

AG: WEB

MINISTERIO DE SALUD



**Dirección General**

## RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 175 -2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 24 de setiembre de 2018

**Visto;** la Nota Informativa Nº 018-2018-CCI-HVLH/MINSA, emitida por el Secretario Técnico del Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, establece que la Contraloría General de la República es la entidad competente para dictar la normativa técnica de control que oriente a la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 094-2018-DG-HVLH, de fecha 18 de mayo de 2018, se reconformó el Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 173-2018-DG-HVLH, de fecha 20 de setiembre de 2018, se aprobó el Informe del Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, mediante Resolución de Contraloría Nº 149-2016-CG se aprobó la Directiva Nº 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", que entre otras disposiciones, precisa en su numeral 7.2.3 la elaboración del plan de trabajo para el cierre de brechas, la misma que comprende la formulación de las acciones para el cierre de brechas identificadas en el diagnóstico, considerando la Actividad 6 "Elaborar el plan de trabajo con base en los resultados del diagnóstico del Sistema de Control Interno";

Que, de conformidad con el citado numeral, el plan de trabajo es el documento que define el curso de acción a seguir con la finalidad de cerrar las brechas identificadas en el diagnóstico, por cada brecha identificada se debe indicar las acciones para cerrarla, las cuales se registran en el plan de trabajo, consignando la unidad orgánica, funcionario o servidor público responsable, así como los recursos y plazos de inicio y fin para su implementación trazados en un cronograma de ejecución; el mismo que es elaborado por el Comité de Control Interno y aprobado por el Titular de la Entidad a fin de que se disponga su implementación, en los plazos establecidos;

Que, conforme al Acta Nº 24-2018, de fecha 20 de agosto de 2018, el Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera elaboró y aprobó el Plan de Trabajo para el Cierre de Brechas para implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;



Que, estando a lo expuesto y a lo señalado en el documento del visto, corresponde expedir Resolución Directoral que apruebe el Plan de Trabajo para el Cierre de Brechas para implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visado del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Víctor Larco Herrera; y, De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado; de la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", aprobada por Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG; y con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.- APROBAR el "INFORME DE PLAN DE TRABAJO PARA EL CIERRE DE BRECHAS PARA IMPLEMENTAR Y FORTALECER EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA",** cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución y consta de Diecinueve (19) folios.



**Artículo 2º.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)).

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

  
.....  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693



PERÚ

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

# INFORME DE PLAN DE TRABAJO PARA EL CIERRE DE BRECHAS PARA IMPLEMENTAR Y FORTALECER EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Agosto 2018

## CONTENIDO

### 1. ANTECEDENTES

### 2. OBJETIVO

### 3. METODOLOGÍA

### 4. PLANES DE ACCIÓN

### 5. CONCLUSIONES

### 6. RECOMENDACIONES

### 7. ANEXOS

- 7.1 BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR
- 7.2 RESUMEN DE BRECHAS VERSUS ACCIONES A IMPLEMENTAR
- 7.3 REQUERIMIENTO PRESUPUESTAL POR AÑO PARA EL CIERRE DE BRECHAS.
- 7.4 PLAN DE TRABAJO PARA EL CIERRE DE BRECHAS DEL SCI DEL HVLH
- 7.5 ANEXO 19 REPORTE DE EVALUACIÓN POR ETAPAS – FASE DE PLANIFICACIÓN.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

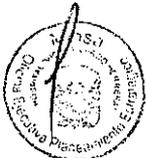
## 1. ANTECEDENTES

El Congreso de la República aprueba mediante Ley N° 28716 la "Ley de Control Interno de las Entidades del Estado", mediante la cual se establece las normas destinadas a "regular la elaboración, aprobación, implantación, funcionamiento, perfeccionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado".

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

El mismo cuerpo legal establece en su artículo 4° Que las entidades implanten obligatoriamente sistemas de control interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución al cumplimiento de los objetivos siguientes:

- Promover y optimizar la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad, así como la calidad de los servicios públicos que presta;
- Cuidar y resguardar los recursos y bienes del Estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales, así como, en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudiera afectarlos;
- Cumplir con la normatividad aplicable a la entidad y sus operaciones;
- Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información;
- Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales;
- Promover el cumplimiento de los funcionarios o servidores públicos de rendir cuenta por los fondos y bienes públicos a su cargo y/o por una misión u objetivo encargado y aceptado.



Mediante la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, de 30 de octubre del 2006, se aprobaron las Normas de Control Interno, de aplicación a las Entidades del Estado, de conformidad con la mencionada Ley N° 28716; y constituyen lineamientos y/o criterios para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades.

Así también, con Resolución de Contraloría General N° 149-2016-CG de 13 de mayo de 2016, se aprobó la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", la misma que establece las fases y etapas de la implementación del sistema de control interno y los plazos por nivel de gobierno para que las entidades realicen dicha implementación.

Asimismo, con Resolución de Contraloría General N° 004-2017-CG, de 18 de enero de 2017, se aprobó la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado", con la cual se establecen los lineamientos para la implementación operativa del Sistema de Control Interno.

Finalmente,

En dicho contexto, el Comité de Control Interno del HVLH aprobó el Plan de Trabajo para la elaboración del Diagnóstico del Sistema de Control Interno del HVLH, siguiendo



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Comité de Control Interno



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

los lineamientos de la citada "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado".

Posteriormente conforme consta en Acta del Comité de Control Interno de fecha 20 de julio del 2018, aprobó el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera disponiendo que se elabore el Plan de Trabajo de Cierre de Brechas.

**2. OBJETIVO**

Determinar las acciones o actividades a implementar, el funcionario responsable de su implementación, el costo o monto referencial que requiere la institución para ejecutar cada actividad, y el periodo en que estas se ejecutarán para lograr el cierre de brechas identificadas en el Diagnóstico del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera en concordancia con la normas dictadas por la Contraloría General de la República a fin de implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera, afín de cautelar, fortalecer y optimizar los sistemas administrativos y operativos mediante acciones y actividades de control previo, simultaneo y posterior.

**3. METODOLOGÍA**

Para emitir el presente Plan de Trabajo se ha tomado como sustento el Informe de Diagnóstico del Sistema de Control Interno, el cual contiene las brechas de control interno identificadas incluyendo aquellas obtenidas de la matriz de vinculación de los componentes del SCI con los instrumentos de gestión contenidos en el Anexo 10 de la citada Guía para cerrar las brechas que presenta el Sistema de Control Interno del HVLH.

Las brechas identificadas al efectuar el diagnóstico del SCI constituyen los insumos para determinar las acciones a adoptar para fortalecer el SCI en la entidad; seguidamente se muestra la distribución de 39 acciones a implementar clasificadas por cada componente y por unidades orgánicas 24 acciones, lo que representa un total de 63 acciones a implementar.

La propuesta del plan de trabajo comprende los ejercicios 2018, 2019 y 2020, se elaboró en atención a los resultados del diagnóstico del SCI, con la participación de los Coordinadores de Control Interno designados mediante Resolución Directoral.

Para la ejecución de las acciones propuestas en el plan de trabajo, se han realizado reuniones de coordinación a solicitud del equipo de trabajo y promovidas por el – Comité de Control Interno a través del Despacho de la Dirección General y Dirección Adjunta, de manera conjunta y permanentes la con asistencia de los funcionarios a cargo de las unidades orgánicas comprendidas en las brechas para la búsqueda de la mejor alternativa de solución con la activa participación de sus Coordinadores.

En tales reuniones de coordinación, se determinaron con los propios jefes de las unidades orgánicas, Directores de las Oficinas Ejecutivas de Administración y de Planeamiento Estratégico, entre otros, respecto de los costos estimados y plazos para la ejecución de cada acción o actividad de cierre de brechas en el ámbito de su competencia funcional, quienes dieron su validación y en los casos de la participación de varias unidades orgánicas en la ejecución de actividad correctiva se determinó la pertinencia de establecer solo a uno de los participantes como el directo responsable de la acción a ejecutar, en el marco de su competencia funcional.

Sin perjuicio de lo antes referido, debemos reconocer el importante apoyo brindado por la alta dirección, los miembros del comité de control interno los jefes de las unidades





PERU

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

orgánicas evaluadas, los coordinadores que sin su valioso apoyo esta tarea hubiera sido más compleja y menos llevadera.

De esta manera el Comité de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera ha concluido la Etapa III: Elaboración del Plan de Trabajo para el cierre de brechas, al haber realizado la Actividad No. 6 "Elaborar el Plan de trabajo con base en los resultados del diagnóstico del SCI", conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del SCI para las entidades del sector público, dispuesto por la CGR.

Por lo tanto, contando con la aprobación del CCI y de la Dirección General del HVLH correspondería al Comité ingresar a la FASE de "EJECUCIÓN" (Etapa IV "Cierre de brechas", Actividad No. 7: "Ejecutar las acciones definidas en el plan de trabajo") superando las restricciones de disponibilidad presupuestal para los ejercicios económicos 2018, 2019 Y 2020 y en tal contexto con las mismas restricciones dispuestas al HVLH por el órgano rector del Sector Salud.

Asimismo, se tendrán que superar las disposiciones restrictivas del Ministerio de Cultura respecto de la intangibilidad del predio que ocupa el HVLH calificado como monumento histórico; y las demandas económicas compulsivas de la Beneficencia Pública de Lima, todos éstos factores externos, algunos de larga data sin éxito por las gestiones anteriores, que esta administración debe proseguir en procura de lograr los objetivos institucionales.

Igualmente, la Directora General, Titular de la Entidad, invocó en las sesiones del CCI a los funcionarios responsables de implementar las acciones de cierre de brechas, incluyan en el POI de la unidad a su cargo, en el marco de su competencia funcional, de ser necesario, como lo dispone la CGR en la Guía antes mencionada.

Resaltó la Directora General, su confianza en los funcionarios y servidores del HVLH de cada una de las áreas comprendidas en la ejecución de tales acciones de cierre de brechas que brindarán su mayor contribución en procura de este propósito.

#### 4. PLANES DE ACCIÓN

La propuesta de acciones o actividades referidas a la implementación del Sistema de Control Interno se integra en el cronograma de implementación del Plan de Trabajo que se muestra como anexo del presente informe.

El seguimiento y evaluación del cumplimiento de actividades programadas en el plan se encontrarán a cargo del CCI del Hospital Víctor Larco Herrera a través del Equipo Operativo de Apoyo.

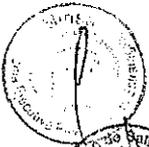
#### 5. CONCLUSIONES

5.1. El Plan de Trabajo de cierre de brechas consta de 63 acciones o actividades a ejecutar, las cuales se distribuyen en 39 por componentes y 24 por Unidades Orgánicas, según el detalle siguiente:

Por Componentes:

- ✓ Ambiente de Control: 6 actividades
- ✓ Evaluación de Riesgos: 8 actividades
- ✓ Actividades de Control Gerencial: 9 actividades
- ✓ Información y Comunicación: 10 actividades
- ✓ Supervisión: 6 actividades.

Unidades Orgánicas





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Comité de Control Interno



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

✓ 24 acciones a implementar.

- 5.2. El plan de trabajo comprende actividades a ejecutar en un horizonte de 29 meses iniciándose en agosto 2018 hasta diciembre de 2020, estableciendo responsables, recursos presupuestales y plazos para su ejecución, con un costo estimado de S/. 4'347,500 soles, distribuidos en los ejercicios 2018 (S/ 13,500), 2019 (S/ 1'928,000) y 2020 (S/ 2'406,000).
- 5.3. Las actividades del presente Plan deben ser incorporadas a los respectivos Planes Operativos Institucionales de las Unidades Orgánicas pertinentes, de corresponder, para asegurar su cumplimiento.
- 5.4. Para el logro de los objetivos del Plan de Trabajo de cierre de brechas se requiere del compromiso de los responsables asignados a cada actividad.
- 5.5. El cumplimiento de las actividades dispuestas en el Plan de Trabajo debe ser monitoreadas por el Comité de Control Interno a través del equipo operativo de apoyo al CCI.

**6. RECOMENDACIÓN**

A fin de asegurar la ejecución del Plan de Trabajo de cierre de brechas para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno del Hospital Víctor Larco Herrera, me permito recomendar que el Comité de Control Interno previa revisión y visación del citado Plan se sirva solicitar la aprobación de la Dirección General del HVLH, la que deberá disponer que el Comité adopte las acciones que corresponda para la ejecución de las acciones programadas.

**7. ANEXOS**

- 7.1 BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR
- 7.2 RESUMEN DE BRECHAS VERSUS ACCIONES A IMPLEMENTAR
- 7.3 REQUERIMIENTO PRESUPUESTAL POR AÑO PARA EL CIERRE DE BRECHAS.
- 7.4 PLAN DE TRABAJO PARA EL CIERRE DE BRECHAS DEL SCI DEL HVLH
- 7.5 ANEXO 19 REPORTE DE EVALUACIÓN POR ETAPAS – FASE DE PLANIFICACIÓN.





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Victor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

N°	BRECHAS COMO RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO DEL SCI, CONTENIDAS EN LA MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SCI CON LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN O PRÁCTICAS DE GESTIÓN (ANEXO 10 DE LA GUÍA)	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES (Acciones a Implementar)
<b>COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL</b>		
1	No se cuenta con un código de ética institucional	Que la Oficina de Personal elabore y gestione la aprobación de la Directiva del Código de Ética del HVLH y lo difunda al personal
2	No se tiene evidencia de la sujeción al código de ética por parte de los funcionarios y servidores públicos	Que la Oficina de Personal elabore el formato de adherencia por parte de los colaboradores del HVLH al Código de Ética Institucional, y requiera la firma respectiva de adherencia.
3	No se cuenta con un Plan Estratégico de Gobierno Electrónico del HVLH	Que la Oficina de Estadística e Informática elaborar el Plan Estratégico de Gobierno Electrónico del HVLH este documento será elaborado una vez que el MINSA emita el documento ESTRATEGIA DE GOBIERNO DIGITAL para el sector salud de acuerdo al "Aviso de Sinceramiento" de fecha 28 de junio 2018
4	No se cuenta con los documentos de gestión: Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE) y Manual de Perfiles de Puestos (MPP)	Que la Oficina de Personal formule los documentos de gestión Cuadro de Puestos de la Entidad (CPE) y Manual de Perfiles de Puestos (MPP). Para lo cual deberá Elaborar Informe de Dotación de Servidores Civiles necesarios de la Entidad que sirva como insumo para el Cuadro de Puestos de la Entidad; y Elaborar un tablero de puestos de la entidad que sirva como insumo del Manual de Perfiles de Puestos
5	No se cuenta con registros que evidencien la evaluación de los perfiles de la entidad, lo que se relaciona con la falta del Manual de Puesto.	Que la Oficina de Personal elabore la Directiva de Rotación de Personal y los reportes semestrales de rotación.
6	No cuenta con Directiva que regula el procedimiento para el requerimiento, autorización, otorgamiento y rendición de cuenta de viáticos y pasajes por comisión de servicios dentro y fuera del territorio nacional	Que la Oficina de Economía elabore directiva que regula el procedimiento para el requerimiento, autorización, otorgamiento y rendición de cuenta de viáticos y pasajes por comisión de servicios dentro y fuera del territorio nacional
<b>COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>		
7	No se cuenta la Política y Manual de Gestión de Riesgos.	El Comité de Riesgos diseñe la política y elabore el Manual de Gestión de Riesgos
8	No se Cuenta con un Plan de Gestión de riesgos.	El Comité de Riesgos elabore el Plan de Gestión de Riesgos
9	No se ha difundido la Política, Manual y Plan de Gestión de Riesgos aprobados por la entidad.	El Comité de Control Interno solicitará la publicación a la Oficina de Comunicaciones realizar una campaña de difusión sobre la política de riesgos, aprobada por la entidad.
10	No se cuenta con lineamientos para implementar la gestión de riesgos.	El Comité de Riesgos elabore la Implementación de la Gestión de Riesgos en los Procesos Críticos
11	No se ha realizado el inventario de riesgos, consecuentemente, no se cuenta con la matriz de riesgos ni plan de tratamiento	El Comité de Riesgos elabore la Identificación y registro de los riesgos operativos Cuantificación y registro de los principales Riesgos Operacionales
12	No se cuenta con lineamientos para	El Comité de Riesgos elabore la normativa interna que





PERU

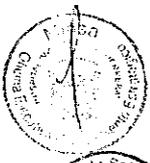
MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

	identificar y evaluar posibles fraudes.	considera la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción
13	No existen reportes de monitoreo de cambios externos e internos que puedan impactar en el SCI.	EL Comité de Riesgos tome las acciones respecto de los reportes del monitoreo de los cambios externos e internos que puedan impactar en el SCI
14	No existen normas internas que considere la posibilidad de fraude en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción.	EL Comité de Riesgos elabore la propuesta de un norma interna para identificar y evaluar posibles fraudes en procesos de áreas expuestas a actos irregulares o de corrupción
<b>COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL</b>		
15	No se cuenta con procedimientos internos sobre rotación de personal susceptible.	Que la Oficina de Personal elabore y aprobar directiva para la rotación periódica de personal asignado a puestos susceptibles a riesgos de fraude
16	No se realizan evaluaciones para identificar que en los procesos, actividades y tareas se cumple con la segregación de funciones.	Que la Oficina de Gestión de la Calidad consolide los MAPROS de hospital afin de evaluar e identificar la necesidad de efectuar segregación de funciones en los procesos actividades y tareas proponiendo las mejoras de corresponder, proponiendo las mejoras como parte del proceso de mejora continua.
17	No se cuenta con lineamientos para realizar evaluaciones costo-beneficio, previo a la implementación de controles.	La Oficina Ejecutiva de Administración emita una Política y/o Lineamientos para la aplicación de la evaluación costo -beneficio en la implementación de controles en procesos y/o procedimientos.
18	No se cuenta con normatividad interna que regule el acceso a información restringida.	Que la Dirección General asigne esta actividad al encargado del Acceso a la Información Pública que se encargue de la elaboración de la norma interna que regule el acceso a información restringida
19	No se ha implementado la medición de indicadores de gestión que evalúen la efectividad de los procesos y permitan identificar mejoras.	Que la Oficina de Gestión de la Calidad realice la Implementación de Indicadores de Gestión aprobados para medir las acciones de mejora
20	No se cuenta con un plan de contingencias.	Que la Oficina de Estadística e Informática actualice un plan de contingencias informático
21	No se ha elaborado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.	Que la Oficina de Estadística e Informática elabore y gestione el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI este documento será elaborado una vez que el MINSA emita el documento ESTRATEGIA DE GOBIERNO DIGITAL para el sector salud de acuerdo al aviso de sinceramiento de fecha 28 de junio 2018
22	No se ha desarrollado una metodología de mejora continua.	Que la Oficina de Gestión de la Calidad elabore el instructivo para el registro de propuestas de mejoras en los procesos y para el registro de las medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora
23	No existen directivas de rendición de cuentas	La Dirección General determina a la Unidad orgánica encargada de emitir la Directiva institucional de rendición de cuentas.
<b>COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
24	Desactualización de los procedimientos de los sistemas de información.	Que la Oficina de Estadística e Informática realice la actualización de los Planes informáticos.
25	No se cuenta con registros formales de las revisiones efectuadas a los procesos.	Las Unidades prestadoras de servicio remitirán a la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la Oficina de Planeamiento, las actualizaciones de los documentos para la consolidación respectiva.

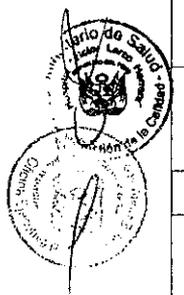




*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"*  
*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

**BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR**

26	No se cuenta con un sistema de gestión documentaria.	Que la Oficina de Estadística e Informática Integre los subsistemas de información de las unidades orgánicas del Hospital en un solo sistema de Gestión de Base de Datos.
27	No se cuenta con registros formales sobre la implementación de mejoras por cambio de normativa, reclamos o pedido de los usuarios.	Que, la Oficina de Gestión de la Calidad realice "Registros" de implementación de mejoras, producto de cambios en la normatividad/ reclamos o pedidos de los usuarios.
28	El ambiente de Archivo Central no es adecuado por sus condiciones precarias, espacio insuficiente, carente de estantes, cajas archiveras, orden y limpieza, personal insuficiente y no especializado, falta de condiciones mínimos de seguridad y salud en el trabajo Ley 29783 (mascarillas, guantes, vestuario, etc.), entre otros.	La Dirección General disponga que la jefa Unidad Funcional de Tramite Documentario y Archivo Central Elabore e implemente el Plan de mejora del Archivo Central del Hospital
29	No se cuenta con una directiva que regule los préstamos y transferencia de documentación.	La Dirección General disponga que la jefa Unidad Funcional de Tramite Documentario y Archivo Central elabore y gestione la aprobación de la Directiva que regule los préstamos y transferencia de documentación.
30	No cuenta con norma para la administración de Internet.	Que la Oficina de Estadística e Informática actualice y aprobar la Directiva para la administración de internet.
31	No se cuenta con Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los usuarios en el libro de reclamaciones.	Que la Oficina de Gestión de la Calidad Actualice y gestione la aprobación la Directiva para el registro, trámite y atención de los reclamos interpuestos por los usuarios en el Libro de Reclamaciones.
32	No se cuenta con una directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar del hospital.	Que la Oficina de Estadística e Informática Elabore y gestione la aprobación la Directiva sobre la publicación en el portal de Transparencia Estándar del hospital
33	No se cuenta con Directiva que regula la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Pública.	Que la Oficina de Estadística e Informática Elabore y gestione la aprobación la Directiva que regule la Atención de Solicitudes de Acceso a la información Publica
<b>COMPONENTE: SUPERVISIÓN</b>		
34	No existen lineamientos para desarrollar acciones de prevención y monitoreo	El CCI Elaborara y gestionara la aprobación de la Directiva para desarrollar acciones de prevención, seguimiento y monitoreo del SCI
35	No existen evaluaciones de los procesos y procedimientos internos.	Que la Oficina de Gestión de la Calidad elaborare un informe de sistematización con la consolidación de los MAPROS asistenciales y administrativos.
36	No existen registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades y procedimientos	Que el comité de Gestión por Procesos y el comité de Control Interno elabore registros de acciones de monitoreo para medir la eficacia de las actividades y procedimientos
37	No existe procedimiento de autoevaluación sobre la gestión y control interno en el hospital.	Elaborar el plan de mejoramiento por cada UPS.
38	Existen recomendaciones del Órgano de Control Institucional que se encuentran pendientes de implementar.	El Director Adjunto elabore reporte de seguimiento de la Implementación de las recomendaciones del OCI
39	No existen registros de medidas adoptadas para desarrollar oportunidades de mejora.	El CCI y el comité de gestión por procesos informará sobre el avance de la implementación del plan





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

	BRECHAS IDENTIFICADAS COMO RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ENTREVISTAS A LOS TITULARES DE LAS ÁREAS PRIORIZADAS Y OTRAS VINCULADAS, NO COMPREN DIDAS EN LA MATRIZ ANTES REFERIDA	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES (Actividades a Realizar)
<b>OFICINA DE PERSONAL</b>		
40	Diagnóstico de cultura organizacional, medición del clima laboral y Planes de acción de mejora del clima y Cultura Laboral	Que la Oficina de Personal elabore y gestione la aprobación del diagnóstico de la cultura organizacional, medición del clima laboral y aprobación del plan de acción de mejora
<b>OFICINA DE LOGISTICA</b>		
41	Requerimientos de bienes y servicios mal formulados por las áreas usuarias, generan demora en la atención de los pedidos.	Que el personal de las áreas usuarias encargado de formular los requerimientos de bienes y servicios participen de la capacitación, actualización y reforzamiento sobre la materia que promueva la Oficina de Logística a través de la Oficina de Personal
42	Necesidad de efectuar fiscalización posterior de la documentación presentada por parte los postores ganadores de la buena Pro en los procedimientos de selección conforme a lo establecido en el artículo 42° Reglamento de la nueva Ley de Contrataciones del Estado precisado con OPINIÓN N° 096-2017/DTN de fecha 31 de marzo de 2017 del OSCE	Realizar la fiscalización posterior de los documentos presentados por los postores ganadores de la buena pro del ejercicio 2017 de los procedimientos de selección en el marco de la LCE, vía regularización desde la fecha de vigencia de esta obligación y que la administración lo ha realizado selectivamente.
<b>OFICINA DE ECONOMÍA</b>		
43	Falta de directiva o instructivo que norme la recepción, registro, custodia, ejecución y/o devolución de cartas fianzas y pólizas de caución, recibidas por el HVLH como garantía de obligaciones asumidas por proveedores o contratistas con el hospital.	Que las Oficina de Logística y de Economía en forma conjunta formulen la directiva o instructivo que norme la recepción, registro, custodia, ejecución y/o devolución de cartas fianzas y pólizas de caución, recibidas por el HVLH como garantía de obligaciones asumidas por proveedores o contratistas con el HVLH, y gestionen la aprobación pertinente.
44	Falta de sistematización que facilite la entrega de CONSTANCIAS DE PAGO a ex servidores y locadores por servicios prestados al HVLH.	Que la Oficina de Economía formule un Plan y Cronograma de Trabajo y lo ejecute, para el registro de la data necesaria para la entrega de CONSTANCIAS DE PAGO a ex servidores del HVLH que lo requieran, y atender estas solicitudes con facilidad y oportunidad a través del aplicativo que contiene información de los últimos años y requiere digitalizar la información de años anteriores.
<b>OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN</b>		
45	Proceso en curso: Saneamiento físico legal del predio ubicado en el distrito de Magdalena del Mar sede del HVLH, observado en el informe largo de auditoría a los EEFF del MINSa del ejercicio 2013, en proceso de implementación a la fecha, según Reporte de recomendaciones publicado en la web del MINSa.	Que la Oficina Ejecutiva de Administración con el apoyo de la Oficina de Asesoría Jurídica continúe con las acciones que correspondan a fin de implementar la recomendación del informe de auditoría externa 2013 al MINSa sobre el saneamiento físico legal del predio que ocupa el HVLH.





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

46	La falta de término del inventario físico anual de los bienes patrimoniales del HVLH antes del 31 de marzo por dos años consecutivos (2017 y 2016), constituye riesgo si persiste igual situación en el balance del 2018 que los auditores financieros emitan informe con reparo, que afectaría la imagen de la gestión.	1) Que la Oficina Ejecutiva de Administración designe el Comité de inventario físico de bienes patrimoniales anual 2018 con la antelación necesaria. 2) Que la Oficina de Economía tenga una participación activa brindando el apoyo necesario al referido Comité para que concluya con el objeto de su designación antes de la presentación de los EEFF del ejercicio 2018 y constituya sustento contable de estos activos.
<b>OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
47	Carencia de equipos (computadoras, escáner e impresora)	Que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico en coordinación con Oficina Ejecutiva Administración a través de Oficina de Logística priorice los recursos presupuestales necesarios para atender esta necesidad
<b>OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA</b>		
48	Equipo de central telefónica obsoleta, funciona al 30%, sin repuestos en el mercado y sin proveedores para el servicio de mantenimiento y reparación	Que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y la Oficina Ejecutiva de Administración con la asistencia técnica de la Oficina de Logística y la Oficina de Estadística e Informática continúen las gestiones de demanda adicional de presupuesto que permita adquirir una nueva central telefónica
49	Carencia de herramientas, cables de conexión para los equipos INFORMATICOS	Que la Oficina de Estadística e informática formule su requerimiento de herramientas, cables de conexión para el mantenimiento y operatividad de los equipos informáticos del HVLH afin que lo adquiera lo solicitado
50	El aplicativo de la página Web esta desactualizado	Que la Oficina de Estadística e Informática formule su requerimiento para la actualización del aplicativo de la página web institucional
51	Sistema de archivo de historias clínicas (físico) activo y pasivo	Que la Oficina de Estadística e Informática culmine la base de datos (historias clínicas pasivo) y ambiente adecuado para el archivo de historias clínicas activo y pasivo
<b>UNIDAD DE ARCHIVO INSTITUCIONAL</b>		
52	No se ha identificado los documentos que por Ley deben ser eliminados y los que deben ser derivados al Archivo General de la Nación.	La encargada de la Unidad de Archivo Institucional proponga los lineamientos y un Plan de Trabajo para la identificación y depuración de los documentos ubicados en el Archivo Central que deben ser eliminados y las que deben ser derivadas al Archivo General de la Nación en coordinación con las unidades orgánicas del HVLH en el ámbito de su competencia funcional.
<b>OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO</b>		
53	Las instalaciones donde funciona la oficina de personal, están declarada como inhabitable por defensa civil.	1)Que la Oficina de Servicios Generales se Reúna con representantes del Ministerio de Cultura para determinar alternativa de solución respecto de este "pabellón" del predio del HVLH 2) De obtener autorización se retomará la solicitud de intervención del pabellón según documentación técnica existente 3) De tener conocimiento favorable se elaborará módulo desmontable para el funcionamiento de estas oficinas declaradas inhabitable
54	El espacio físico asignado a la Oficina de Personal es un predio en condición precaria considerado MONUMENTO HISTÓRICO (RJ No. 284-88-INC/J de 18.05.1988, publicado 12.11.1988) por el INC y calificado como no habitable en Informe de Evaluación del HVLH (de set. 2016) respecto de INDICES DE SEGURIDAD HOSPITALARIA de la Organización Panamericana de la Salud; y además no es adecuado para sus labores, por tener divisiones que seccionan los ambientes físicos y la imposibilidad de hacer modificaciones.	





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Victor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

55	Instalaciones eléctricas antiguas e incremento permanente de equipos biomédicos, informáticos, entre otros, que no permite el desarrollo de las funciones de los equipos presenta fluctuaciones de caída permanente de tensión que exceden los rangos permitidos	1) Que la Oficina de Servicios Generales se Reúna con representantes del Ministerio de Cultura para determinar alternativa de solución respecto 2) De obtener alternativa favorable, esperar la autorización del Ministerio de Cultura para Cambio de sistema eléctrico 3) Efectuar las acciones para el cambio de sistema eléctrico de las 3 sub estaciones eléctricas.
56	Precariedad de la infraestructura, entre ellos el deterioro de elementos del pabellón N° 4 como: paredes, muros, cornisas, parapetos, puertas, ventanas, etc.	1) Que la Oficina de Servicios Generales se Reúna con representantes del Ministerio de Cultura para determinar alternativa de solución respecto a este pabellón del predio 2) De obtener autorización se retomara la solicitud de intervención de los pabellones según documentación técnica existente 3) Proceder al saneamiento de la Infraestructura del pabellón 4
57	Filtraciones de agua en techos, por deterioro del entablado de madera de los techos de los pabellones N° 5, 9 y de costura, así como los techos del pabellón N°17 Talleres del pabellón de Rehabilitación de Niños del HVLH	1) Que la Oficina de Servicios Generales se Reúna con representantes del Ministerio de Cultura para determinar alternativa de solución respecto de este pabellón del predio. 2) De obtener autorización se retomara la solicitud de intervención de los pabellones según documentación técnica existente 3) Proceder al saneamiento de las filtraciones de los pabellones de Rehabilitación Niños, pabellón costura, pabellón 9 y 5 considerados prioritarios
<b>DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA</b>		
58	El Departamento de Emergencia no cuenta con un programa anual de educación y capacitación, conforme lo dispone la NT No. 042 MINSA/ DGSP-V.01	Que el Departamento de Emergencia formule un programa anual de educación y capacitación, conforme lo dispone la NT No. 042 MINSA/ DGSP-V.01, en coordinación con la OFICINA DE PERSONAL y se incluya en el Plan de Desarrollo de Personas (PDP) y lo ejecute
<b>UNIDAD DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE</b>		
59	Puerta de ingreso a la UNIDAD DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE en mal estado	1) Que la Oficina de Servicios Generales preparar el informe técnico respecto al alcance de la garantía del servicio prestado por el proveedor; 2) Que la Oficina de Logística en mérito al informe citado requiera al proveedor el servicio necesario en el marco de la garantía; y, 3) Que el proveedor realice el mantenimiento requerido en el marco de la garantía
60	Las estructuras de fierro del techo de este ambiente se están oxidando por lo que requiere de mantenimiento y las canaletas de los techos para la evacuación del agua de las lluvias están rotas.	
<b>DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA</b>		
61	Insuficientes equipos informáticos para el personal médico, para el registro de atención a los pacientes y sustituir los registros a manuscrito.	Que la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico en coordinación con Oficina Ejecutiva de Administración a través de OL realice las coordinaciones y gestiones complementarias para procurar los recursos presupuestales necesarios para la compra de tales equipos a efecto cumplir la demanda comunitaria.
62	La programación de nuevas citas para un paciente requiere que este se efectúe en otra oficina la programación de esta cita que ha sido dispuesta por el médico tratante, genera que el paciente no efectúe su reserva de su próxima cita y cuando este paciente asiste a la siguiente cita no se encuentre como paciente programado	Que por intermedio de la Oficina de Estadística e Informática Capaciten al personal asistencial a fin de poner en práctica las disposiciones dictadas por la gestión para lograr la satisfacción de los pacientes





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

BRECHAS IDENTIFICADAS Y ACCIONES A IMPLEMENTAR

63	Algunos profesionales de la salud no usan el sistema informático y prefiere mantener registro manual de consulta y de próxima cita del paciente.	
64	Demora en la entrega de la historia clínica por parte de la Oficina de Estadística (EN LOS CASOS DE NO PROGRAMADOS)	
65	Necesidad de mayor coordinación del Departamento de Consulta Externa con el Departamento de Hospitalización y Emergencia a fin de contar oportunamente con la programación de los médicos que deben atender en el Departamento de Consulta Externa tal como lo indica RD 110-2012 DG HVLH	La Dirección Adjunta coordinará con las jefaturas misionales la comunicación oportuna de la programación diaria de los médicos de turno
<b>DEPARTAMENTO DE FARMACIA</b>		
66	No cuentan con la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento	Que el Departamento de Farmacia en coordinación con la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento adopten las acciones necesarias para lograr la Certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento requerida
67	Insuficiente personal en el Departamento de Farmacia de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica 057-2007	Que el Departamento de Farmacia reformule el cronograma de implementación DEL SISTEMA DE DOSIS UNITARIA en concordancia a la disponibilidad PPTAL para cumplir con el cronograma aprobado por Resolución Directoral del HVLH en incumplimiento de la Norma Técnica 057-2007 del MINSA, y evitar la sanción establecida por inobservancia de la misma.





*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"*  
*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

## RESUMEN NÚMERO DE BRECHAS VS ACCIONES A IMPLEMENTAR HVLH

AGOSTO-2018

COMPONENTES / O UNIDADES ORGÁNICAS EVALUADAS	NUMERO DE BRECHAS COMO RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO DEL SCI, CONTENIDAS EN LA MATRIZ DE VINCULACIÓN DE COMPONENTES DEL SCI) Y POR UNIDADES ORGÁNICAS	NUMERO DE LAS ACCIONES A REALIZAR PARA CIERRE DE BRECHAS
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL	6	6
COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS	8	8
COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	9	9
COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	10	10
COMPONENTE: SUPERVISIÓN	6	6
<b>SUB TOTAL POR COMPONENTES</b>	<b>39</b>	<b>39</b>
OFICINA DE PERSONAL	1	1
OFICINA DE LOGISTICA	2	2
OFICINA DE ECONOMÍA	2	2
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN	2	2
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	1	1
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA	4	4
UNIDAD DE ARCHIVO INSTITUCIONAL	1	1
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	5	4
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	1	1
UNIDAD DE RIESGOS DE EMERGENCIA Y DESASTRE	2	1
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA	5	3
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	2	2
<b>SUB TOTAL POR UNIDADES ORGANICAS</b>	<b>28</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>67</b>	<b>63</b>





*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"*  
*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

**REQUERIMIENTO PRESUPUESTAL PARA CIERRE DE BRECHAS**

Unidad Orgánica	Requerimiento	2018 S/	2019 S/	2020 S/	Total S/
OL	Capacitación		20,000.00		20,000.00
OEPE	Eq. Informático			6,000.00	6,000.00
OEI	Central Telefónica		100,000.00		100,000.00
OEI	herramientas	3,000.00			3,000.00
OEI	Pág. WEB	10,500.00			10,500.00
OEI	Historias Clínicas Base De Datos		100,000.00		100,000.00
OSGYM	Oficina de Personal		400,000.00		400,000.00
OSGYM	Cambio de Sistema Eléctrico			2,400,000.00	2,400,000.00
OSGYM	Infraestructura Pabellón 4		406,000.00		406,000.00
OSGYM	Filtraciones pabellones 9,5, rehabilitación niños y costura		850,000.00		850,000.00
OSGYM	Eq. Informático		52,000.00		52,000.00
<b>Totales</b>		<b>13,500.00</b>	<b>1,928,000.00</b>	<b>2,406,000.00</b>	<b>4,347,500.00</b>













PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Comité de Control Interno

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ABREVIATURAS

DG	Dirección General
OP	Oficina de Personal
OEI	Oficina de Estadística E Informática
OEPE	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
OE	Oficina de Economía
OC	Oficina de Comunicaciones
OGC	Oficina de Gestión de Calidad
UAI	Unidad de Archivo Institucional
CCI	Comité de Control Interno
OL	Oficina de Logística
OEA	Oficina Ejecutiva de Administración
OSGYM	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
DE	Departamento de Emergencia
DH	Departamento de Hospitalización
URED	Unidad de Riesgos de Emergencia y desastre
DCE	Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
DF	Departamento de Farmacia



