrativas por descuentos y tardanzas no cuentan con una adecuada supervisión y monitoreo de la información procesada por el sistema computarizado de Control de Asistencia.	Descuentos por faltas y tardanzas no materializados	MODERADO	2	POSIBLE	2	MODERADO	4

OFICINA DE ECONOMÍA														
N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO		CAUSA	EFECTO	IMPACTO		PROBABI LIDAD		NIVEL DE RIESGO	
9	ADMINISTRAR LA EJECUCIÓN DEL GASTO INCLUYENDO MODIFICACIONES	RECEPCIÓN, REVISIÓN, ANÁLISIS Y REGISTRO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS EN EL SIAF, VELANDO LA CORRECTA APLICACIÓN DE LA LEGALIDAD DE LOS GASTOS DEL INR.	<p>Recepción de Orden de Compra, Planillas de haberes, Planillas de Pensiones, Rendición y Reembolsos de Caja.</p> <p>Revisión de Afectación Presupuestal, Meta, Fuente de Financiamiento y Clasificador del Gasto.</p> <p>Revisión de la Documentación que sustente el Gasto de la Adquisición de Bienes y/o Servicios.</p> <p>Registro y Aprobación del SIAF.</p> <p>Análisis de la Información Presupuestal.</p> <p>Manejo de Modificaciones Presupuestarias sustentadas con las Resoluciones y Dispositivos.</p>	Información de carácter presupuestal no es procesada y registrada en el Módulo del Sistema SIAF.	R9	O P E R A T I V O	Fallas en los cableados de la RED ocasiona eventuales caídas del sistema SIAF.	Incumplimiento de los plazos establecidos para la remisión de información de carácter presupuestario a los Organismos pertinentes.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
10	OPERACIONES CONTABLES	RECEPCIÓN, REVISIÓN, ANÁLISIS DE CUENTAS Y REGISTRO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS EN EL SISTEMA CONTABLE.	Análisis del Estado de Gestión (EE GG PP)	No se recepciona los reportes del Activo Fijo y Bienes No Depreciables por el Modulo SIGA por parte de Control Patrimonial a cargo de la Oficina de Logística.	R10	O P E R A T I V O	Reportes de Activos Fijos y Bienes No Depreciables se elaboran en EXCEL.	Información Contable (Balance General Inicial, Balance de Comprobación Mensual, Balance Constructivo), no cuenta con información acorde a postulados contables que puede ser sujeta de una calificación en la auditoría anual de los estados financieros.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4

OFICINA DE LOGÍSTICA														
N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO		CAUSA	EFECTO	IMPACTO		PROBABILIDAD		NIVEL DE RIESGO	
11	ÓRDENES DE COMPRA	RECEPCIÓN DE MERCADERIA	Área de compras envía Orden de Compra Original al Almacén para su recepción.	La no recepción de los bienes por falta de orden de compra con el llenado y visado respectivo.	R11	O P E R A T I V O	Adquisición no remite oportunamente la orden de compra para la recepción del pedido.	No recepción del bien. Atención no oportuna al usuario. Incumplimiento de metas.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
			Proveedor se apersona al almacén para entregar la mercadería.	Que el proveedor incumpla con la entrega de los bienes en los plazos establecidos.	R12	O P E R A T I V O	El proveedor no cuenta con el stock solicitado. Falta de documentación sustentatoria (documentos técnicos y/o administrativos)	Atención no oportuna al usuario. Incumplimiento de metas.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
			El Almacenero recibe la Mercadería verificando las especificaciones técnicas de acuerdo a la Orden de Compra y firma conformidad de recepción.	No recepción del bien por no corresponder.	R13	O P E R A T I V O	No cumplen con las especificaciones técnicas señaladas en la orden de compra.	No atención al usuario Incumplimiento de metas.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
14	DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS DE BIENES PATRIMONIALES	REGISTRO Y CONTROL DE BIENES PATRIMONIALES.	Registro de copia de Pecosa / Orden de Compra o NEA del bien.	Los bienes ingresados no son distribuidos a las áreas que inicialmente realizaron el requerimiento.	R14	O P E R A T I V O	Descoordinación entre adquisiciones y almacén.	No atención al usuario que hizo el requerimiento por una necesidad, afectando el cumplimiento de sus metas.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
			Registro del Bien en el área usuaria con una ficha de asignación de bienes.	Error en la digitación de los datos de los bienes en el sistema patrimonial.	R15	O P E R A T I V O	Carencias de herramientas para la mejor visualización de algunos bienes especiales	No se tiene los datos reales de los bienes.	L E V E	1	I M P R O B A B L E	1	A C E P T A B L E	1

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO		CAUSA	EFECTO	IMPACTO		PROBABILIDAD		NIVEL DE RIESGO	
16			Supervisión del movimiento o traslado del bien, o rotación, mediante constatación previa del área usuaria.	La unidad orgánica no cumple con informar a quien se le asignó el bien.	R16	CUMPLIMIENTO	Jefes responsables de las unidades orgánicas no asignan los bienes adquiridos a los usuarios finales	No se tiene el registro y control actualizado de la asignación de bienes y en caso de daño o pérdida existirían dificultades para la recuperación.	MODO R A D O	2	P O S I B I L E	2	M O D E R A D O	4
17	INFORME TÉCNICO DE ALTA O BAJA DEL BIEN	BAJAS Y ALTAS DE BIENES PATRIMONIALES Y VENTAS DE BIENES PATRIMONIALES EN CONDICIONES DE BAJA.	Informe técnico de la condición del bien y el valor, mediante reporte.	Evaluación y análisis de las condiciones del bien y su valorización no realizados en los plazos establecidos.	R17	OPERTIVO	Probables descoordinaciones para los periodos de evaluación y análisis de las condiciones del bien y su valorización.	Vencimiento de los plazos establecidos según normatividad.	LEVE	1	IMPROBABLE	1	ACEPTABLE	2
18			Informe Técnico de Alta y Baja, la Norma Legal, la condición del bien, el valor depreciable, tasación del bien, se recomienda su baja.	No inmediata elaboración de los Informes Técnicos.	R18	CUMPLIMIENTO	Incumplimiento en la elaboración de Informes Técnicos.	Afecta la confiabilidad de la información contable.	MODO R A D O	2	IMPROBABLE	1	TOLERABLE	2
19			Elabora propuesta de proyecto de resolución administrativa y eleva a logística y a la Dirección Ejecutiva de Administración.	No ser remitida dicha propuesta a las Unidades Orgánicas del INR para su traslado a la Superintendencia de Bienes Nacionales y el MINSA.	R19	CUMPLIMIENTO	Incumplimiento en la continuación de los procedimientos.	La SBN no podrá registrar, controlar y administrar el patrimonio estatal.	LEVE	1	IMPROBABLE	1	ACEPTABLE	2

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO	CAUSA	EFECTO	IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DE RIESGO				
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA														
20	ATENCIÓN DE REQUERIMIENTO DE USUARIOS	BRINDAR UNA ADECUADA ATENCIÓN A LOS REQUERIMIENTOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES ORGÁNICAS DEL INR	Usuario envía solicitud mediante Memorando al Equipo de Informática solicitando atención.	Usuario no especifica bien el problema	R20	OPERATIVO	Falta de conocimientos básicos del usuario para explicar el problema.	Se consume tiempo adicional en la atención porque no se asigna adecuadamente al personal que deba atender el problema.	LEV	1	POSIBLE	2	TOLERABLE	2
21			Recepción y derivación del problema	Demora en la asignación y atención de la tarea.	R21	OPERATIVO	Sólo se cuenta con un solo técnico para atender a todas las Unidades Orgánicas del INR.	Que el usuario espere mucho tiempo para ser atendido, afectando el cumplimiento de sus funciones.	MODO RADO	2	POSIBLE	2	MODERADO	4
22			Recibe el documento si se puede se soluciona el problema por teléfono sino se registra y emite Orden de Trabajo.	El diagnóstico no sea el correcto.	R22	OPERATIVO	Falta de destreza y conocimientos para la ejecución de la tarea.	Que el usuario no cuente con su equipo por más tiempo de lo esperado, afectando el cumplimiento de sus funciones.	MODO RADO	2	POSIBLE	2	MODERADO	4
23			Realiza la reparación de algún componente o el reemplazo del mismo para corregir el desperfecto.	Que el equipo no pueda repararse o su reparación sea muy costosa.	R23	OPERATIVO	Equipo con muchos años de antigüedad	Que el usuario No cuente con las herramientas que permitan optimizar sus actividades, afectando el cumplimiento de sus funciones.	MODO RADO	2	POSIBLE	2	MODERADO	4
24	ANÁLISIS, DISEÑO Y PROGRAMACIÓN DE SISTEMAS	BRINDAR UNA ADECUADA ATENCIÓN A LOS REQUERIMIENTOS DE LAS DIFERENTES UNIDADES ORGÁNICAS DEL INR.	Envía solicitud de Desarrollo o Modificación del Sistema mediante Memorándum al Equipo de Informática.	Documento no autorizado por las Unidades Orgánicas.	R24	OPERATIVO	Desconocimiento de la Directiva.	Se invalida la solicitud.	LEV	1	IMPROBABLE	1	ACEPTABLE	1

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO		CAUSA	EFECTO	IMPACTO		PROBABILIDAD		NIVEL DE RIESGO	
25			Recepción del documento y deriva al Director de la Oficina de Estadística e Informática para su derivación al equipo de Informática.	Análisis no adecuado del requerimiento.	R25	O P E R A T I V O	Personal no capacitado o falta de experiencia.	Requerimientos de desarrollo de Sistemas que no favorece al cumplimiento de actividades y tareas de las Unidades Orgánicas del INR, lo que incide en el cumplimiento de objetivos y metas.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
26			Se procede a desarrollar el sistema.	No se realice el desarrollo del Sistema adecuado.	R26	T E C N O L O G I C O	Personal no capacitado o falta de experiencia.	Que se cometan errores y no se obtenga un sistema que satisfaga las necesidades de los usuarios.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
27			Recepción y evaluación del Informe final.	No se recepciona el reporte.	R27	O P E R A T I V O	Falta de tiempo o descuido del personal encargado.	No se evalúa a tiempo.	M O D E R A D O	2	I M P R O B A B L E	1	T O L E R A B L E	2
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES														
28	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MAQUINARIA Y EQUIPO	MANTENER Y REPARAR DE MANERA PREVENTIVA, LA MAQUINARIA Y EQUIPO DEL INR PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO.	Recolectar la información del Usuario, consolidar y elaborar el POA de Mantenimiento y se aprueba con Resolución Directoral, indica plazos y tiempos.	El área de carpintería se encuentra muy hacinado y a lado de una cisterna de combustible	R28	O P E R A T I V O	Inadecuada ubicación del Área de Carpintería.	Se puede generar un incendio que podría afectar la integridad de los usuarios y servidores del INR. Incumplimiento de las actividades y tareas.	D E S A S T R O S O	3	P O S I B L E	2	I M P O R T A N T E	6

N°	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO	CAUSA	EFECTO	IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DE RIESGO				
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR														
29	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	OBTENER Y CONTAR CON UN REGISTRO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE	Unidad de Admisión remite diariamente al DIDRIDP las Historias Clínicas de pacientes citados.	No se recepcionan oportunamente las Historias Clínicas.	R29	OPERATIVO	Falta de coordinación entre las Unidades Orgánicas y Asistenciales y Administrativas.	Retarda la atención de los pacientes, ocasionando malestar en los usuarios y una mala imagen del INR.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
30			Secretaria recepciona pacientes, controla Tarjeta de Atención, Ticket de Consulta y Asistencia e indica consultorio y médico.	Aumento del tiempo de espera para iniciar terapia.	R30	OPERATIVO	Desarrollo de otras actividades.	Insatisfacción del paciente y una mala imagen del INR.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR														
31	TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO INDIVIDUAL	REEDUCACIÓN FUNCIONAL Y DINÁMICA DEL PACIENTE CON SECUELA DOLOROSA Y MÚSCULO ESQUELETICO	Paciente evaluado en consulta médica es derivado con programa de tratamiento a terapia física con horario establecido y ambiente determinado.	Equipos biomédicos y tanques podrían quedar obsoletos.	R31	TECNOLÓGICO	Insuficiente tecnología de punta relacionada con la rehabilitación en el ámbito nacional.	Se asumen costos que podrían ser menores si es que se adquieren equipos biomédicos y tanques con nuevas tecnologías.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
32				Equipos de electroterapias podrían funcionar inadecuadamente.	R32	OPERATIVO	No se reemplazo oportunamente los electrodos de carbón.	Riesgos en salud en la atención del paciente.	D E S A S T R O S O	3	P O S I B L E	2	I M P O R T A N T E	6

PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	PROCEDIMIENTO	RIESGOS	TIPO DE RIESGO	CAUSA	EFECTO	IMPACTO	PROBABILIDAD	NIVEL DE RIESGO					
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO														
33	EXAMEN RADIOLÓGICO	REALIZAR EXAMEN RADIOLÓGICO AL PACIENTE SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.	Ubicar al paciente de RX Procede al examen radiográfico según indicación médica. Procesa la placa radiográfica. Verifica si ha salido bien, sino se repite el examen de RX	Retraso del diagnóstico por equipo fuera de servicio (marca SEDECAL XPLUS, LP PLUS).	R33	O P E R A T I V O	Falta de mantenimiento preventivo de los equipos en forma oportuna.	Insatisfacción del paciente y retraso en el diagnóstico, afectando la imagen institucional del INR.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4
34			Ubicar al paciente de RX Procede al examen radiográfico según indicación médica. Procesa la placa radiográfica. Verifica si ha salido bien, sino se repite el examen de RX.	Los cortes del fluido eléctrico afectan al equipo de radiología digital, marca SEDECAL XPLUS, LP PLUS.	R34	O P E R A T I V O	Demoras prolongadas en la puesta en marcha del grupo electrógeno de la institución.	Estos inconvenientes desconfiguran el programa del equipo limitado la realización de estudios grabados de CD cortan la comunicación entre el área de trabajo y el área de diagnóstico del servicio, ocasionando la urgencia de llamar a los técnicos de la empresa electromédica peruana para poner plenamente operativo el equipo.	M O D E R A D O	2	P O S I B L E	2	M O D E R A D O	4