



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR “CARLOS ALBERTO PESCHIERA CARRILLO”

INCOR – ESSALUD

MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS

Diciembre - 2020

FORMATO DE VALIDACIÓN

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL INCOR

VERSIÓN AS IS (situación actual)

MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS

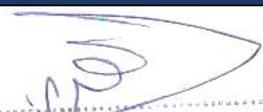
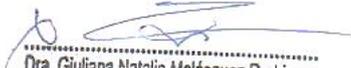
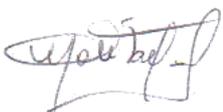
GRADO	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Validado por	Jefe de la Oficina de Planeamiento	Lic. Lizeth Mabel García Olivares	 Lizeth García Olivares Jefa de la Oficina de Planeamiento INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR - ESSALUD
Validado por	Profesional de la Oficina de Planeamiento	Econ. Jhony Etiel Milian Benel	
Validado por	Profesional de la Oficina de Planeamiento	Ing. Sara Lurdes Moreno Antahurco	

FORMATO DE VALIDACIÓN

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL INCOR

VERSIÓN AS IS (situación actual)

MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS

GRADO	CARGO	NOMBRE	FIRMA
Validado por	Jefe de la Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Dr. Jorge Luis Ortega Díaz	 Dr. JORGE LUIS ORTEGA DIAZ Jefe de la Dirección de Gestión Clínica y Calidad Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - ESSALUD
Validado por	Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad	Dra. Giuliana Natalia Malasquez Rodríguez	 Dra. Giuliana Natalia Malasquez Rodríguez Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR - ESSALUD
Validado por	Jefe de la Unidad Funcional de Inteligencia Sanitaria	Dr. Cirilo Alejandro Rojas Ochoa	 Dr. Cirilo Alejandro Rojas Ochoa Jefe de la Unidad Funcional de Inteligencia Sanitaria INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR - ESSALUD
Validado por	Médico de Seguridad y Salud en el Trabajo	Dr. Ponce Chauca Omar Cesar	 Dr. Omar Cesar Ponce Chauca Médico de Seguridad y Salud en el Trabajo C.M.P. 45154 - R.N.E. 26666 Instituto Nacional Cardiovascular INCOR - ESSALUD
Validado por	Profesional de Enfermería de la Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Maribel Lourdes Cabanillas Vargas	

HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N°	ÍTEMS	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN	RESPONSABLE
01		Versión inicial del documento	V1	Subgerencia de Procesos EsSalud

ÍNDICE

1.	Objetivo del documento	7
2.	Alcance.....	7
3.	Términos y definiciones del proceso	7
4.	Consideraciones	19
5.	Base legal	20
6.	Alineamiento de los procesos con el Mapa de Procesos Nivel 0 y Objetivos - ESSALUD.....	22
7.	Diagrama de Bloques (Mapa de Macro Procesos del INCOR).....	23
8.	Organigrama del INCOR.....	24
9.	Matriz Cliente – Producto del INCOR.....	25
9.1.	Matriz Cliente – Producto: Planeamiento	25
9.2.	Matriz Cliente – Producto: Diseño Organizacional	27
9.3.	Matriz Cliente – Producto: Gestión de Información Estratégica	29
9.4.	Matriz Cliente – Producto: Gestión de la Calidad.....	30
10.	Matriz de Responsabilidad del INCOR	34
10.1.	Matriz de Responsabilidad: Planeamiento	34
10.2.	Matriz de Responsabilidad: Diseño Organizacional	36
10.3.	Matriz de Responsabilidad: Gestión de Información Estratégica	37
10.4.	Matriz de Responsabilidad: Gestión de Calidad	40
11.	Inventario de procesos del INCOR.....	45
11.1.	Inventario de procesos: Planeamiento.....	45
11.2.	Inventario de procesos: Diseño Organizacional.....	45
11.3.	Inventario de procesos: Gestión de Información Estratégica.....	46
11.4.	Inventario de procesos: Gestión de la Calidad	47
12.	Ficha Técnica del Proceso Nivel 0 (Macroproceso) y Ficha del proceso de Nivel 01,02 hasta el penúltimo Nivel	48
12.1.	Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Planeamiento	48
12.1.1.	Ficha del Proceso Nivel 1: Plan de Gestión Estratégica PGE	49
12.1.2.	Ficha del Proceso Nivel 1: Plan Operativo Institucional POI	50
12.2.	Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Diseño Organizacional	51
12.3.	Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Gestión de Información Estratégica	52
12.4.	Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Gestión de la Calidad	53
12.4.1.	Ficha del Proceso Nivel 1: Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	54

12.4.2.	Ficha del Proceso Nivel 1: Inteligencia Sanitaria	55
12.4.3.	Ficha del Proceso Nivel 1: Seguridad y Salud en el Trabajo	56
12.4.4.	Ficha del Proceso Nivel 1: Gestión de Mejora Continua	57
13.	Descripción de Procedimientos – último nivel	58
13.1.	Descripción de Procedimientos – último nivel: Planeamiento.....	58
13.2.	Descripción de Procedimientos – último nivel: Desarrollo Organizacional.....	63
13.3.	Descripción de Procedimientos – último nivel: Gestión de la Información Estratégica	65
13.4.	Descripción de Procedimientos – último nivel: Gestión de la Calidad	75
14.	Flujos de Proceso – último nivel	91
14.1.	Flujos de Proceso– último nivel: Planeamiento	91
14.2.	Flujos de Proceso – último nivel: Diseño Organizacional.....	96
14.3.	Flujos de Proceso – último nivel: Gestión de la Información Estratégica	98
14.4.	Flujos de Proceso– último nivel: Gestión de la Calidad	108
15.	Matriz de Indicadores - último nivel	125
15.1.	Matriz de Indicadores - último nivel: Planeamiento	125
15.2.	Matriz de Indicadores - último nivel: Diseño Organizacional	129
15.3.	Matriz de Indicadores - último nivel: Gestión de la Información Estratégica.....	130
15.4.	Matriz de Indicadores - último nivel: Gestión de la Calidad	134
16.	Matriz de Riesgos – último nivel	137
16.1.	Matriz de Riesgos – último nivel: Planeamiento.....	137
16.2.	Matriz de Riesgos – último nivel: Diseño Organizacional.....	147
16.3.	Matriz de Riesgos – último nivel: Gestión de la Información Estratégica	151
16.4.	Matriz de Riesgos – último nivel: Gestión de la Calidad	169
17.	Procesos Críticos.....	195
18.	Mejora continua de los procesos	195
19.	Aspectos finales.....	195
19.1.	Conclusiones.....	195
19.2.	Recomendaciones	196
20.	Anexos y Sustentos	196

1. **Objetivo del documento**

Documentar los procesos y procedimientos del INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR “CARLOS ALBERTO PESCHIERA CARRILLO” – INCOR - ESSALUD, a fin de que sean considerados como lineamientos que orienten y proporcionen criterios técnicos uniformes durante la producción de los bienes y servicios a su cargo; propiciando la eficiencia en la gestión institucional y la satisfacción de los asegurados y sus derechohabientes.

Para efectos de la presentación del documento, se ha separado en tres Manuales de Procesos y Procedimientos, este obedece al primero “Macroprocesos Estratégicos del INCOR”.

2. **Alcance**

El presente documento está dirigido a todo el personal del *INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR “CARLOS ALBERTO PESCHIERA CARRILLO” – INCOR – ESSALUD*, especialmente para aquellos que laboran directa o indirectamente con las oficinas encargadas de los macroprocesos estratégicos.

3. **Términos y definiciones del proceso**

A continuación, se definen aquellos términos técnicos empleados en la descripción de los procesos que requieren aclaración de su significado:

Abreviaturas:

- **ACREDITA:** Sistema de acreditación del aseguramiento de salud
- **HC:** Historia Clínica
- **SGSS:** Sistema de Gestión de los Servicios de Salud, también denominado EsSI (Servicio de Salud Inteligente)
- **ESSALUD:** Seguro Social de Salud
- **FINI:** Ficha de identificación de necesidades de inversión
- **FONAFE:** Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado
- **GCPP:** Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
- **GCCH:** Gerencia Central de Calidad y Humanización
- **GCPI:** Gerencia Central de Proyectos de Inversión
- **GCOP:** Gerencia Central de Operaciones
- **GCGF:** Gerencia Central de Gestión de Finanzas
- **GOP:** Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP
- **SGPR:** Sub Gerencia de Procesos de la GOP / GCPP
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática
- **IPRESS:** Institución Prestadoras de Servicios de Salud
- **MAPRO:** Manual de Procesos y Procedimientos
- **MEF:** Ministerio de Economía y Finanzas
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **MOP:** Manual de Operaciones
- **MTPE:** Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo

- **OMS/OPS:** Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud
- **OPMI:** Oficina de Programación Multianual de Inversiones
- **OPIP:** Organismo Promotor de la Inversión Privada
- **PAI:** Plan Anual de Inversiones
- **PEI:** Plan Estratégico Institucional
- **PESEM:** Plan Estratégico Sectorial Multianual
- **PI:** Proyectos de inversión
- **PIA:** Presupuesto Inicial de Apertura
- **PMI:** Programa Multianual de Inversiones
- **PGE:** Plan de Gestión Estratégico
- **POI:** Plan Operativo Institucional
- **RNI:** Registro de necesidades de inversión
- **ROF:** Reglamento de Organización y Funciones
- **SAP:** “Systems, Applications, Products in Data Processing”, por sus siglas en inglés; sistema de Información que permite gestionar las diferentes acciones de una empresa.
- **SAS:** Sistema de Seguros y Prestaciones Económicas
- **SEAT:** Sistema Estadístico de Accidentes de Trabajo
- **SES:** Sistema Estadístico de Salud
- **SIA:** Sistema Integral de Aseguramiento
- **SIAD:** Sistema Integral de Administración Documentaria
- **SISCAP:** Sistema de asegurados en los Centros de Atención Primaria de EsSalud
- **TUPA:** Texto Único de Procedimientos Administrativos
- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad
- **GR:** Gestión de Riesgos
- **RSP:** Relacionados a la Seguridad del Paciente
- **Eventos RSP:** Eventos Relacionados a la Seguridad del Paciente
- **JOP:** Jefatura de la Oficina de Planeamiento del INCOR
- **DGCYC:** Dirección de Gestión Clínica y Calidad del INCOR
- **OIS:** Oficina de Inteligencia Sanitaria de la DGCYC
- **SYST:** Seguridad y Salud en el Trabajo de la DGCYC
- **IHYS:** Ingeniería Hospitalaria y Servicios
- **DIDAEs:** Direcciones de Investigación, Docencia y Atención Especializada del INCOR
- **DIDAEc:** Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología
- **DIDAECCV:** Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular
- **DIDAECP:** Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología
- **DADYT:** Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
- **JCI:** Joint Commission International

Definiciones:

- **ALTA:** Comprende todas las circunstancias en que un paciente internado se retira vivo del establecimiento por alguna de las siguientes razones: Alta médica definitiva, Alta médica transitoria, Traslado a otro establecimiento, Otras causas (retiro voluntario, fuga, etc.)
- **ANAMNESIS:** La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales,

obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes

En el terreno de la medicina, se trata de la información que un paciente suministra a su médico para la confección de un historial clínico. El desarrollo de la anamnesis requiere que el médico realice diversas preguntas al paciente, o incluso a un familiar o amigo de éste. A partir de las respuestas obtenidas, el profesional logra elaborar un historial con datos que le son de utilidad para realizar el diagnóstico y decidir qué tratamiento llevar a cabo. La anamnesis también se compone de los signos que el médico detecta al revisar al paciente y de los síntomas que el paciente le refiere. Es importante señalar que las características de las preguntas y de la información recopilada dependerán de la especialidad del profesional.

- **ACREDITACIÓN:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos y criterios que debe cumplir el afiliado para tener derecho a las prestaciones que brinda el seguro al que se encuentra afiliado.
- **ATENCIÓN MÉDICA:** Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos que comprende la consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa.
- **AUTOGENERADO:** Es un código que permite identificar en los sistemas al afiliado titular y sus derechohabientes. Está compuesto por letras y números (alfanumérico) y se genera considerando los datos personales del asegurado.
- **AYUDA AL DIAGNÓSTICO:** Las áreas de ayuda al Diagnóstico son: Laboratorio, Imagenología y Farmacia, las que deben estar ubicadas muy cerca o dentro del área de atención.
- **CAPACIDAD RESOLUTIVA:** Está referida a la capacidad de cada IPRESS de acuerdo a su categoría y nivel de complejidad, de otorgar prestaciones con fines de diagnóstico y terapéuticos, las cuales están determinadas, entre otros, por los servicios, recursos humanos, especialidades y equipamiento del IPRESS. Se subdivide en: Capacidad Resolutiva Cualitativa, cuando se refiere al tipo de especialidad o equipamiento con que cuenta el IPRESS; y, Capacidad Resolutiva Cuantitativa, cuando se refiere a la cantidad de especialistas o equipamiento con que cuenta.
- **CONSTANCIA DE ATENCIÓN:** Documento que el médico expide a solicitud del paciente, indicando la fecha y hora de atención prestada de inicio al fin de la atención.
- **CONSULTORIOS MÉDICOS FÍSICOS:** Son los ambientes físicos utilizados destinados a brindar la atención médica.
- **CONSULTA MÉDICA:** Es la consulta realizada por el médico en la consulta externa para formular el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una persona que acude como paciente ambulatorio al hospital.
- **CONTRARREFERENCIA MÉDICA:** Es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico, de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento del paciente, al médico tratante de la IPRESS de Origen. La Contrarreferencia no es un procedimiento usado para sustentar los pasajes de un paciente atendido.
- **CONTRARREFERENCIA FARMACOLÓGICA:** Es el Procedimiento Administrativo mediante el cual el médico tratante de la IPRESS de Destino retorna la responsabilidad del manejo médico

del paciente a su IPRESS de Origen, indicando claramente el tratamiento a largo plazo que va a seguir (hasta 06 meses) y otorga recetas para 45 días, a aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas que periódicamente reciben recetas múltiples.

- **DESCANSO MÉDICO:** Periodo de descanso físico o mental prescrito por el médico tratante, necesario para que el (la) paciente logre su recuperación física y mental, que le permita la recuperación total.
- **EXAMEN FÍSICO:** Incluye el “Examen General” con el control de funciones vitales y condiciones generales; así como el “Examen preferencial”, Motivo de la consulta.
- **FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA:** Es el formulario donde el médico detalla de manera resumida las dolencias y los exámenes que han realizado para llegar a su diagnóstico y sirve para derivarlo al establecimiento más conveniente.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal, obligatorio y confidencial, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención del paciente. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por ley. Pueda darse mediante un registro Electrónico.
- **IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE:** es el proceso mediante el cual se verifica que el paciente es quien dice ser, este proceso se da corroborando el documento de identificación que contiene los datos necesarios para su atención en las áreas correspondientes.
- **BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN:** Dispositivos que contienen los datos identificativos inequívocos del paciente y se coloca de preferencia en los miembros superiores del paciente, pudiendo colocarlos también en miembros inferiores si la situación así lo amerita.
- **INTERCONSULTA:** Es el proceso en el cual se solicita la evaluación de otra especialidad médica, para definir el diagnóstico, tratamiento, o el destino de un paciente (hospitalización, referencia, o alta).
- **IPRESS DE ORIGEN:** Es aquella IPRESS que refiere al paciente a la IPRESS de Destino para el otorgamiento de prestaciones asistenciales que superan su capacidad resolutive.
- **IPRESS DE DESTINO:** Es aquella IPRESS que recibe al paciente referido y que cuenta con la capacidad resolutive suficiente para otorgar las prestaciones asistenciales motivo de la referencia.
- **MÉDICO TRATANTE:** Es el médico que inicia tratamiento o determina un procedimiento médico o quirúrgico, o lo modifica
- **REFERENCIA:** Es la derivación o el traslado de un paciente de un establecimiento a otro de mayor grado de capacidad resolutive, siendo las áreas de destino de las referencias:
 - Consultorio externo.
 - Emergencia.
 - Ayuda al diagnóstico para la realización de exámenes o procedimientos

- **REFERENCIAS ESPECIALES:** Son las conocidas como referencias administrativas y facilitan el registro de las referencias para las especialidades que necesitan los pacientes oncológicos, aquellos en estudio y seguimiento de trasplantes, con enfermedad VIH-SIDA, aquellos que padecen de tuberculosis resistente al tratamiento, pacientes que se dializan o recién nacidos de alto riesgo.
- **ACTIVIDADES OPERATIVAS:** son el conjunto de actividades programadas en el POI para la producción de bienes o servicios que contribuyan al logro de los resultados de la institución.
- **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL:** es el análisis de una realidad a los efectos de identificar y priorizar los problemas que se nos plantean, sus causas y consecuencias.
- **INDICADOR:** son parámetros cualitativos y cuantitativos que se utilizan para medir el logro de un determinado objetivo. Los indicadores especifican los resultados esperados en términos de cantidad, calidad, tiempo y plazo.
- **INICIATIVA DE GESTIÓN:** actividad propuesta por los órganos desconcentrados de EsSalud que se incluye en el Plan Operativo Institucional dentro del marco del Plan Estratégico Institucional, cuyo cumplimiento aporta un valor agregado a los resultados que se obtienen por el desarrollo de las actividades operativas, y genera un impacto final en beneficio de los asegurados.
- **META:** Valor proyectado que se desea obtener para un indicador en un periodo de tiempo determinado.
- **META FÍSICA:** Valor proyectado del indicador de producción física de los bienes o servicios o las actividades.
- **PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO:** Es el proceso sistemático construido sobre el análisis continuo de la situación actual y el pensamiento orientado al futuro, el cual genera información para la toma de decisiones con el fin de lograr los objetivos estratégicos establecidos.
- **PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI):** es un instrumento de gestión que define la visión y misión de la Empresa, así como los objetivos de mediano y largo plazo, indicadores y metas que garantizan su desarrollo y las acciones estratégicas institucionales para un periodo mínimo de tres (3) años, a través de iniciativas diseñadas para producir una mejora en la población a la cual se orienta y cumplir su misión.
- **PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI):** es un instrumento de gestión de corto plazo, que permite definir las actividades, metas y necesidades que se programan en un periodo anual para el logro de los objetivos institucionales previstos. En el caso de EsSalud, el Plan Operativo Institucional se elabora en dos etapas, uno inicial que es aprobado por FONAFE y ratificado por Consejo Directivo y el otro que, sobre la base del primero, es aprobado por Gerencia General desagregado a nivel de dependencias.
- **PLANES ESPECÍFICOS INSTITUCIONALES:** son documentos técnicos de gestión que permiten modelar, definir y organizar un conjunto de actividades antes de ser ejecutadas por algún órgano de la institución, con el fin de dirigir las y encauzarlas hacia el logro de objetivos concretos, manteniendo concordancia, coherencia y pertinencia con el Marco Estratégico de EsSalud y cuya ejecución contribuirá al logro de los objetivos estratégicos del PEI vigente y a las metas del POI vigente

- **PLANES INTERNOS DE TRABAJO:** son aquellos planes que los Órganos Centrales, Órganos Desconcentrados y Órganos Prestadores Nacionales elaboran para organizar su trabajo interno con el fin de garantizar el cumplimiento de sus actividades aprobadas en el Plan Operativo Institucional o Planes Específicos Institucionales.
- **CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:** Son los criterios que tienen por objeto establecer la prioridad de cada inversión que conforma la cartera de inversiones del PMI, los cuales se elaboran sobre la base del diagnóstico de brechas y los objetivos a alcanzar respecto al cierre de brechas de infraestructura o de acceso a servicios. En el caso de EsSalud, son los criterios complementarios a los establecidos por el Sector Salud.
- **FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INVERSIÓN (FINI):** Documento técnico mediante el cual se sustentan las necesidades de proyectos de inversión y/o inversiones tipo IOARR y otros gastos de capital que no fueron consideradas dentro del alcance y metodología de los Planes Directores de Inversión o cuando el Órgano solicitante no cuente con un Plan Director de Inversiones, el cual tiene carácter de Declaración Jurada.
- **PLAN ANUAL DE INVERSIONES DE ESSALUD (PAI):** Documento que comprende la programación anual del conjunto de las inversiones en infraestructura, equipamiento u otros, las mismas que serán financiadas a través de gasto de capital.
- **PROGRAMA MULTIANUAL DE INVERSIONES (PMI):** Contiene el diagnóstico de la situación de las brechas de infraestructura y/o de acceso a servicios, los criterios de priorización y la cartera de inversiones bajo la responsabilidad funcional de un Sector, o a cargo de un GR, GL o empresa pública bajo el ámbito del FONAFE, incluido ESSALUD.
- **PROYECTO DE INVERSIÓN:** Corresponde a intervenciones temporales que se financian, total o parcialmente, con recursos públicos, destinadas a la formación de capital físico, humano, institucional, intelectual y/o natural, que tenga como propósito crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad de producción de bienes y/o servicios.
- **REGISTRO DE NECESIDADES DE INVERSIÓN (RNI):** Es una herramienta de gestión administrativa, en la cual se encuentran inscritas las necesidades de inversión propuestas por los Órganos Centrales como Desconcentrados.
- **FUNCIÓN:** Conjunto de acciones afines y coordinadas que corresponde realizar a la entidad, sus órganos, unidades orgánicas y demás niveles organizacionales, para alcanzar sus objetivos.
- **GESTIÓN POR PROCESOS:** Forma de organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de manera transversal a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el logro de los objetivos institucionales. En este marco, los procesos se gestionan como un sistema definido por la red de procesos, sus productos y sus interacciones, creando así un mejor entendimiento de lo que aporta valor a la entidad.
- **MANUAL DE OPERACIONES (MOP):** Es el documento técnico de gestión organizacional que contiene las funciones generales del programa, proyecto especial o del órgano desconcentrados; las funciones específicas de sus unidades, así como sus procesos.
- **MODERNIZACIÓN:** Es el proceso de cambio de una organización para mejorar la prestación del servicio. Es el proceso de cambio al interior de una organización para mejorar la prestación

del servicio, como consecuencia de nuevas tendencias. Cambio total, Tecnificación, innovación, Reestructuración focalizada, Adecuar la organización a las necesidades.

- **PLAN DE MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL:** El Plan de Modernización Institucional es el documento que sustenta la propuesta de iniciativas de modernización de la gestión pública en una institución pública. El Plan de Modernización Institucional es aprobado por Resolución del Titular de la institución en su condición de órgano resolutorio del proceso de modernización.
- **REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES (ROF):** es el documento técnico normativo de gestión organizacional que formaliza la estructura orgánica de la entidad. Contiene las competencias y funciones generales de la entidad; las funciones específicas de sus unidades de organización, así como sus relaciones de dependencia.
- **SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA:** La simplificación administrativa tiene por objetivo la eliminación de obstáculos o costos innecesarios para la sociedad, que generan el inadecuado funcionamiento de la Administración Pública. Representa una de las principales acciones que debe ser implementada por las entidades públicas para orientar y optimizar la prestación de los servicios que brinda el Estado.
- **TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS (TUPA):** El TUPA, es el documento que contiene la información relativa a los procedimientos administrativos que los ciudadanos realizan ante EsSalud. Los procedimientos administrativos del TUPA cuentan con sustento legal y se encuentran debidamente costeados.
- **PROCEDIMIENTO:** Es la descripción documentada de cómo debe ejecutarse las actividades que conforman un proceso, como su último nivel de desagregación del Proceso nivel 0, tomando en cuenta los elementos que la componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente. Si bien podrían tener equivalencia, los procedimientos tal como se ha conceptualizado no necesariamente son los procedimientos administrativos (art. 29) señalados en la Ley del Procedimiento Administrativo General. El término procedimiento bajo el contexto de Gestión por Procesos, se refiere al “procedimiento del proceso”.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente interrelacionadas y que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en productos o servicios, luego de la asignación de recursos.
- **PROCESO DE NIVEL 0:** Grupo de procesos unidos por especialidad, es el nivel más agregado. Se le conoce también como MACROPROCESO.
- **PROCESOS DE NIVEL 01:** Es el primer Nivel de desagregación de los procesos de Nivel 0, es un conjunto de actividades que se correlacionan entre ellas y agregan valor a los servicios que el macroproceso ofrece, transformando elementos de entradas en un servicio que va al cliente final, es preciso indicar que los procesos se pueden clasificar en Procesos de Gestión, Procesos Operativos y Procesos de Ayuda y Control.
- **PROCESO DE NIVEL 02:** Es el segundo Nivel de desagregación de los procesos de Nivel 0.
- **PROCESO DE NIVEL N:** Último Nivel de desagregación de un Proceso de Nivel 0. Se describe a través del procedimiento que lo conforma. El término procedimiento bajo el contexto de Gestión por Procesos, se refiere al “procedimiento del proceso”.

- **DUEÑO DE PROCESO:** Persona que ocupa el cargo y tiene la responsabilidad del manejo del órgano, unidad orgánica o área, quién realiza la ejecución o desarrollo de un proceso y garantiza que el bien y servicio sea ofrecido en las mejores condiciones al ciudadano o destinatario del mismo. También se le conoce como dueño o propietario del proceso.
- **GESTIÓN POR PROCESOS:** Forma de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de manera transversal y secuencial a las diferentes unidades de organización, para contribuir con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, así como con el logro de los objetivos institucionales. En este marco, los procesos se gestionan como un sistema definido por las redes de procesos, sus productos y sus interacciones, creando así un mejor entendimiento de lo que aporta valor a la entidad.
- **CLIENTE INTERNO:** Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser una persona, grupo, gerencia, subgerencia, entre otros, etc. al interior de EsSalud que recibe un bien y servicio.
- **CLIENTE EXTERNO:** Es el destinatario de los bienes y servicios, que puede ser una persona, grupo, entidad, empresa, entre otros, etc. al exterior de EsSalud que recibe un bien y servicio.
- **DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO:** Es una representación gráfica de las actividades de un proceso, útil para investigar las oportunidades de mejora, al obtener un conocimiento detallado del modo real de funcionamiento del proceso en ese momento.
- **BPM:** Son las siglas de “Business Process Management”, en español, Gestión de Procesos de Negocio, es una disciplina de gestión compuesta de metodologías y tecnologías, cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de negocio de una organización. A través de la gestión de los procesos se deben diseñar, modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua, los procesos.
- **BPMN:** Son las siglas de “Business Process Management Notation”, en español, Modelo y Notación de Procesos de Negocio, es una notación gráfica estandarizada que permite el modelado de procesos de negocio.
- **MODELADO DEL PROCESO:** Es el término que se usa bajo el estándar BPM para el diagrama de flujo del proceso. A toda la simbología que usa BPM se le denomina BPMN
- **MATRIZ CLIENTE-PRODUCTO:** Es una herramienta que permite la identificación de los bienes y servicios que ofrece la entidad y permite la identificación de los clientes interno y externo que reciben esos bienes y servicios.
- **MATRIZ DE RESPONSABILIDADES:** Es una herramienta que permite relacionar los procesos con las unidades orgánicas que intervienen como participantes y al propietario del proceso. En ella se puede apreciar quién es el dueño del proceso y los involucrados en el logro del objetivo del proceso. El propietario del proceso (un actor clave en el funcionamiento de un proceso) deberá ser identificado por el equipo de procesos respectivo.
- **MACROPROCESO O MACRO PROCESO:** Agrupan a los procesos que comparten un objetivo común, por lo que resulta fundamental definir correctamente los objetivos, asegurando su coherencia con la misión y los objetivos institucionales. Al identificar un Macro-proceso se deberá garantizar el cumplimiento de la función y misión institucional, en los Niveles estratégicos, misionales y de apoyo.

- **VERSIÓN AS IS:** Es la versión de lo realizado (de la documentación de los procesos elaborados) “tal como” se realiza actualmente en la Institución. La versión TO BE se modelará después que se haga la mejora de dicho proceso.
- **ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO:** Es el proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) o servicio médico de apoyo.
- **ATENCIÓN O PRESTACIÓN DE SALUD:** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población asegurada.
- **AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud (IPRESS) que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso- de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- **CALIDAD EN LOS SERVICIOS:** Se refiere a que la calidad de los servicios que otorga EsSalud no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la institución y depende de todos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud, con un enfoque de diálogo intercultural y debe ser la misma en todas las agencias, oficinas e IPRESS a nivel nacional.
- **EFICACIA:** Capacidad de obtener resultados satisfactorios, ajustados a los objetivos y las metas
- **EFICIENCIA:** Obtención de resultados lo más satisfactorios posibles al menor costo.
- **EVENTO ADVERSO:** Injuria, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura orientada siempre a la satisfacción del Asegurado y en el marco del Sistema.
- **GESTIÓN DE LA CALIDAD:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad y se lleva a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

- **GESTIÓN DE LA HUMANIZACIÓN:** Actividades coordinadas para organizar el sistema de salud orientando la actuación de las colaboraciones hacia el servicio del Asegurado, considerándolo como un todo, proporcionando los medios para poder ofrecer una asistencia integral con calidad y calidez, que responda a las dimensiones: psicológica, biológica, social y espiritual.
- **GESTIÓN DE RIESGOS:** Es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación de riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.
- **MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual de toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
- **ÓRGANOS DESCONCENTRADOS:** Se refiere a las redes Asistenciales / Desconcentradas, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos de EsSalud (CEABE).
- **ÓRGANOS PRESTADORES NACIONALES:** Se refiere a los Hospitales Nacionales, Instituto Nacional Cardiovascular, Centro Nacional de Salud Renal, Centro Nacional de Telemedicina, Gerencia de Procura y Trasplante y la Gerencia de Oferta Flexible.
- **PLAN DE CALIDAD:** Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un producto o proceso.
- **POLÍTICA DE CALIDAD:** Intenciones globales y orientación de la organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **PRÁCTICA SEGURA:** Es aquella Práctica que reduce el riesgo de eventos adversos relacionados con la exposición a la práctica clínica a través de una variedad de diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.
- **PROYECTO DE MEJORA CONTINUA:** Es el planteamiento de un conjunto ordenado de recursos (materiales, humanos y financieros) y acciones para alcanzar un objetivo determinado y que tiene como propósito generar cambios sostenibles en la situación encontrada en una Red o IPRESS.
- **SERVICIO:** Conjunto de intangibles tales como desempeños, esfuerzos o atenciones, pero que también incluye elementos tangibles.
- **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las instancias del Seguro Social de Salud, tanto intra institucionales como extra institucionales, con el propósito de que logren estándares de calidad y seguridad en las prestaciones que se brinda a los asegurados.
- **USUARIO:** Es la persona quien utiliza los servicios, a diferencia de un cliente, un usuario no necesariamente es quien ha adquirido un producto o un servicio.

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **ACCIÓN INSEGURA:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales: la atención se aparta de los límites de una práctica segura, y la desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.
- **ACCIDENTE:** Es un suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdida de materiales o de cualquier tipo
- **ESCALA DE VALORACIÓN:** Son instrumentos validados, que se utilizan como complemento del juicio clínico.
- **FACTORES DE RIESGO:** Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
- **EVENTO ADVERSO EN SALUD:** Es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está directamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el efecto adverso si afecta la salud del paciente.
- **EFFECTO ADVERSO:** Todo accidente o suceso reportado que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención al paciente y no al proceso de la enfermedad o a sus condiciones propias.
- **INCIDENTE:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
- **BARRERA:** Es el control o medida implementada para prevenir daños y aumentar la seguridad del sistema
- **CUIDADO:** Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien. Integra la dimensión humana, científica y técnica en el cuidado del usuario, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.
- **BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN:** Son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial e inciden directamente en los aspectos del cuidado del paciente.
- **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:** Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado al paciente por el personal de salud. La administración se realiza a través de diferentes vías de acuerdo a indicación médica escrita. Requiere información previa al paciente y registro del procedimiento realizado.
- **ERROR DE MEDICACIÓN (EM):** "Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente, u ocasione la utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar

relacionados con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

- **REPORTE DE ENFERMERÍA:** Es el informe que realiza la enfermera (o) al finalizar el turno sobre el cuidado integral de enfermería al paciente y familia, para su continuidad, así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
- **SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:** Sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos que ocurren durante la atención de salud a fin de analizar los factores que contribuyen a su presentación y aprender de los errores. Es una herramienta para mejorar la cultura de la seguridad.
- **ANÁLISIS CAUSA RAÍZ:** Metodología que permite el análisis de los procesos de una atención en la cual se ha identificado un evento adverso, determinando las posibles fallas o errores de la atención con la finalidad de corregirlos evitando así su repetición.
- **PROCESO DE ANÁLISIS:** La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. En la práctica diaria las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una acción insegura.
- **CONTEXTO CLÍNICO:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.
- **FACTOR CONTRIBUTIVO:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura. Ejemplo: - Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones. - Ausencia de protocolos. - Falta de conocimiento o experiencia. - Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial. - Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.
- **FALLAS ACTIVAS:** Son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que están en contacto directo con el paciente o sistema.
- **FALLAS LATENTES:** Son los errores que se encuentran en los procesos o en los sistemas. Solo se vuelven aparentes cuando se combinan con fallas activas y disparadores locales para vencer las defensas del sistema.
- **GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS / EVENTO CENTINELA:** Es el conjunto de acciones realizadas a partir del reporte y análisis del evento adverso o Evento Centinela con respecto a las fallas o actos inseguros identificados (procesos inseguros) para rediseñar los procesos que garanticen una atención segura en los centros asistenciales de EsSalud.
- **CAPACITACIÓN:** Es el proceso educacional mediante el cual el personal adquiere y desarrolla conocimientos relativos al trabajo y genera un valor agregado en la gestión, por ello es necesario

contar con un plan de capacitación, que responda a la necesidad de contar con personal calificado y comprometido, lo que a la vez redundará en beneficio de la organización, así como desarrollar y fortalecer las competencias de los profesionales que gestionan nuestra institución.

- **ASISTENCIA TÉCNICA:** Es un proceso interactivo mediante el cual hay una propuesta conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adoptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.
- **INSTRUMENTO DE CALIDAD:** Mecanismos utilizados para alcanzar el propósito del sistema de gestión de la calidad (encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, formatos para la autoevaluación, matriz para el análisis de resultados de autoevaluación, matriz para la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad, etc.)
- **CULTURA DE CALIDAD:** La cultura de calidad es una condición clave en las entidades, no solo para lograr una implementación efectiva de la misión, visión, principios y valores de la entidad, sino principalmente, para satisfacer a la persona. Dicha cultura es conducida por la Alta Dirección y puesta en práctica por los servidores públicos, por lo que es necesario conocer el nivel de desarrollo existente al interior de la entidad.
- **PLAN DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN (SME):**
 - **La Supervisión** es uno de los procesos del control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones. Permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. En la supervisión se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo entre el/los supervisor(es) y supervisado(s).
 - **El Monitoreo** es el proceso en el cual se evalúa de manera continua las actividades en desarrollo, coordinando internamente con los responsables de las mismas de acuerdo con las metas programadas.
 - **La Evaluación** es un análisis técnico orientado a valorar críticamente los resultados obtenidos en determinado periodo, con el fin de utilizar la experiencia como fuente de aprendizaje para programaciones posteriores y retroalimentaciones que permitan la mejora institucional.

4. Consideraciones

- El Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR es un órgano prestador nacional que integra ESSALUD, cuya naturaleza es definida en el artículo 205° del ROF de EsSalud, como el encargado de brindar prestaciones de salud altamente especializadas en cardiología y cirugía cardiovascular a la población asegurada referenciadas por los establecimientos de salud del ámbito nacional, y, tiene por función proponer normas, estrategias de innovación científica tecnológica en el campo de la salud cardiovascular a través de la investigación y docencia multidisciplinaria en la especialidad.
- El Instituto Nacional Cardiovascular “Carlos Alberto Peschiera Carrillo” – INCOR es un centro especializado de referencia de EsSalud, con autonomía de gestión, perteneciente al nivel III - E de atención médica.

- El INCOR está dedicado a brindar prestaciones de salud altamente especializadas mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los asegurados con patologías cardiovasculares, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo, y a su vez desarrollar normas, estrategias e innovación científico tecnológica en salud cardiovascular a través de la investigación, docencia y capacitación.
- Mediante Resolución de Gerencia General N° 028-GG-ESSALUD-2017, se aprobó el “Plan Piloto para implementar Estándares de Calidad y Seguridad del Paciente en el INCOR”, cuyo objetivo es mejorar la calidad y seguridad de los servicios de salud orientados hacia nuestros asegurados en base a la implementación de estándares de calidad y seguridad del paciente en dicho instituto. Asimismo, lograr el objetivo de este Plan Piloto de obtener la acreditación “Joint Commission Internacional” que establece estándares de calidad y seguridad del paciente similar al modelo ISO 9000-1, pero que conforman un modelo de calidad solo aplicable a hospitales.
- Resolución de Gerencia General N° 455-GG-ESSALUD-2019, se aprobó la continuación de dicho Plan Piloto y mediante Resolución de Gerencia General N° 615-GG-ESSALUD-2019, se conformó el Comité Gerencial de Impulso y Gestión, encargado de impulsar, gestionar y hacer seguimiento al desarrollo de las actividades necesarias para el cumplimiento del Plan Piloto.
- Del mismo modo, la descripción de los procesos y procedimientos establecidos para el presente Manual muestran la situación actual (ASIS) de cómo se viene ejecutando los procesos y procedimientos en el INCOR; se complementa con la identificación de posibles riesgos y la postulación de algunas oportunidades de mejora que podrían implementarse como parte de la mejora continua.
- El presente Manual de Procesos y Procedimientos se basa en la Metodología definida en la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD”, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019; la misma que se basa en la metodología aprobada por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia de Consejo de Ministros.

5. Base legal

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 009-1997-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social (ESSALUD), y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo N° 002-99-TR que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social, y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y sus normas modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias

- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, aprobado por Resolución de Presidencia ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus respectivas modificatorias
- Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 "Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD", del 08 de febrero del 2019.
- Resolución de Gerencia General N° 0973-GG-ESSALUD-2019, que aprueba el documento técnico de gestión Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD, del 24 de junio del 2019.

Vinculada al alcance del presente Manual:

- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°027-2015-SA.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que estable la Cartera de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimiento de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013 Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013, "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente".
- Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013 Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013, "Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (EsSalud)".
- Resolución de Gerencia General N° 107 -GG-ESSALUD-2014 Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014, "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
- Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)"
- Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015 Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015, "Normas para el Proceso de Referencia y Contrarreferencia de ESSALUD"
- Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) Aprobado por Resolución N° 828-PE-ESSALUD-2013 y modificado por Resoluciones N° 372-PE-ESSALUD-2014 y N° 715-PE-ESSALUD-2017
- Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2016 "Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud"

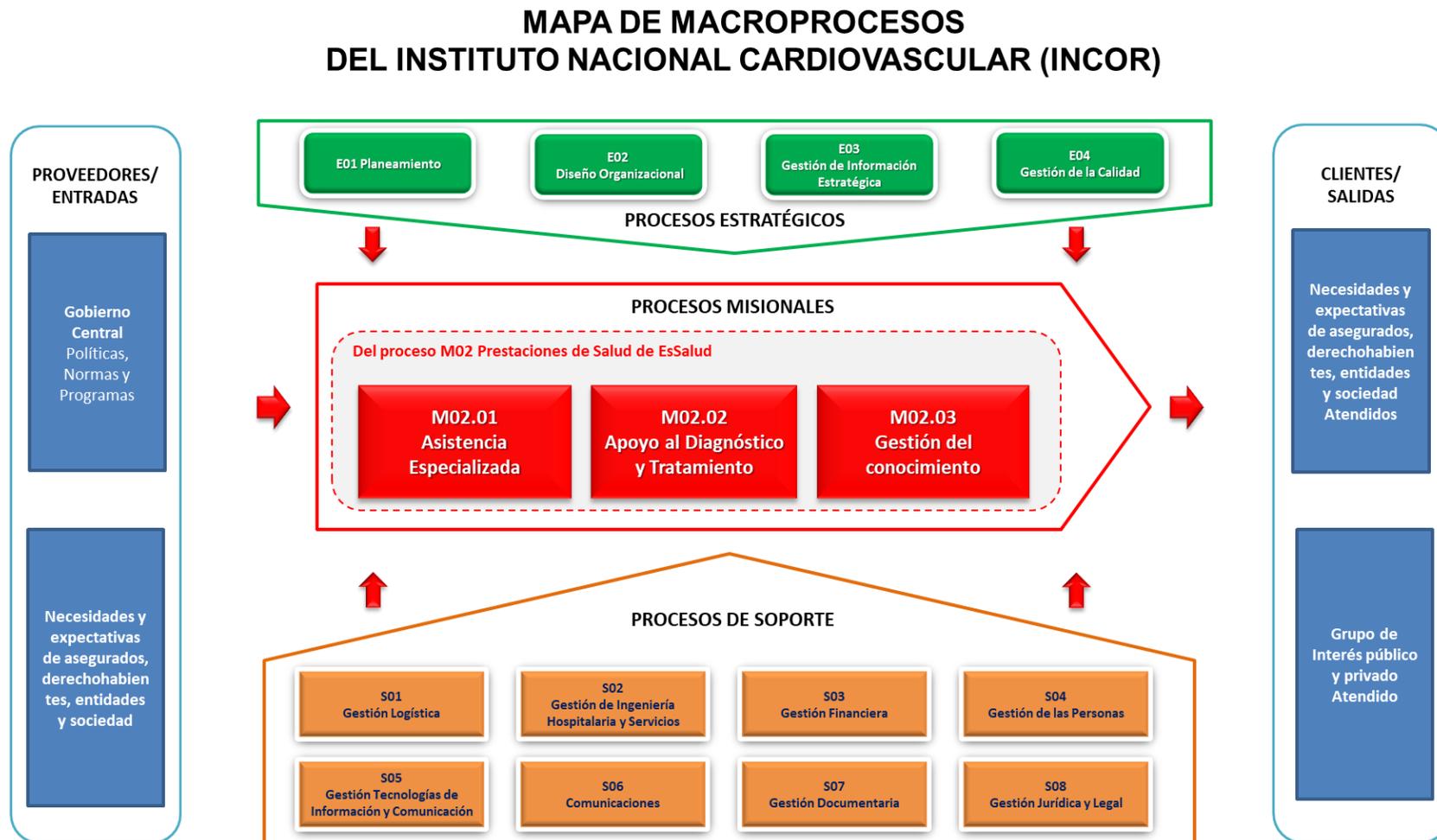
6. Alineamiento de los procesos con el Mapa de Procesos Nivel 0 y Objetivos - ESSALUD

OBJETIVOS ESTRATEGICOS VS MACRO-PROCESOS

OBJETIVO ESTRATEGICO PEI 20120-2024		ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES		MACRO-PROCESO VINCULADO	INDICADOR DE ALINEAMIENTO
OEI. 01	Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	AEI. 1.1	Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	E01 Gestión de Planificación Estratégica M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S02 Gestión Financiera E03 Gestión de Riesgos S01 Gestión Logística M02 Prestaciones de Salud E04 Gestión de Calidad E02 Modernización M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas E06 Control Interno	Ratio de deuda respecto al Presupuesto Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total
OEI.02	Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI. 2.1	Mejorar el modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	M02 Prestaciones de Salud M03 Prestaciones Sociales M04 Prestaciones Económicas M01 Gestión de Aseguramiento en Salud S04 Gestión Jurídica E04 Gestión de Calidad E02 Modernización E03 Gestión de Riesgos	Satisfacción del usuario Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido Porcentaje de cumplimiento de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V Porcentaje de referencia no pertinentes Porcentaje de Contrarreferencias
		AEI. 2.2	Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados	S02 Gestión Financiera S01 Gestión Logística S08 Gestión de Proyectos de Inversión S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación S03 Gestión de Capital Humano E01 Gestión de Planificación Estratégica S06 Gestión de Seguridad Integral, Emergencias y desastres E06 Control Interno	Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en Radiología y Ecografía Porcentaje de equipamiento operativo de Resonador, Tomógrafo, Equipo de Rayos X, Ecógrafo, Porcentaje de personal evaluado Porcentaje de ausentismo laboral (en horas) Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad
		AEI. 2.3	Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado		
		AEI. 2.4	Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados		
		AEI. 2.5	Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido		
		AEI. 2.6	Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres		
OEI.03	Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	AEI. 3.1	Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	E01 Gestión de Planificación Estratégica E02 Modernización S07 Gestión de Tecnologías de Información y comunicación	Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones Porcentaje de sistemas clave interoperables Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables
		AEI. 3.2	Implementación de Sistemas Interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución	S08 Gestión de Proyectos de Inversión S05 Gestión Documental	Porcentaje de aplicativos implementados en nube
		AEI. 3.3	Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	M01 Gestión de Aseguramiento en Salud E05 Gestión de Imagen Institucional E06 Control Interno E04 Gestión de Calidad S03 Gestión de Capital Humano E03 Gestión de Riesgos	Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales Índice de percepción de buen trato en los servicios Índice de clima laboral
		AEI. 3.4	Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución		

Elaborado : Subgerencia de Procesos - GOP

7. Diagrama de Bloques (Mapa de Macro Procesos del INCOR)



8. Organigrama del INCOR

ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR



9. Matriz Cliente – Producto del INCOR

9.1. Matriz Cliente – Producto: Planeamiento

PRODUCTO TIPO CLIENTE	Plan de Gestion Estrategico - PGE INCOR aprobado	Informes de seguimiento y evaluacion (mensual)	Cuadro de necesidades de inversion del INCOR	Plan Operativo INCOR	Necesidades ajustadas al techo presupuestal
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas)

PRODUCTO TIPO CLIENTE	Documento POI	Formulación de iniciativas de gestión del INCOR	Proyecto POI modificado	Informe de avance del POI (Trimestral)
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Dirección INCOR
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI • Gerencia Central de Operaciones - GCOP • Gerencia Central de Gestión de Finanzas GCGF • 'Entidades externas (publicas y/o privadas)

9.2. Matriz Cliente – Producto: Diseño Organizacional

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Proyecto de metodología y procedimiento organizacional</i>	<i>Estructura orgánica de documento de gestión</i>	<i>Documento de gestión formulado y actualizado</i>	<i>Resoluciones de aprobación</i>	<i>Informe técnico en materia organizacional</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Opiniones en temas organizacionales</i>	<i>Proyecto de estructura organizacional</i>	<i>Plan de trabajo</i>	<i>Informe de implementación</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP • Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP

9.3. Matriz Cliente – Producto: Gestión de Información Estratégica

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Elaboración de expedientes para información y/o aprobación*</i>	<i>Informes de gestión</i>	<i>Estadística institucional</i>	<i>Publicaciones y Boletines informativos</i>	<i>Informes estadísticos de Producción y evaluación de actividades asistenciales</i>	<i>Informe de Perfiles Epidemiológicos de las Prestaciones</i>	<i>Registro de Riesgos No Asistenciales</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales • Pacientes (Asegurado y/o Familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias Centrales

* Elaboración de cuadro de necesidades, metas, elaboración y actualización de fichas de especificaciones técnicas de bienes estratégicos, información para memoria anual.

9.4. Matriz Cliente – Producto: Gestión de la Calidad

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Plan anual de calidad INCOR</i>	<i>Informe de seguimiento trimestral de plan anual</i>	<i>Evaluadores internos certificados</i>	<i>Informe de autoevaluación</i>	<i>Informe de proyecto de Mejora Continua de Gestión de la calidad</i>	<i>Acreditación</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad • Asegurado (indirectamente)

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Resolución de institucionalización del proyecto</i>	<i>Directiva aprobada</i>	<i>Planes de intervención</i>	<i>Informes mensuales de intervención</i>	<i>Informe de competencia</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Informe sobre la gestión de incidentes y eventos adversos reportado</i>	<i>Solicitud de acción de mejora</i>	<i>Mapa de Riesgos</i>	<i>Plan de Gestión de Riesgos</i>	<i>IPERC</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Comité de Gestión de desastres y emergencias • Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo • Comité de prevención y control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Comité de Gestión de desastres y emergencias • Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo • Comité de prevención y control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Comité de Gestión de desastres y emergencias • Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo • Comité de prevención y control de infecciones
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes (Asegurado y/o Familiares) • Servicio Terceros 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Terceros 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Terceros

PRODUCTO TIPO CLIENTE	<i>Informe de acciones de contingencia para evitar accidentes</i>	<i>Programación de personal para evaluación ocupacional</i>	<i>Informe de aptitudes de cada trabajador</i>	<i>Tablero de mando y de control</i>	<i>Reporte de cumplimiento de indicadores</i>
CLIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Comité de Gestión de desastres y emergencias • Comité de Salud y Seguridad en el Trabajo • Comité de prevención y control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Terceros 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Terceros 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio Terceros

10. Matriz de Responsabilidad del INCOR

10.1. Matriz de Responsabilidad: Planeamiento

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES	
	Plan de Gestión Estratégica PGE	
	Formulación y aprobación de PGE	Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico
DIRECTOR DEL INCOR	A, C, I	A, C, I
Oficina de Administración	C, I	C, I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos	I	I
Oficina de Finanzas	I	I
Oficina de Logística	I	I
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios	I	I
Oficina de Informática	I	I
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR	I	I
Oficina de Comunicaciones	I	I
Oficina de Asesoría Jurídica	I	I
Oficina de Planeamiento	R	R
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	C, I	C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica	I	I
Servicio de Cardiología No Invasiva	I	I
Servicio de Cardiología Intervencionista	I	I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	I	I
Servicio de Cardiología Perioperatoria	I	I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico	I	I
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	I	I
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	I	I
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	I	I
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	I	I
Servicio de Farmacia	I	I
Departamento de Enfermería	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	I	I
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	I	I
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	I	I
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	I	I
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	I	I
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP	C, I	C, I
Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI	C, I	C, I
Gerencia Central de Operaciones - GCOP	C, I	C, I
Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF	C, I	C, I
Entidades externas (publicas y/o privadas)	I	I

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	Plan Operativo Institucional POI		
	Elaboración de POI	Modificación de POI	Seguimiento del POI
DIRECTOR DEL INCOR	A, C, I	A, C, I	A, C, I
Oficina de Administración	C, I	C, I	C, I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos	I	I	I
Oficina de Finanzas	I	I	I
Oficina de Logística	I	I	I
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios	I	I	I
Oficina de Informática	I	I	I
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I	C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMYR	I	I	I
Oficina de Comunicaciones	I	I	I
Oficina de Asesoría Jurídica	I	I	I
Oficina de Planeamiento	R	R	R
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	C, I	C, I	C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica	I	I	I
Servicio de Cardiología No Invasiva	I	I	I
Servicio de Cardiología Intervencionista	I	I	I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	I	I	I
Servicio de Cardiología Perioperatoria	I	I	I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico	I	I	I
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	I	I	I
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	I	I	I
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	I	I	I
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	I	I	I
Servicio de Farmacia	I	I	I
Departamento de Enfermería	C, I	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	I	I	I
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	I	I	I
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	I	I	I
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	I	I	I
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	I	I	I
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP	C, I	C, I	C, I
Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI	C, I	C, I	C, I
Gerencia Central de Operaciones - GCOP	C, I	C, I	C, I
Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF	C, I	C, I	C, I
Entidades externas (públicas y/o privadas)	I	I	I

10.2. Matriz de Responsabilidad: Diseño Organizacional

DEPARTAMENTOS / SERVICIOS PROCESOS	PROCESOS PRINCIPALES	
	Elaboración o actualización de MOP	Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos
DIRECTOR DEL INCOR	A, C, I	A, C, I
Oficina de Administración	C, I	C, I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos	C, I	C, I
Oficina de Finanzas	C, I	C, I
Oficina de Logística	C, I	C, I
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios	C, I	C, I
Oficina de Informática	C, I	C, I
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR	C, I	C, I
Oficina de Comunicaciones	C, I	C, I
Oficina de Asesoría Jurídica	C, I	C, I
Oficina de Planeamiento	R	R
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	C, I	C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica	C, I	C, I
Servicio de Cardiología No Invasiva	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Intervencionista	C, I	C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Perioperatoria	C, I	C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAECV	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	C, I	C, I
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	C, I	C, I
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	C, I	C, I
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	C, I	C, I
Servicio de Farmacia	C, I	C, I
Departamento de Enfermería	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	C, I	C, I
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP	C, I	C, I
Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP	C, I	C, I

10.3. Matriz de Responsabilidad: Gestión de Información Estratégica

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos	Evaluación, formulación y registro de las necesidades de inversión
DIRECTOR DEL INCOR	I	I	I
Oficina de Administración	I	I	C, I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos			R, C
Oficina de Finanzas			R, C
Oficina de Logística	C, I	C, I	R, C
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios			R, C
Oficina de Informática			R, C
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada			R, C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMYR			R, C, I
Oficina de Comunicaciones			R, C, I
Oficina de Asesoría Jurídica			R, C, I
Oficina de Planeamiento	A, R	A, R	A, R
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	R, C, I	R, C, I	R, C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	I	I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Cardiología No Invasiva	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Cardiología Intervencionista	R, C, I	R, C, I	R, C
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	I	I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Cardiología Perioperatoria	R, C, I	R, C, I	R, C
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAECV	I	I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	R, C, I	R, C, I	R, C
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	I	I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Farmacia	R, C, I	R, C, I	R, C
Departamento de Enfermería	I	I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	R, C, I	R, C, I	R, C
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	R, C, I	R, C, I	R, C
Gerencias Centrales	I	I	I
IETSI			

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	Elaboración y actualización de especificaciones técnicas de bienes estratégicos EETT	Elaboración de cuadro de metas	Evaluación de la Gestión (Elaboración Memoria Anual)
DIRECTOR DEL INCOR	C, I	C, I	I
Oficina de Administración	I	R, C, I	C, I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos			
Oficina de Finanzas			
Oficina de Logística	C, I		
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios			
Oficina de Informática			
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada		R, C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR			C, I
Oficina de Comunicaciones			
Oficina de Asesoría Jurídica			
Oficina de Planeamiento	A, R	A, R	A, R
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	R, C, I	R, C, I	R, C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	I	R, C, I	I
Servicio de Cardiología Clínica	R, C, I		R, C, I
Servicio de Cardiología No Invasiva	R, C, I		R, C, I
Servicio de Cardiología Intervencionista	R, C, I		R, C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	I	R, C, I	I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	R, C, I		R, C, I
Servicio de Cardiología Perioperatoria	R, C, I		R, C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	I	R, C, I	I
Servicio Clínico CardioPediátrico	R, C, I		R, C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	R, C, I		R, C, I
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	R, C, I		R, C, I
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	I	R, C, I	I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	R, C, I		R, C, I
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	R, C, I		R, C, I
Servicio de Farmacia	R, C, I		R, C, I
Departamento de Enfermería	I	R, C, I	I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	R, C, I		R, C, I
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	R, C, I		R, C, I
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	R, C, I		R, C, I
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	R, C, I		R, C, I
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	R, C, I		R, C, I
Gerencias Centrales	I	I	I
IETSI			

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES			
	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos	Generar la información estadística	Identificación de Riesgos No asistenciales	Seguimiento de Riesgos No asistenciales
DIRECTOR DEL INCOR	I	I	A, I	A, I
Oficina de Administración	C, I	C, I	R. C. I	R. C. I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos			C, I	C, I
Oficina de Finanzas			C, I	C, I
Oficina de Logística			C, I	C, I
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios			C, I	C, I
Oficina de Informática			C, I	C, I
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I	C, I	C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMYR	C, I	C, I	C, I	C, I
Oficina de Comunicaciones			C, I	C, I
Oficina de Asesoría Jurídica			C, I	C, I
Oficina de Planeamiento	A, R	A, R	C, I	C, I
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	R, C, I	R, C, I	R. C. I	R. C. I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	R, C, I	I	R. C. I	R. C. I
Servicio de Cardiología Clínica	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Cardiología No Invasiva	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Cardiología Intervencionista	R, C, I	R, C, I		
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	R, C, I	I	R. C. I	R. C. I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Cardiología Perioperatoria	R, C, I	R, C, I		
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAECV	R, C, I	I	R. C. I	R. C. I
Servicio Clínico CardioPediátrico	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Cirugía Cardiovascular y Pediátrica	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	R, C, I	R, C, I		
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	R, C, I	I	R. C. I	R. C. I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Farmacia	R, C, I	R, C, I		
Departamento de Enfermería	R, C, I	I	R. C. I	R. C. I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	R, C, I	R, C, I		
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	R, C, I	R, C, I		
Gerencias Centrales	I	I	I	I
IETSI	C, I			

10.4. Matriz de Responsabilidad: Gestión de Calidad

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente		
	Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de Seguridad del Paciente	Estandarización de Procesos de Atención	Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos
DIRECTOR DEL INCOR	A, I	A, I	A, I
Oficina de Administración	I	I	I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos			
Oficina de Finanzas			
Oficina de Logística			
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios			
Oficina de Informática			
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I	C, I	C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMYR	I	I	I
Oficina de Comunicaciones	I	I	I
Oficina de Asesoría Jurídica	I	I	I
Oficina de Planeamiento	I	I	I
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	R	R	R
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica			
Servicio de Cardiología No Invasiva			
Servicio de Cardiología Intervencionista			
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular			
Servicio de Cardiología Perioperatoria			
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAACP	C, I	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico			
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica			
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico			
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular			
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento			
Servicio de Farmacia			
Departamento de Enfermería	C, I	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica			
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos			
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular			
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría			
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico			
Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad	C, I	C, I	
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP	C	C	
Oficina de atención al asegurado / G C de Atención al Asegurado	C	C	
Gerencia Central de Prestaciones de salud	C	C	
MINSA	C	C	

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES			
	Inteligencia Sanitaria			
	Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel	Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS	Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales	Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción
DIRECTOR DEL INCOR	I	I	I	I
Oficina de Administración	I	I	I	I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos				
Oficina de Finanzas				
Oficina de Logística				
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios				C, I
Oficina de Informática				
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada				
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR				
Oficina de Comunicaciones				
Oficina de Asesoría Jurídica				
Oficina de Planeamiento				
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	A, R	A, R	A, R	A, R
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC		C, I	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica				
Servicio de Cardiología No Invasiva				
Servicio de Cardiología Intervencionista				
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV		C, I	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular				
Servicio de Cardiología Perioperatoria				
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC		C, I	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico				
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica				
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico				
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular				
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento				
Servicio de Farmacia				
Departamento de Enfermería	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica				
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos				
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular				
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría				
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico				
Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad				
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP				
Oficina de atención al asegurado / G C de Atención al Asegurado				
Gerencia Central de Prestaciones de salud				
MINSA				

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES			
	Seguridad y Salud en el Trabajo			
	Gestión frente a Accidentes de Trabajo sin riesgo biológico	Gestión frente a Accidentes de Trabajo con riesgo biológico	Plan de Inmunizaciones	Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles
DIRECTOR DEL INCOR	I	I	I	I
Oficina de Administración	I	I	I	I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos			C, I	
Oficina de Finanzas			C, I	
Oficina de Logística			C, I	
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios			C, I	
Oficina de Informática			C, I	
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada			C, I	
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR			C, I	
Oficina de Comunicaciones			C, I	
Oficina de Asesoría Jurídica			C, I	
Oficina de Planeamiento				
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	A, R	A, R	A, R	A, R
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cardiología Clínica				
Servicio de Cardiología No Invasiva				
Servicio de Cardiología Intervencionista				
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Cirugía Cardiovascular				
Servicio de Cardiología Perioperatoria				
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAACP	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio Clínico CardioPediátrico				
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica				
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico				
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular				
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento				
Servicio de Farmacia				
Departamento de Enfermería	C, I	C, I	C, I	C, I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica				
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos				
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular				
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría				
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico				
Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad				
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP				
Oficina de atención al asegurado / G C de Atención al Asegurado				
Gerencia Central de Prestaciones de salud				
MINSA				

PROCESOS DEPARTAMENTOS / SERVICIOS	PROCESOS PRINCIPALES		
	Gestión de Mejora Continua		
	Soporte Técnico al proceso de elaboración y presentación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Integración de los hallazgos identificados a través de los Organos Colegiados	Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras
DIRECTOR DEL INCOR	C, I	A, I	A, I
Oficina de Administración	C, I	I	I
Oficina de Gestión de Recursos Humanos	C, I		C
Oficina de Finanzas	C, I		C
Oficina de Logística	C, I		C
Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios	C, I		C
Oficina de Informática	C, I		C
Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada	C, I		C, I
Oficina de Admisión, Registros Médicos y Referencias - OARMyR	C, I		C, I
Oficina de Comunicaciones	C, I		C, I
Oficina de Asesoría Jurídica	C, I		C, I
Oficina de Planeamiento	C, I		R, C, I
Dirección de Gestión Clínica y Calidad	R, C, I	R, C, I	A, R, C, I
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAEC	C, I	C, I	I
Servicio de Cardiología Clínica	C, I		C
Servicio de Cardiología No Invasiva	C, I		C
Servicio de Cardiología Intervencionista	C, I		C
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía Cardiovascular - DIDAECV	C, I	C, I	I
Servicio de Cirugía Cardiovascular	C, I		C
Servicio de Cardiología Perioperatoria	C, I		C
Dirección de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cardiología - DIDAACP	C, I	C, I	I
Servicio Clínico CardioPediátrico	C, I		C
Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica	C, I		C
Servicio de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico	C, I		C
Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - DADYT	C, I	C, I	I
Servicio de Anestesiología Cardiovascular	C, I		C
Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento	C, I		C
Servicio de Farmacia	C, I		C
Departamento de Enfermería	C, I	C, I	I
Servicio de Enfermería de Cardiología Clínica	C, I		C
Servicio de Enfermería de Procedimientos Cardiológicos	C, I		C
Servicio de Enfermería de Cirugía Cardiovascular	C, I		C
Servicio de Enfermería de Cardiopediatría	C, I		C
Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	C, I		C
Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad			C, I
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP			
Oficina de atención al asegurado / G C de Atención al Asegurado			
Gerencia Central de Prestaciones de salud			
MINSA			

11. Inventario de procesos del INCOR

11.1. Inventario de procesos: Planeamiento

Nro / Código	Proceso Nivel 0	Nro / Código	Proceso Nivel 1	Nro / Código	Proceso Nivel 2
E01	Planeamiento	E01.01	Plan de Gestión Estratégica PGE	E01.01.01	Formulación y aprobación de PGE
				E01.01.02	Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico
		E01.02	Plan Operativo Institucional POI	E01.02.01	Elaboración de POI
				E01.02.02	Modificación de POI
				E01.02.03	Seguimiento del POI

11.2. Inventario de procesos: Diseño Organizacional

Nro / Código	Proceso Nivel 0	Nro / Código	Proceso Nivel 1
E02	Diseño Organizacional	E02.01	Elaboración o actualización de MOP
		E02.02	Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos

11.3. Inventario de procesos: Gestión de Información Estratégica

Nro / Código	Proceso Nivel 0	Nro / Código	Proceso Nivel 1
E03	Gestión de Información Estratégica	E03.01	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
		E03.02	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
		E03.03	Evaluación y registro de las necesidades de inversión
		E03.04	Elaboración y actualización de especificaciones técnicas de bienes estratégicos EETT
		E03.05	Elaboración de cuadro de metas
		E03.06	Evaluación de la Gestión
		E03.07	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos
		E03.08	Generar la información estadística
		E03.09	Identificación de Riesgos No Asistenciales
		E03.10	Seguimiento de Riesgos No Asistenciales

11.4. Inventario de procesos: Gestión de la Calidad

Nro / Código	Proceso Nivel 0	Nro / Código	Proceso Nivel 1	Nro / Código	Proceso Nivel 2
E04	Gestión Clínica y Calidad	E04.01	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	E04.01.01	Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de Seguridad del Paciente
				E04.01.02	Estandarización de Procesos de Atención
				E04.01.03	Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos
				E04.01.04	Monitoreo de cumplimiento de los planes de sistemas críticos: Gestión de Medicamentos Seguridad de las Instalaciones Cualificación y Educación del personal Prevención y Control de Infecciones
				E04.01.05	Seguimiento y Control de Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados
		E04.02	Coordinación y participación en Procesos de Acreditación y Re-Acreditación		
		E04.03	Inteligencia Sanitaria	E04.03.01	Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel
				E04.03.02	Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS
				E04.03.03	Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales
				E04.03.04	Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción
		E04.04	Seguridad y Salud en el Trabajo	E04.04.01	Gestión frente a Accidentes de Trabajo sin riesgo biológico
				E04.04.02	Gestión frente a Accidentes de Trabajo con riesgo biológico
				E04.04.03	Plan de Inmunizaciones
				E04.04.04	Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles
		E04.05	Gestión de Mejora Continua	E04.05.01	SopORTE Técnico al proceso de elaboración y presentación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad
				E04.05.02	Integración de los hallazgos identificados a través de los Organos Colegiados
				E04.05.03	Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras

12. Ficha Técnica del Proceso Nivel 0 (Macroproceso) y Ficha del proceso de Nivel 01,02 hasta el penúltimo Nivel

12.1. Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Planeamiento

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 0				
1) Nombre	Planeamiento		4) Responsable	Jefe de la Oficina de Planeamiento
2) Objetivo	Establecer los Lineamientos, Políticas, Objetivos y Acciones Estratégicas Institucionales a seguir en el corto y mediano plazo por las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR		5) Requisitos	Especialista en Planeamiento Estratégico y Operativo
3) Alcance	Comprende los procesos relacionados al Plan de Gestión Estratégico - PGE, Evaluación y registro de necesidades de inversión y lo relacionado al Plan Operativo Institucional POI		6) Clasificación	Estratégico
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 1	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP Gerencia Central de Proyectos de Inversión - GCPI Gerencia Central de Operaciones - GCOP Gerencia Central de Gestión de Finanzas - GCGF Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta de iniciativa de gestión Cartas requerimiento para elaboración del PGE INCOR Proyecto de PGE - INCOR Normativa de proyecto 	Gestión Estratégica (Desarrollo del PGE)	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de iniciativas de gestión del INCOR Plan de Gestión Estratégico PGE INCOR aprobado Informes de seguimiento y evaluación (mensual) 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas
	<ul style="list-style-type: none"> Carta Presupuesto PIA Necesidad de modificación del POI Solicitud de avance de ejecución del POI 	Gestión Operativa Institucional (Desarrollo del POI)	<ul style="list-style-type: none"> Plan Operativo INCOR Proyecto POI modificado Informe de avance del POI trimestral Documento POI 	
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
MOP MPP	Infraestructura del INCOR Director, Jefaturas, Analistas, Apoyo adm. Médicos, Enfermeras, Técnicos Económicos y Financieros Tecnología de Información Recursos Logísticos		Formato de Cuadro de Necesidades de Inversión Formato de POI Formato de seguimiento y Control mensual de la ejecución sobre el PGE Formato de Vaance Trimestral del POI	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros		16) Indicadores		
PGE POI		Cumplimiento del Plan Estratégico Cumplimiento del Plan Operativo		

12.1.1. Ficha del Proceso Nivel 1: Plan de Gestión Estratégica PGE

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Plan de Gestión Estratégica PGE			
Objetivo	Establecer los Lineamientos, Políticas, Objetivos y Acciones Estratégicas Generales a seguir en el corto y mediano plazo por las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR			
Descripción	El proceso comprende: la Formulación y aprobación de PGE y el Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico			
Alcance	Comprende los procesos relacionados al Plan de Gestión Estratégico - PGE			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Jefes de Unidades Orgánicas, Jefes de los Servicios Asistenciales, Jefe y Profesionales de la Oficina de Planeamiento	Sistema SIAD, Solicitud, Informes, Borrador de PGE Planes de acción	Formulación y aprobación de PGE	Plan de Gestión Estratégica Aprobado	Dirección INCOR
		Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico	Informes de seguimiento y de evaluación, PGE modificado, PAI aprobado	
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de formulación y aprobación Porcentaje de avances de los planes de acción			
Registros	SIAD, Informes, PGE			

12.1.2. Ficha del Proceso Nivel 1: Plan Operativo Institucional POI

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Plan Operativo Institucional POI			
Objetivo	Establecer los Lineamientos, Políticas, Objetivos y Acciones Estratégicas Institucionales a seguir por las Unidades Orgánicas del INCOR			
Descripción	El proceso comprende: la Elaboración, modificación y seguimiento del POI.			
Alcance	Evaluación y registro de necesidades de inversión y lo relacionado al Plan Operativo Institucional POI			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
Jefe de la Oficina de Planeamiento, Director del INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas	Cartas, Informes, iniciativas y metas Informe Técnico, Formatos, Proyectos	Elaboración de POI	Plan Operativo Institucional (POI)	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia General
		Modificación de POI	Plan Operativo Institucional (POI) modificado, Fichas de POI modificadas, Informe sustentatorio	
	Sistema SIAD, ESSI	Seguimiento del POI	Informes mensuales de seguimiento, Informes de evaluación trimestral del POI	
Indicadores	Porcentaje del cumplimiento del POI Porcentaje de modificaciones requeridas en el POI Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en las iniciativas de gestión			
Registros	SIAD, ESSI, Informes, POI			

12.2. Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Diseño Organizacional

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 0				
1) Nombre	Diseño Organizacional		4) Responsable	Jefe de la Oficina de Planeamiento
2) Objetivo	Construir una estructura organizacional alineada a la estrategia y procesos organizacionales con el fin de lograr un adecuado grado de eficacia y eficiencia de los servicios que brinda el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR		5) Requisitos	Especialista en Planeamiento Estratégico y Operativo
3) Alcance	Comprende los procesos relacionados a la elaboración y/o actualización de documentos técnicos de gestión, a la implementación de Simplificación Administrativa, Gestión de Procesos, y a los estudios relacionados al ámbito organizacional.		6) Clasificación	Estratégico
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 1	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta de actualización y modificación del PGE Propuesta de mejora de tema organizacional Carta de requerimiento de actualización Cumplimiento de normativa Solicitud de mejora Requerimiento de asistencia técnica otras salidas del Proceso de Planeamiento Normatividad y directivas Cartas con solicitudes y/o propuestas de las unidades Organicas del INCOR 	<p>Elaboración o actualización de MOP</p> <hr/> <p>Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto de metodología y procedimiento organizacional Estructura orgánica de documento de gestión Documento de gestión formulado y actualizado (ROF, MPP, Mapa de procesos, Manual de Procesos) Resoluciones de aprobación Informe técnico en materia organizacional Opiniones en temas organizacionales Proyecto de estructura organizacional Plan de trabajo Informe de implementación 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP Gerencia Central de Gestión de Personal - GCGP Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
Macro Porcesos ROF	Infraestructura del INCOR Director, Jefaturas, Analistas, Apoyo adm. Médicos, Enfermeras, Técnicos Económicos y Financieros Tecnología de Información Recursos Logísticos		Documentos con la metodología a utilizarse para elaborar los diversos productos generados en el proceso	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros		16) Indicadores		
MOP MPP		Numero de Manuales de Procesos y Procedimientos realizados Automatización de los Procesos. Mejora Continua y Optimización de los procesos		

12.3. Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Gestión de Información Estratégica

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 0				
1) Nombre	Gestión de Información Estratégica		4) Responsable	Jefe de la Oficina de Planeamiento
2) Objetivo	Generar, analizar y gestionar la información para crear conocimiento que permita la toma de decisiones de manera eficiente del Instituto Nacional Cardiovascular -INCOR		5) Requisitos	Especialista en Planeamiento
3) Alcance	Se inicia desde la generación de los datos o información en los diferentes sistemas de la institución hasta generar la información estratégica que serán entregados a los actores que toman las decisiones.		6) Clasificación	Estratégico
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 1	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas Pacientes (Asegurado y/o Familiares) 	<ul style="list-style-type: none"> Información especializada Información de Prestaciones de salud -SGH/ESSI Información sobre vigilancia hospitalaria 	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de expedientes para información y/o aprobación 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección INCOR Gerencias Centrales Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas Pacientes (Asegurado v/o Familiares)
	<ul style="list-style-type: none"> Información especializada Información de Prestaciones de salud -SGH/ESSI Información sobre vigilancia hospitalaria 	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de expedientes para información y/o aprobación 	
	<ul style="list-style-type: none"> PGE INCOR aprobado Necesidades de los usuarios Requerimiento de necesidades de inversión (propuestas y ajustadas) 	Evaluación, formulación y registro de las necesidades de inversión	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro de necesidades de inversión del INCOR Necesidades ajustadas al techo presupuestal 	
	<ul style="list-style-type: none"> Información sobre vigilancia hospitalaria 	Elaboración y actualización de especificaciones técnicas de bienes estratégicos EETT	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de expedientes para información y/o aprobación 	
	<ul style="list-style-type: none"> Información especializada Información de Prestaciones de salud -SGH/ESSI Información sobre vigilancia hospitalaria 	Elaboración de cuadro de metas	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de expedientes para información y/o aprobación 	
	<ul style="list-style-type: none"> Información especializada Información de Prestaciones de salud -SGH/ESSI Información sobre vigilancia hospitalaria Estadísticas institucionales Información de ocurrencias de infecciones para estadísticas 	Evaluación de la Gestión (Elaboración Memoria Anual)	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de expedientes para información y/o aprobación Informes de gestión Estadística Institucional Publicaciones y Boletines informativos 	
	<ul style="list-style-type: none"> Formato de quejas informes 	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos	<ul style="list-style-type: none"> Quejas atendidas 	
	<ul style="list-style-type: none"> Información de Prestaciones de salud -SGH/ESSI Estadísticas institucionales Información de ocurrencias de infecciones para estadísticas Información sobre vigilancia hospitalaria 	Generar la información estadística	<ul style="list-style-type: none"> Estadística Institucional Publicaciones y Boletines informativos 	
	<ul style="list-style-type: none"> Información de ocurrencias de infecciones para estadísticas 	Identificación de Riesgos No asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> Informes estadísticos de Producción y evaluación de actividades asistenciales 	
<ul style="list-style-type: none"> Información de ocurrencias de infecciones para estadísticas 	Seguimiento de Riesgos No asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> Informes estadísticos de Producción y evaluación de actividades asistenciales 		
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos	14) Documentos y formatos		
Macro Procesos ROF MPP Manuales de Procesos y Procedimientos	Infraestructura del INCOR Director, Jefaturas, Analistas, Apoyo adm. Médicos, Enfermeras, Técnicos Económicos y Financieros Tecnología de Información Recursos Logísticos	Formatos para Estadística Institucional Formatos para Evaluación de actividades asistenciales Formatos para informaes de Perfiles Epidemiológicos de las Prestaciones		
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros	16) Indicadores			
Registro de Perfiles epidemiológicos de las prestaciones	# de avances de evaluaciones, acciones frente a riesgos, etc.			

12.4. Ficha Técnica del Proceso Nivel 0: Gestión de la Calidad

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 0				
1) Nombre	Gestión de la Calidad		4) Responsable	Jefe de la Dirección de Gestión Clínica y Calidad
2) Objetivo	Conjunto de procesos que conducen a la aplicación de los estándares que conllevan a mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes en el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR		5) Requisitos	Especialista en Gestión de la Calidad en Hospitales
3) Alcance	Comprende los procesos relacionados con la formulación, planificación de la calidad y seguridad del paciente y creación de Instrumentos de Gestión.		6) Clasificación	Estratégico
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO				
7) Proveedores	8) Entradas	9) Procesos nivel 1	10) Salidas	11) Ciudadano o destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad GCPP Oficina de atención al asegurado Minsa Gerencia Central de Prestaciones de salud Dirección INCOR Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas JCI 	<ul style="list-style-type: none"> Plan Estratégico Institucional de EsSalud Normativa EsSalud Lineamientos Resolución Formato de Análisis Carta Circular Estándares de calidad Informes Reporte de Eventos Adversos Informes Manual de Estándares JCI 	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente Coordinación y participación en Procesos de Acreditación y Re-Acreditación Inteligencia Sanitaria Seguridad y Salud en el Trabajo Gestión de Mejora Continua 	<ul style="list-style-type: none"> Plan anual de calidad INCOR Informe de seguimiento trimestral de plan anual Evaluadores internos certificados Informe de autoevaluación Acreditación Informe de proyecto de Mejora Continua de Gestión de la calidad Resolución de institucionalización del proyecto Directiva aprobada Planes de intervención Informes mensuales de intervención Informe de competencia Informe sobre la gestión de incidentes y eventos adversos reportado Solicitud de acción de mejora JCI 	<ul style="list-style-type: none"> Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad Dirección INCOR Unidades Orgánicas Asistenciales Unidades Orgánicas Administrativas Asegurado (indirectamente)
IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS CRÍTICOS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTROL DEL PROCESO				
12) Controles e Inspecciones	13) Recursos		14) Documentos y formatos	
<ul style="list-style-type: none"> Manual de Operaciones del INCOR ROF Manual de Procesos y Procedimientos Manual de Riesgos Operativo Manual de Estándares JCI 	<ul style="list-style-type: none"> Infraestructura del INCOR Director, Jefaturas, Analistas Médicos, Enfermeras, Técnicos, etc. Económicos y Financieros Tecnología de Información 		<ul style="list-style-type: none"> Normativas de Calidad de EsSalud Normativa de Calidad del MINSA Formato de seguimiento del avance del Plan de Calidad (trimestral) Formato de incidentes y eventos adversos Formato de Solicitud de acción de mejora 	
EVIDENCIAS E INDICADORES DEL PROCESO				
15) Registros		16) Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> Registro de Incidentes y eventos adversos Registro de seguimiento del avance del Plan de Calidad 		<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento del Plan Anual de Gestión de la Calidad Cumplimiento de Evaluación de Indicadores de Calidad Cumplimiento de acreditación Cumplimiento de Proyectos de Mejora vigentes 		

12.4.1. Ficha del Proceso Nivel 1: Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1					
Nombre	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente				
Objetivo	Monitoreo, cumplimiento, evaluación y estandarización, de los procesos y planes de acción involucrados en la gestión de calidad y seguridad del paciente				
Descripción	Comprende los procesos de Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de seguridad del paciente, estandarización de procesos de atención, gestión de incidentes y eventos adversos, cumplimiento de los planes de sistemas críticos y seguimiento de los riesgos asistenciales.				
Alcance	Incluye todo lo que está involucrado en el ámbito de atención del paciente, desde la infraestructura, medicinas, recurso humano, hasta prevención y monitoreo de riesgos asistenciales identificados.				
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios	
<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad • Oficina de atención al asegurado • Gerencia Central de Prestaciones de salud • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cronogramas, rondas, trazados, recorridos • Plan Anual Calidad INCOR • Plan Estratégico Institucional de EsSalud • Normativa EsSalud • Lineamientos • Resolución • Formato de Análisis • Estándares de calidad • Informes • Reporte de Eventos Adversos • Plan de MNU • Plan de PCI • Plan de FMS • Plan de SQZ 	Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Plan anual de calidad INCOR • Informe de seguimiento trimestral de plan anual • Evaluadores internos certificados • Informe de autoevaluación • Directiva aprobada • Planes de intervención • Informes mensuales de intervención • Informe sobre la gestión de incidentes y eventos adversos reportado 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina Central de Gestión de la Calidad y Seguridad • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • Unidades Orgánicas Administrativas • Asegurado 	
		Estandarización de Procesos de Atención			Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos
		Monitoreo de cumplimiento de los planes de sistemas críticos: Gestión de Medicamentos Seguridad de las Instalaciones Cualificación y Educación del personal Prevención y Control de Infecciones			
		Seguimiento y Control de Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados			
Indicadores	Porcentaje de incidentes o eventos adversos gestionados Porcentaje de cumplimiento de los planes de sistemas críticos				
Registros	Plan integral de calidad y seguridad del paciente, plantilla institucional, Ficha de Notificación, informes de cumplimiento, Cronogramas de inspección: Ronda de Seguridad, Trazado de paciente/proceso, Recorrido de Infraestructura, Acta con mejoras a implementarse.				

12.4.2. Ficha del Proceso Nivel 1: Inteligencia Sanitaria

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Inteligencia Sanitaria			
Objetivo	Monitorear y tomar acción frente a problemas de calidad y riesgos de infección y/o contagio del paciente, velar por protocolos preestablecidos en sistemas y planes de vigilancia			
Descripción	Comprende los procesos de Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección, Vigilancia de las IAAS, Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales y Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción.			
Alcance	Desde el monitoreo constante y vigilancia de los sistemas y planes hasta la toma de acciones ante una alerta sanitaria			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud • Unidad de Esterilización INCOR • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • IHyS INCOR • DGCyC • OIS • Comité de Infecciones • MINSA • Contratistas (Terceros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alerta MINSA/EsSalud • Procesos de Esterilización y Desinfección. • Test de Bioluminiscencia • Sistema de Vigilancia • solicitud de Información de IAAS • Solicitud de inicio de obra • Informes 	Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • verificación de test de bioluminiscencia, • Informe de conformidad • Plan de Vigilancia Informe con acciones correctivas. • Informe de Resultados • Activación de protocolos, vigilancia (Cuarentena) • Evaluación técnica de riesgos, registro de riesgos • Informe con recomendaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud • Unidad de Esterilización INCOR • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas Asistenciales • IHyS INCOR • DGCyC • OIS • Comité de Infecciones • Trabajadores y Pacientes
		Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS		
		Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales		
		Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción		
Indicadores	No registra indicadores directos / se apoya en indicadores como por ejemplo: número de incidentes o fallas en la obra (gestión del contratista) y % de test de bioluminiscencia correctos vs totales (gestión de la unidad de esterilización)			
Registros	Test de Bioluminiscencia, Sistema de Vigilancia, Plan de Vigilancia IAAS, Plan de enfermedades Transmisibles Globales, Protocolos, Informe con recomendaciones, registro de riesgos.			

12.4.3. Ficha del Proceso Nivel 1: Seguridad y Salud en el Trabajo

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Seguridad y Salud en el Trabajo			
Objetivo	Monitorear y tomar acción frente a incidentes de seguridad y salud en el trabajo, tanto en situaciones que no impliquen riesgo biológico como en las que si se tenga casos de accidentes con riesgo biológico			
Descripción	Comprende la Gestión frente a Accidentes de Trabajo con/sin riesgo biológico, Plan de Inmunizaciones e IPERC			
Alcance	Desde la prevención de riesgos y toma de acciones frente a accidentes con riesgo biológico hasta el desarrollo y ejecución de un plan de inmunización para los trabajadores			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas • DGCyC • OIS • SyST • MINSA 	<ul style="list-style-type: none"> • accidente con o sin riesgo biológico • Alerta sanitaria • Macroproceso y proceso a revisar para la IPERC. 	Gestión frente a Accidentes de Trabajo sin riesgo biológico	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en seguridad y salud en el trabajo • Plan de Inmunizaciones • IPERC 	<ul style="list-style-type: none"> • EsSalud • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas • DGCyC • OIS • SyST • Trabajadores del INCOR
		Gestión frente a Accidentes de Trabajo con riesgo biológico		
		Plan de Inmunizaciones		
		Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles		
Indicadores	Cobertura de inmunización			
Registros	Formato de registro de accidentes con/sin riesgo biológico en seguridad y salud en el trabajo Plan de Inmunizaciones, indicadores e informes, Matriz IPERC			

12.4.4. Ficha del Proceso Nivel 1: Gestión de Mejora Continua

FICHA TÉCNICA DEL PROCESO NIVEL 1				
Nombre	Gestión de Mejora Continua			
Objetivo	Realizar la identificación, mejoramiento, implementación y monitoreo de oportunidades de mejora de procesos y planes del INCOR			
Descripción	Comprende los procesos de Soporte Técnico al proceso de elaboración y presentación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad, Integración de los hallazgos identificados a través de los Organos Colegiados y Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras			
Alcance	Desde la identificación y/o recepción de una oportunidad de mejora hasta su implementación y evaluación posterior.			
Proveedor	Entrada	Listado de Procesos de Nivel 2	Salidas	Destinatario de los bienes y servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas INCOR • DGCyC • Órganos colegiados • Entidades Supervisoras y Acreditadoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento con iniciativa con propuesta de mejora • Informes de hallazgos • Informes de observaciones de supervisión de entidades externas 	Soporte Técnico al proceso de elaboración y presentación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta Aprobada con Resolución • Resolución de conformación de comités. • Informes con oportunidades de mejora • Matriz de seguimiento de oportunidades de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección INCOR • Unidades Orgánicas INCOR • DGCyC • Órganos colegiados • Entidades Supervisoras y Acreditadoras
		Integración de los hallazgos identificados a través de los Organos Colegiados		
		Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras		
Indicadores	Porcentaje de observaciones levantadas			
Registros	Informes, documento de iniciativa con propuesta de mejora, resolución, matriz de seguimiento			

13. Descripción de Procedimientos – último nivel

13.1. Descripción de Procedimientos – último nivel: Planeamiento

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Formulación y aprobación de PGE				
Objetivo	Elaborar un documento de gestión institucional para determinar la dirección estratégica que debe tener la institución a fin de conseguir sus objetivos de mediano y largo plazo.				
Alcance	Desde solicitar Plan de Gestión por Servicio hasta aprobar PGE Y disponer su publicación				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe y Profesionales de la Oficina de Planeamiento, Jefes de Unidades Orgánicas, Jefes de los Servicios Asistenciales	Sistema SIAD, Solicitud, Informes, Borrador de PGE	1. Solicitar Plan de Gestión por Servicio	Dirección INCOR	Plan de Gestión Estratégica Aprobado	Dirección INCOR
		2. Indicar elaboración de Plan de Gestión por Servicio	DIDAE´s		
		3. Formular el Plan de Gestión por Servicio	Servicios Asistenciales		
		4. Concertar y ajustar el Plan de Gestión			
		5. Aprobar Plan de Gestión y remitir			
		6. Revisar informe	DIDAE´s		
		Existen observaciones	Servicios Asistenciales		
		7. Subsanar observaciones y remitir			
		No existen observaciones	DIDAE´s		
		8. Aprobar informe y disponer su remisión			
		9. Revisar y disponer su remisión	Dirección INCOR		
		10. Revisar y derivar para su consolidación	Oficina de Planeamiento		
		11. Recibir y formular el Plan Estratégico Institucional			
		12. Concertar y ajustar el Plan Estratégico Institucional			
		13. Validar y remitir			
		14. Revisar Borrador de PGE y validar	Dirección INCOR		
		15. Revisar borrador de PGE			
		Existen observaciones	Oficina de Planeamiento		
		16. Indicar subsanar observaciones			
17. Subsanar observaciones					
18. Remitir PGE corregido	Dirección INCOR				
No existen observaciones					
19. Aprobar PGE Y disponer su publicación					
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de formulación y aprobación				
Registros	Solicitudes, Informes, PGE, Sistema SIAD				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico				
Objetivo	Comprobar que los planes de acción cumplan con los objetivos propuestos en el PEG				
Alcance	Desde recopilar documentos (por intermedio de la OPyEG) de consulta para formulación de los planes de acción por Servicio hasta aprobar PGE modificado y difundir				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefes de Unidades Orgánicas, Jefes de los Servicios Asistenciales, Jefe y Profesionales de la Oficina de Planeamiento	Sistema SIAD, informes, Planes de acción	1. Recopilar documentos (por intermedio de la OPyEG) de consulta para formulación de los planes de acción por Servicio	Oficina de Planeamiento	Informes de seguimiento y de evaluación, PGE modificado, PAI aprobado	Dirección INCOR
		2. Elaborar cronograma para su formulación y aprobación			
		3. Solicitar a las dependencias la elaboración del Plan de Acción	Dirección INCOR		
		4. Indicar elaboración de planes de acción por Servicio	DIDAE's		
		5. Indicar elaboración de planes de acción por Servicio	Servicios Asistenciales		
		6. Revisar y remitir planes de acción	DIDAE's		
		7. Recibir los Planes de Acción, revisar y remitir	Dirección INCOR		
		8. Indicar revisión y análisis de planes acción	Oficina de Planeamiento		
		9. Evaluar planes de acción			
		Cumple con los lineamientos propuestos			
		10. Consolidar los planes de acción			
		11. Presentar el Plan de Acción Institucional (PAI) consolidado			
		12. Revisar y validar plan de acción institucional			
		13. Aprobar y disponer publicación de plan de acción institucional	Dirección INCOR		
		14. Realizar seguimiento a los planes de acción	Oficina de Planeamiento		
		15. Realizar informe de seguimiento de los planes de acción			
		16. Remitir el informe de seguimiento de los planes de acción			
		17. Presentar a los Servicios, el informe de seguimiento de los planes de Acción	Dirección INCOR		
		Si es necesario hacer ajustes al PGE	Oficina de Planeamiento		
		18. Solicitar ajustes al PGE			
		19. Indicar ajustes al PGE			
		20. Revisar los ajustes solicitados	Oficina de Planeamiento		
		21. Aprobar ajustes solicitados y modificar PGE			
22. Validar ajustes al PGE					
23. Aprobar PGE modificado y difundir	Dirección INCOR				
Indicadores	Porcentaje de avances de los planes de acción				
Registros	Informes de seguimiento y de evaluación, Sistema SIAD				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración de POI				
Objetivo	Contar con un documento que refleje las actividades que realizarán las Unidades Orgánicas de INCOR para el siguiente periodo fiscal (Dicho documento se elabora un año antes del año fiscal establecido en el mismo documento)				
Alcance	Desde solicitar iniciativas de gestión y metas asistenciales para el periodo siguiente hasta recibir POI aprobado e indicar seguimiento				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe de la Oficina de Planeamiento, Director del INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas	Cartas, Informes, iniciativas y metas	1. Solicitar iniciativas de gestión y metas asistenciales para el periodo siguiente	Dirección INCOR	Plan Operativo Institucional (POI)	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia General
		2. Indicar coordinar las iniciativas de gestión y metas asistenciales con las Unidades Orgánicas	Oficina de Planeamiento		
		3. Proyectar documento solicitando iniciativas de gestión y metas asistenciales a las Unidades Orgánicas			
		4. Validar proyecto de carta y disponer su remisión			
		5. Validar carta con firma y sello y disponer su remisión	Dirección INCOR		
		6.1. Elaboración de metas de producción	Unidades Orgánicas		
		6.2. Elaboración de Iniciativas de Gestiones			
		7. Informar la conformidad de programación de actividades	Dirección INCOR		
		8. Ejecutar actividades programadas para cumplimiento de iniciativas y metas	Unidades Orgánicas		
		9. Indicar realizar consolidado de los programas de actividades de iniciativas y metas	Oficina de Planeamiento		
		10. Consolidar los programas de actividades de iniciativas y metas, y elaborar proyecto de POI			
		11. Validar proyecto de POI y proyectar carta			
		12. Validar proyecto de POI y Carta			
		13. Firmar proyecto POI y Carta y disponer su remisión a GCPyD y su distribución a unidades orgánicas para conocimiento	Dirección INCOR		
		14. Disponer remisión de POI Essalud - INCOR	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto		
		15. Aprobar POI de Essalud Desagregado con Resolución y disponer su remisión	Gerencia General		
		16. Recibir POI Essalud - INCOR desagregado aprobado y realizar seguimiento	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto		
		17. Recibir POI Essalud - INCOR desagregado aprobado y disponer su remisión	Dirección INCOR		
		18. Recibir POI y cumplir actividades programadas	Unidades Orgánicas		
19. Recibir POI aprobado e indicar seguimiento	Oficina de Planeamiento				
Indicadores	Porcentaje del cumplimiento del POI				
Registros	Plan Operativo Institucional (POI)				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Modificación de POI				
Objetivo	Ajustar el POI según requerimientos de las Unidades Orgánicas				
Alcance	Desde solicitar modificación de POI hasta incluir modificación en POI Essalud modificado				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe de la Oficina de Planeamiento, Director del INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas	Informe Técnico, Cartas, Formatos, Proyectos	1. Solicitar modificación de POI	Unidades Orgánicas	Plan Operativo Institucional (POI) modificado, Fichas de POI modificadas, Informe sustentatorio	Unidades Orgánicas, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
		2. Indicar evaluación de modificación del POI	Dirección INCOR		
		3. Indicar análisis y evaluación sobre modificación del POI	Oficina de Planeamiento		
		4. Evaluar solicitud de modificación del POI			
		Si es viable la modificación			
		5. Realizar modificación del POI			
		6. Validar modificación de POI con V°B y remitir	Dirección INCOR		
		7. Aprobar proyecto de modificación de POI y disponer remisión			
		8. Recibir modificación del POI INCOR y evaluar			
Si procede la modificación	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto				
9. Incluir modificación en POI Essalud modificado					
Indicadores	Porcentaje de modificaciones requeridas en el POI				
Registros	Plan Operativo Institucional (POI) modificado				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento del POI				
Objetivo	Comprobar que se cumplan con los objetivos propuesto en el POI				
Alcance	Desde monitorear cumplimiento de actividades programadas hasta recibir, evaluar y elaborar informe del POI Essalud por trimestre				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe de la Oficina de Planeamiento, Director del INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas	Formatos, Carta Proyecto, Sistema SIAD, ESSI	1. Monitorear cumplimiento de actividades programadas	Oficina de Planeamiento	Informes mensuales de seguimiento, Informes de evaluación trimestral del POI	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
		2. Informar medidas correctivas	Unidades Orgánicas		
		3. Emitir recomendaciones para continuar ejecución del POI	Oficina de Planeamiento		
		4. Tomar recomendaciones y continuar avance de actividades	Unidades Orgánicas		
		5. Evaluar avance de cumplimiento de actividades	Oficina de Planeamiento		
		6. Si no se está cumpliendo con las actividades Gestionar medidas correctivas			
		7. Si se está cumpliendo con las actividades Elaborar informe de avance de actividades programadas y remitir	Unidades Orgánicas		
		8. Revisar informe e indicar atención	Dirección INCOR		
		9. Indicar consolidación de informes	Oficina de Planeamiento		
		10. Consolidar informes de avances, completar formatos y proyectar carta			
		11. Validar carta proyecto y formatos			
		12. Firmar carta proyecto, validar formatos y disponer su remisión	Dirección INCOR		
		13. Recibir, evaluar y elaborar informe del POI Essalud por trimestre	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto		
Indicadores	Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en las iniciativas de gestión				
Registros	Informes mensuales de seguimiento, Informes de evaluación trimestral del POI				

13.2. Descripción de Procedimientos – último nivel: Desarrollo Organizacional

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración o actualización de MOP				
Objetivo	Contar con un documento que refleje las funciones del órgano, así como de las Unidades Orgánicas definiéndose la estructura orgánica, además de las actualizaciones que puedan surtir en el tiempo de las mismas.				
Alcance	INICIO: Cuando la Dirección de INCOR conforma el Comité de Trabajo para elaborar el anteproyecto de MOP.				
	FINAL: Cuando se aprueba el proyecto MOP y remite a la Sede Central para su aprobación y difusión.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Dirección INCOR	Solicitud a Unidades Orgánicas la relación de Funciones que realizan.	1. Conformar Comisión de Trabajo	Dirección INCOR	Proyecto de MOP aprobado	Unidades Orgánicas Asistenciales / Unidades Orgánicas y Administrativas / Director de INCOR
		2. Indicar elaboración de MOP	Comisión de Trabajo		
		3. Sub_proceso de elaboración o actualización de anteproyecto MOP			
		4. Remitir documentación Anteproyecto MOP e Informe Sustentatorio			
		5. Revisar, validar y solicitar opinión técnica			
		6. Indicar evaluación y opinión técnica	Oficina de Planeamiento		
		7. Revisar documentación y verificar no exista duplicidad de funciones			
		8. Coordinar con Unidades Orgánicas para subsanar observaciones			
		9. Elaborar y consolidar el proyecto de MOP INCOR según esquema			
		10. Elaborar de forma integrada el informe técnico sustentatorio y remitir			
		11. Revisar documentación, visar y remitir			
		12. Revisar y verificar conformidad	Oficina de Asesoría Jurídica		
¿Es conforme?					
Director de INCOR	Solicitud a Unidades Orgánicas la relación de Funciones que realizan.	NO (va a la actividad 10)	Oficina de Asesoría Jurídica	Proyecto de MOP aprobado	Unidades Orgánicas Asistenciales / Unidades Orgánicas y Administrativas / Director de INCOR
		Si			
		13. Emitir informe legal y visar proyecto MOP	Oficina de Planeamiento		
		14. Presentar proyecto de MOP visado			
15. Aprobar proyecto MOP y remitir a Sede Central para su aprobación y difusión	Dirección INCOR				
Fin del Proceso					
Indicadores	Nivel de cumplimiento de la elaboración del MOP				
Registros	MOP Aprobado				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos				
Objetivo	Contar con un documento que contenga todos los procedimientos y procesos, en concordancia con el MOP y MPP vigente, salvaguardando que todo procedimiento y proceso debe tener una secuencia lógica, orientado a la obtención de un resultado, que permita cumplir un objetivo o cumplir una función.				
Alcance	INICIO: Cuando la Dirección de INCOR confirma el Comité de Trabajo para elaborar el anteproyecto de Manual de Procesos y Procedimientos.				
	FINAL: Cuando se aprueba el proyecto Manual de Procesos y Procedimientos y remite a la Sede Central para su aprobación y difusión.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
	Solicitud a los responsables de los procesos, la descripción del mismo según normativa vigente.	1. Conformar Comisión de Trabajo	Dirección INCOR	Proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos aprobado.	Unidades Orgánicas Asistenciales /Unidades Orgánicas Administrativas / Director de INCOR.
2. Indicar elaboración del anteproyecto de Manual de Procesos y Procedimientos.					
3. Sub_proceso de inventarios de procesos		Comisión de Trabajo			
4. Remitir documentación Inventario de procesos y formatos					
5. Revisar, validar y solicitar opinión técnica		Dirección INCOR			
6. Indicar evaluación y opinión técnica		Oficina de Planeamiento			
7. Revisar documentación y verificar concordancia normativa					
8. Coordinar con Responsables de los Procesos para subanar observaciones					
9. Elaborar y consolidar el proyecto de MPP INCOR según esquema					
10. Elaborar de forma integrada el informe técnico sustentatorio y proyecto de Resolución y remitir					
11. Revisar documentación, visar y remitir					
12. Revisar y verificar conformidad ¿Es conforme?		Oficina de Asesoría Jurídica			
No (Va a la actividad 10)					
13. Emitir informe legal y visar proyecto MPP	Oficina de Planeamiento				
14. Presentar proyecto de MPP visado					
15. Aprobar MPP y remitir a Sede Central para su aprobación y difusión	Dirección INCOR				
Indicadores	Nivel de cumplimiento de la elaboración del MPP.				
Registros	MPP				

13.3. Descripción de Procedimientos – último nivel: Gestión de la Información Estratégica

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos				
Objetivo	Elaborar un documento con la Estimación de todas las necesidades de bienes estratégicos que debe tener la institución a fin de conseguir sus objetivos de mediano y largo plazo.				
Alcance	Desde la recepción del CEABE de Solicitar a INCOR estimación de Necesidades de Bienes Estratégico por compra Central y Local hasta la Aprobación con resolución por el Director Incor				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento, Jefes de Áreas Usuarías	Solicitud del CEABE	1. Solicitar a INCOR estimación de Necesidades de Bienes Estratégico por compra Central y Local	CEABE	Informe de Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos Arobado	Dirección INCOR, Oficina de Planeamiento, CEABE, Áreas Usuarías
		2. Preparar la información de los consumos de bienes estratégicos por Centros de Costos o Áreas Usuarías del INCOR	Oficina de Planeamiento		
		3. Proyectar carta dirigido a las DIDAE's y Departamento de Enfermería para las reuniones soporte técnico sobre estimación de necesidades			
		4. Validar proyecto de carta y disponer su remisión			
		5. Recibir documento y coordinar horario para asistir al soporte técnico sobre estimación de necesidades			
		6. Brindar soporte técnico a las áreas usuarias en las fechas programadas	Oficina de Planeamiento		
		7. Estimar necesidades en la estructura de formato establecido por CEABE y remitir	Áreas Usuarías		
		8. Consolidar, ordenar y clasificar documentos físicos de los cuadros de necesidades validados	Oficina de Planeamiento		
		9. Elaborar base de datos y analiza requerimientos estimados			
		10. Remitir información vía correo electrónico del consolidado			
		11. Revisar y evaluar la información ¿Se requiere realizar alguna modificación? Si	CEABE		
		12. Remitir vía correo electrónico el requerimiento de modificación	Oficina de Planeamiento		
		13. Recibir el requerimiento y gestionar las modificaciones con los usuarios			
		14. Realizar las modificaciones respectivas y luego remitir la información (Retorna a la Actividad 8) No	Áreas Usuarías		
		15. Indicar conformidad y remitir archivo por correo electrónico para realizar la remisión formal de estimación de necesidades	CEABE		
		16. Armar Expediente físico, adjuntar cartas originales de usuarios y proyectar Resolución Directoral para aprobación de la Estimación de Necesidades del INCOR	Oficina de Planeamiento		
		17. Validar Proyecto de Resolución y disponer su remisión			
		18. Aprobar Resolución y remitirlo con Expediente original de Estimación de Necesidades a la Oficina de Administración	Dirección INCOR		
19. Disponer remisión de Copia del Expediente de Estimación de Necesidades y Resolución Directoral del INCOR al CEABE Fin de Proceso					
Indicadores	Porcentaje de atención de las Necesidades de Bienes Estratégicos				
Registros	Solicitudes, Informes, Sistema SIAD				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos				
Objetivo	Evaluar el avance de la ejecución de la estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos				
Alcance	Desde el inicio del proceso de estimación de Necesidades de Bienes Estratégico hasta su aprobación con resolución por el Director Incor				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento	Sistema SIAD, informes, Planes de acción	1. Registrar el consumo de bienes estratégicos	Terminalista de depósito correspondiente	Informes de seguimiento y de evaluación	Dirección INCOR
		2. Realizar análisis comparativo del consumos de bienes estratégicos vs estimado por área usuaria	Oficina de Planeamiento		
		3. Preparar informe analítico Se identifica los ítems con variaciones respecto a la estimación Plazo hasta el 7mo día del mes siguiente			
		¿Las variaciones evidenciadas resultan relevantes?			
		No			
		4. Proyectar carta indicando resultados del informe para conocimiento			
		SI	5. Proyectar carta a cada área usuaria solicitando la reformulación de la Estimación de Necesidades		
6. Evaluar la solicitud de modificación y elaborar informe	Oficina de Planeamiento				
7. Revisar informe y carta y validarlos con Visto Bueno					
Indicadores	Porcentaje de Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos				
Registros	Informes de seguimiento y de evaluación, Sistema SIAD				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación, Formulación y Registro de las Necesidades de Inversión				
Objetivo	Consolidar los requerimientos viables de inversión de las Unidades Orgánicas y generar su inscripción en el Registro de Nacional de Inversiones				
Alcance	Desde la elaboración y sustentación de las necesidades de inversión hasta realizar la inscripción y generar Código Único de Registro				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Dirección INCOR, Oficina de Planeamiento, Unidades Orgánicas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto	Sistema SIAD, Necesidades de inversión	1. Elaborar y sustentar necesidades de inversión	Unidades Orgánicas	Ficha de Identificación de Necesidades de Inversión (FINI), Consolidado de Necesidades de inversión, Registro Nacional de Inversiones (RNI), Código Único de Registro	Unidades Orgánicas
		2. Revisar las necesidades de inversión y disponer su remisión	Dirección INCOR		
		3. Revisar, Evaluar y consolidar necesidades de Inversión	Oficina de Planeamiento		
		¿Es válida la propuesta de Necesidades de Inversión?			
		Si	Dirección INCOR		
		4. Remitar consolidado de necesidades a la Dirección, adjuntando las fichas de identificación de necesidades de inversión			
		5. Validar y Remitar Proyecto	Dirección INCOR		
		¿Es Apto?	GCPP		
		Si	GCPP		
		6. Emite opinión favorable e inscribe en el RNI	Dirección INCOR		
7. Recepcionar opinión favorable de GCPP y Deriva para su atención.	GCPP				
8. Deriva Expediente para gestión correspondiente: GCPI: Equipos nuevos CEABE: reposición, y GCL: Mobiliario Clínico					
Fin de Proceso					
No es Apto	Oficina de Planeamiento				
9. Devuelve a OP (Fin de Proceso)					
No es valida la propuesta de Necesidades de Inversión	Oficina de Planeamiento				
10. Devuelve Expediente al Área Usuaría					
Indicadores	Porcentaje de atención de las Necesidades de Inversión				
Registros	Consolidado de Necesidades de inversión, Registro Nacional de Inversiones (RNI), Sistema SIAD				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración y actualización de especificaciones técnicas de bienes estratégicos EETT				
Objetivo	Contar con EETT completas y actualizadas sobre B.E.				
Alcance	Desde la elaboración de EETT hasta la modificación, incremento, eliminación y actualización en general de las mismas				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento, Unidades Orgánicas, Junta Técnica, IETSI, Dirección de INCOR	Activos de la Organización, Informes, Formatos y Directivas.	1. Identificar necesidad de uso de nuevo bien estratégico	Área Usuaría	EETT de B.E. Actualizadas	Dirección INCOR, Unidades Orgánicas, IETSI.
		2. Verificar en el Portal Intranet Essalud - IETSI la existencia de EETT del bien			
		¿Existe EETT? No (Va a actividad 3)			
		SI ¿Requiere Modificación? No Fin de Proceso			
		3. Elaborar y/o actualizar EETT del bien identificado y llenar los formatos Correspondientes y adjuntar información técnica disponer su remisión	Oficina de Planeamiento		
		4. Revisar e indicar evaluación			
		5. Analizar y verificar la información recepcionada De requerir información técnica adicional se solicitará a la Oficina de Logística -OL proveerá la siguiente información: Folletería, precio, registro sanitario, etc.			
		6. Armar expediente y convocar a la junta técnica de especialistas	Junta Técnica		
		7. Acudir a la reunión convocada, evaluar y aprobar el expediente y completar anexo N° 15			
		8. Armar expediente final, visar expediente y proyectar carta En la carta se solicita la autorización de incorporación del bien nuevo en el catálogo de bienes o modificatoria en caso de actualización del EETT	Oficina de Planeamiento		
		9. Revisar y validar carta y EETT y disponer su remisión			
		10. Revisar y refrendar documentos y disponer su remisión a IETSI	Dirección INCOR		
11. Recibir, evaluar y difundir inclusión del bien en catálogo o actualización en caso de modificación La GCL codifica el bien en el catálogo de bienes	IETSI				
12. Indicar a OP y Área Usuaría conformidad de IETSI para iniciar procesos lógicos para compra del bien(es) Fin de Proceso	Dirección INCOR				
Indicadores	No registra indicador				
Registros	Activos de la Organización (EETT anteriores) Informes, formatos.				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Elaboración de cuadro de metas				
Objetivo	Tener el cuadro de metas como insumo para la generación del POI				
Alcance	Desde el requerimiento de elaboración hasta la entrega del informe con el cuadro de metas				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, DIDAES y Servicios Asistenciales	Activos de la organización, informes con metas asistenciales, formatos	1. Estructurar tipos de actividades por DIDAES y/o Servicios	Oficina de Planeamiento	Cuadro de metas	Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, DIDAES y Servicios Asistenciales
		2. Elaborar información para estimar metas y remitir			
		3. Indicar proyectar metas asistenciales.	DIDAES		
		4. Proyectar metas asistenciales	Servicios Asistenciales		
		5. Revisar, validar metas asistenciales proyectadas y disponer su remisión	DIDAES		
		6. Revisar e indicar evaluación	Dirección INCOR		
		7. Indicar análisis y evaluación			
		8. Analizar y evaluar información			
		¿Es conforme? No (Retorna a actividad 5)			
		Si	Oficina de Planeamiento		
		9. Consolidar y validar metas asistenciales proyectadas			
		10. Valorizar metas asistenciales por tarifas, elaborar informe y proyectar carta			
11. Validar y disponer su remisión					
12. Aprobar metas asistenciales proyectadas y remitir para su consolidación Fin de Proceso	Dirección INCOR				
Indicadores	Porcentaje de Avance en la elaboración del cuadro de metas				
Registros	Plan Operativo Institucional (POI) modificado				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Evaluación de la Gestión				
Objetivo	Realizar la evaluación de la Gestión				
Alcance	Desde la recepción de la solicitud de evaluación de la gestión hasta la difusión del informe de evaluación de la gestión				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas	Formatos, Cartas Informes, Memorandums, correos.	1. Solicitar Evaluación de la Gestión al INCOR	GCPP	Informe de Evaluación de la Gestión, Memoria Anual, Memorandum y correos	Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Unidades Orgánicas
		2. Recibir Solicitud y Derivar con proveido	Dirección INCOR		
		3. Recibir Solicitud con proveido de la Dirección	Oficina de Planeamiento		
		4. Elaborar cuadros estadísticos			
		5. Solicitar Información Memorandum y correo			
		6. Recibir solicitud y elaborar Informe Informe Logros Asistenciales, Financiero Presupuestal, Proceso Logísticos, Adquisiciones, Gestión de RRHH, Actividades Realizadas.	DIDAE'S (Jefes de Oficina y Sub Gerentes)		
		7. Elaborar Informe de Evaluación de la Gestión	Oficina de Planeamiento		
		8. Remitir Documento a la Dirección			
		9. Recibir documento de Evaluación de la Gestión del INCOR, Difundir y Remitir a la GCPP	Director del INCOR		
Indicadores	No registra				
Registros	Informes de gestión de las Unidades Organicas del INCOR				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos					
Objetivo	Tener el control y manejo de las quejas que llegan de usuarios al INCOR					
Alcance	Desde la recepción de las quejas hasta la gestión y solución.					
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios	
		Lista de Actividades	Ejecutor			
Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, Unidades Orgánicas, IETSI	Formato de quejas, informes	1. Identificar fallas y/o deficiencias en los bienes estratégicos	Servicios Asistenciales	Quejas atendidas	Oficina de Planeamiento, Dirección INCOR, Unidades Orgánicas, IETSI	
		2. Llenar formato oficial de queja de usuario, adjuntar la muestra Formato Anexo 2 de queja y muestra				
		3. Verificar la queja y dispone su remisión				
		4. Revisar y Asignar profesional para su atención	DIDAE's / Departamento de Enfermería			
		5. Evaluar queja verificando si cumple EETT aprobadas por IETSI La información consiste en: Nombre del Proveedor, Nº proceso de adquisición, Tipo de compra (Central o Local). ¿La muestra se adquirió por compra local o central?				
		6. Informar OA El almacén coordina con el Proveedor para el canje respectivo (Va hacia la actividad 8) Local				Oficina de Planeamiento
		7. Reportar al IETSI , para que tome conocimiento en tanto se remite formalmente queja de usuario				
		8. Proyectar carta a IETSI, adjuntar queja y muestra Proyecto de Carta				
		9. Validar carta proyecto y disponer su remisión				Dirección INCOR
		10. Firmar carta y disponer su remisión con queja y muestra				
		11. Firmar carta y disponer su remisión con queja y muestra				IETSI
		12. Remitir resultados con la muestra al INCOR, indicando la custodia del producto en su almacén Resultados				
		13. Recibir informe de evaluación				Dirección INCOR
		14. Recibir informe de evaluación y comunica al área usuaria y OA Fin de Proceso	Oficina de Planeamiento			
Indicadores	% de quejas atendidas					
Registros	Informes, formatos de queja, otros.					

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Generar la información estadística				
Objetivo	Obtener y generar la información estadística oportuna para apoyar la toma de decisiones de la Alta Dirección				
Alcance	Desde la solicitud de información estadística hasta la generación y entrega de la misma				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento y/o Gestión Clínica y Calidad. Unidades Orgánicas	Memorando Ejecución de actividades. ESSI	1. Recopilar información ESSI	Oficina de Planeamiento	Informes estadísticos.	Oficina de Planeamiento y/o Gestión Clínica y Calidad. Unidades Orgánicas. Dirección INCOR
		2. Verificar información			
		3. Analizar información (Fuentes Primarias)			
		4. Elaborar informes estadísticos			
		5. Difundir la información estadística Vía correo Dirección INCOR, DIDAES, DGCyC, Departamento, y/o Dirección de Oficinas SuSalud, EsSalud Fin de Proceso.	Oficina de Planeamiento y/o Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
Indicadores	No registra				
Registros	Memorandum, informes, ESSI				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Identificación de Riesgos No Asistenciales					
Objetivo	Identificar los Riesgos No Asistenciales involucrados en la gestión del INCOR					
Alcance	Desde la identificación de los riesgos no asistenciales hasta la clasificación y ponderación.					
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios	
		Lista de Actividades	Ejecutor			
Jefe de Oficina de Planeamiento. Dirección Incor. Unidades Orgánicas.	Reportes, informes, correos.	1. Identificar Riesgos No Asistenciales de gestión y reportar	Servidor y/o funcionario	Registro de Riesgos No asistenciales. Matriz de Riesgos. HERF actualizado	Jefe de Oficina de Planeamiento. Dirección Incor. Unidades Orgánicas. Subcomité de riesgos Equipo Técnico de Gestión de Riesgos	
		2. Recibir reporte e indicar a Profesional, la realización de la evaluación	Oficina de Planeamiento			
		3. Evaluar riesgos reportados				
		¿Es riesgo de Gestión? No (Fin de proceso)				
		Si				
		4. Completar la información en la HERF y remitir Matriz de Riesgos				
		5. Revisar la información con el Equipo Técnico de Gestión de Riesgos				
		¿Es conforme? No (regresa a la actividad 4)				
		Si				
		6. Remitir informe con la conformidad para su validación				
		7. Disponer recepción de informe y revisar la información recibida				Dirección INCOR
		¿Es conforme? NO (regresa a la actividad 2)				
		Si				
8. Disponer remitir informe validado a OP	Oficina de Planeamiento					
9. Acopiar la información recibida e indicar actualizar la HERF						
10. Revisar y/o modificar la información de la HERF y actualizar Plan de Gestión de Riesgos	Equipo Técnico de Gestión de Riesgos					
11. Elevar informe de evaluación de riesgos, matriz de riesgos y planes de gestión de riesgos	Oficina de Planeamiento					
12. Evaluar la información recibida	Sub-Comité de Control Interno					
¿Es necesario modificar? Si (retorna a la actividad 11)						
No						
13. Aprobar Matriz de Riesgos y plan de gestión de riesgos Encargar a la Dirección difundir los planes de acción a los responsables de su implementación Fin de Proceso						
Indicadores	No registra					
Registros	Reportes de riesgos, informes.					

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento de Riesgos No Asistenciales				
Objetivo	Monitoreo de los Riesgos No Asistenciales involucrados en la gestión del INCOR				
Alcance	Desde la identificación de nuevos riesgos no asistenciales hasta el monitoreo de los mismos.				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Oficina de Planeamiento. Dirección INCOR. Unidades Orgánicas.	Reportes, informes, correos. Plan de Gestión de Riesgos	1. Definir actividades necesarias y un cronograma para cumplir planes de acción	Unidad Orgánica	Registro de Riesgos No asistenciales. Matriz de Riesgos. HERF actualizado Plan de Gestión de Riesgos modificado	Oficina de Planeamiento. Dirección INCOR. Unidades Orgánicas. Subcomité de riesgos Equipo Técnico de Gestión de Riesgos
		2. Realizar la previsión de recursos			
		3. Adoptar acciones necesarias para la ejecución oportuna de las actividades			
		4. Realizar, mediante el Profesional de la Oficina de OP, seguimiento de los cronogramas de ejecución	Oficina de Planeamiento		
		¿Se cumple cronograma de actividades?			
		No			
		5. Remitir carta indicando las causas del no cumplimiento y las modificaciones del plan de gestión en caso lo amerite	Unidad Orgánica		
		6. Remitir solicitud de reprogramación de planes de gestión			
		Si	Oficina de Planeamiento		
		7. Actualizar, mediante el Profesional de la Oficina de OP, la matriz de riesgos y controles en la HERF			
		8. Remitir la HERF actualizada y sus adjuntos así como la información compilada a las Unidades Orgánicas. Incluir en la agenda de la siguiente reunión del Equipo Técnico de Gestión de Riesgos las modificaciones efectuadas en la HERF			
		9. Analizar información de la HERF	Equipo Técnico de Gestión de Riesgos		
		¿Se requiere modificar HERF?			
		Si			
10. Modificar el plan de gestión de riesgos	Sub-Comité de Control Interno INCOR				
NO					
11. Remitir informe de Seguimiento					
12. Revisar el informe, de ser el caso con la propuesta de modificación					
¿Es conforme?					
No					
13. Encargar complementar y/o modificar el informe de seguimiento y/o plan de gestión de riesgo (retorna a la actividad 10)					
Si					
14. Aprobar la modificación del Plan de Gestión de Riesgos. Encargar a la Dirección la difusión del Plan de Gestión de Riesgos modificado a los responsables de su implementación					
Indicadores	No registra				
Registros	Reportes de riesgos, informes.				

13.4. Descripción de Procedimientos – último nivel: Gestión de la Calidad

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de Seguridad del Paciente				
Objetivo	Seguir todos los protocolos de seguridad del paciente del plan integral de calidad y seguridad del paciente, a fin de evitar cualquier evento adverso o riesgo en el paciente				
Alcance	Desde que se recibe al paciente hasta que es dado de alta				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Servicio de Enfermería	Informes de eventos. Plan integral de calidad y seguridad del paciente	1. Monitorear cumplimiento de objetivos internacionales de seguridad del paciente	Supervisoras de enfermería	Informe de acciones correctivas. Actualización del Plan integral de calidad y seguridad del paciente	Dirección INCOR, DCyC, Áreas Usuarías
		2. Emitir informe de cumplimiento y oportunidades de mejora a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Supervisoras de enfermería		
		3. Revisar el informe y articular las oportunidades de mejora	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		4. Integrar la información al plan integral de calidad y seguridad del paciente a través de la Oficina de Calidad			
		5. Emitir el informe de cumplimiento del plan integral de calidad y seguridad del paciente a la Dirección del INCOR para las acciones correctivas			
		6. Recibir Informe y difundir resultados a las áreas usuarias a través de las subgerencias	Dirección INCOR		
		7. Recibir informe de resultados de la Dirección INCOR Fin de Proceso	Áreas Usuarías		
Indicadores	No registra				
Registros	Plan integral de calidad y seguridad del paciente, Informes				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Estandarización de Procesos de Atención				
Objetivo	Desarrollar plantillas y fomentar su llenado, con la finalidad de tener estandarizado y codificado los procesos en la institución				
Alcance	Desde la confección y actualización de plantillas hasta la difusión o socialización de estandarización de procesos de atención				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Usuarios	plantilla institucional: protocolos, procedimientos, planes	1. Desarrollar documentos en plantilla institucional: protocolos, procedimientos, planes	Usuarios	Documentos firmados, resolución, memorandum circular.	Dirección INCOR, DGCyC, Usuarios
		2. Remitir documento en formato digital a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad			
		3. Recibir documento y Revisar estructura, documentos relacionados y codificación correspondiente a través de la Oficina de Calidad	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		4. Remitir documento a usuario para revisión e incorporación de mejoras.	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		5. Recibir y Revisar el documento	Usuarios		
		6. Colocar Visto Bueno y retomar el documento en digital y físico con la firma del elaborador y revisor en 2 copias	Usuarios		
		7. Recibir y Remitir documentos en físico (originales) a la Dirección para firma de aprobación	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		8. Solicitar la emisión de la resolución de aprobación a la Oficina de Asesoría Jurídica	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		9. Recibir solicitud y Emitir Proyecto de Resolución	Of. Asesoría Jurídica		
		10. Recibir Documento y Resolución para Firmas	Dirección INCOR		
		11. Remitir para Socialización	Dirección INCOR		
		12. Recibir Documento final firmado y con resolución de aprobación	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		13. Emitir memorando circular para socialización con el usuario	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		14. Recibir Memorandum Circular y tomar conocimiento Fin de Proceso	Usuarios		
Indicadores	No Registro				
Registros	plantilla institucional: protocolos, procedimientos, planes				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos				
Objetivo	Notificar, clasificar y gestionar todos los eventos e incidentes que se reciban				
Alcance	Desde la recepción o aviso del notificador hasta la gestión del incidente o evento adverso				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Notificador	Ficha de Notificación	1. Notificar el evento relacionado con la seguridad del paciente en el formato estándar autocopiable	Notificador	Ficha de Notificación. Informe con Acciones Correctivas; o Proyecto de Procesos; o Proyecto de Mejora	DGCyC
		2. Clasificar los eventos (incidente, evento adverso y evento centinela)	Seguridad del Paciente de la DGCYC		
		3. Priorizar la gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente			
		4. Determinar el nivel de gestión de los eventos reportados (Nivel I, II y III) Remitir al usuario para gestión.			
		5. Implementar según el nivel de gestión: Nivel 1: Acciones Correctivas Nivel 2: Proyecto de Procesos Nivel 3: Proyecto de Mejora Remitir informe de Gestión a la DGCYC	Usuario		
		6. Realizar seguimiento y verificación de los planes de intervención	Seguridad del Paciente de la DGCYC		
		7. Remitir el Informe Trimestral sobre la Gestión de Eventos de seguridad del paciente a la Sede Central Fin de Proceso			
Indicadores	% de incidentes o eventos adversos gestionados				
Registros	Ficha de Notificación.				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo de cumplimiento de los planes de sistemas críticos				
Objetivo	Monitorear la Gestión de medicamentos, Seguridad en las instalaciones, Cualificación y Educación del Personal y Prevención y Control de Infecciones				
Alcance	Desde la recepción del informe de cumplimiento del Plan hasta la difusión de acciones y/o mejoras				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
DGCyC, Líderes de Sistemas Críticos	Informe de cumplimiento	1. Remitir el Informe de cumplimiento del plan de forma semestral a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad Gestión de medicamentos, Seguridad en las instalaciones, Cualificación y Educación del Personal y Prevención y Control de Infecciones	Líderes de Sistemas Críticos	Informe de cumplimiento y resultados	DGCyC, Dirección del INCOR, Líderes de Sistemas Críticos, todas las áreas usuarias
		2. Revisar el informe, articula las oportunidades de mejora	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		3. Integrar la información al plan integral de calidad y seguridad del paciente a través de la Oficina de Calidad			
		4. Emitir el informe de cumplimiento del plan integral de calidad y seguridad del paciente a la Dirección del INCOR para las acciones correctivas			
		5. Recibir y Difundir resultados a las áreas usuarias a través de las subgerencias Fin de Proceso	Dirección de INCOR		
Indicadores	% de cumplimiento de los planes				
Registros	Planes, informes de cumplimiento				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento y Control de Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados				
Objetivo	Realizar el Seguimiento y Control de los Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados según los cronogramas de inspección				
Alcance	Desde la identificación de que cronograma de inspección corresponde , pasando por el informe o acta final con hallazgos, hasta el monitoreo de las implementaciones de acciones de mejora				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
DGCyC, Equipo Multidisciplinario.	Cronogramas de inspección 1. Ronda de Seguridad 2. Trazado de paciente/proceso o 3. Recorrido de Infraestructura	1. Identificar en el cronograma la inspección que corresponda 1. Ronda de Seguridad 2. Trazado de paciente/proceso 3. Recorrido de Infraestructura	Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Informe de hallazgos o Acta e informe con propuestas de implementación de mejoras	DGCyC, Unidades Asistenciales
		2. Convocar al equipo multidisciplinario de la Inspección correspondiente	Equipo Multidisciplinario		
		3. Acudir al lugar de la Inspección			
		4. Verificar criterios y registrar hallazgos utilizando formatos de verificación			
		5. Realizar la reunión de cierre de la Inspección correspondiente			
		6. Elaborar acta o informe y firmar con visto bueno cada integrante del equipo en conformidad de lo acordado	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		7. Difundir Acta o Informe a través de un memorandum circular a las áreas correspondientes			
		8. Recibir el acta o Informe con los Hallazgos y recomendaciones	Áreas Usuarias		
		9. Ejecutar acciones de acuerdo a lo suscrito en el acta o Informe			
		10. Remitir informes con los sustentos que evidencian las implementaciones efectuadas			
		11. Monitorizar el cumplimiento de las mejoras sugeridas y Brindar soporte técnico hacia áreas usuarias Fin de Proceso	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
Indicadores	No Registra Indicador Directo. Revisa con indicadores de avance y/o cumplimiento a las áreas usuarias en las implementaciones planteadas				
Registros	Cronogramas de inspección - Ronda de Seguridad - Trazado de paciente/proceso - Recorrido de Infraestructura Informes o Acta con mejoras a implementarse				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Coordinación y participación en Procesos de Acreditación y Re-Acreditación				
Objetivo	Obtener una Acreditación o Reacreditación específica				
Alcance	Desde la solicitud de acreditación o reacreditación hasta la obtención de la fecha que se participará de la acreditación o reacreditación				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Of. Planeamiento, Dirección INCOR, DGCCyC,	Solicitud de Acreditación o Reacreditación	1. Indicar, a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad, que se solicite fecha de acreditación o reacreditación, señalando 5 fechas tentativas en orden de prioridad.	Dirección INCOR	Fecha de Acreditación o Reacreditación	Dirección INCOR, Unidades Orgánicas
		2. Solicitar información requerida a la Oficina de Planeamiento para registro de la solicitud electrónica con entidad acreditadora internacional	Dirección Gestión Clínica y Calidad		
		3. Registrar información en la aplicación electrónica de la entidad acreditadora internacional consignando 5 fechas tentativas de evaluación en orden de prioridad			
		4. Recepcionar el contrato vía correo electrónico y lo remite a la Dirección para la firma correspondiente			
		5. Firmar el contrato y retorna el documento a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Dirección INCOR		
		6. Envía vía correo electrónico el contrato firmado a la entidad acreditadora internacional.	Dirección Gestión Clínica y Calidad		
		7. Recepcionar respuesta de confirmación de fecha de evaluación de la entidad acreditadora internacional.			
		8. Difundir la fecha de evaluación a toda la institución Fin de Proceso	Dirección INCOR		
Indicadores	No Registra Indicador				
Registros	Solicitud, correo con fecha de participación				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel				
Objetivo	Monitorear el proceso de esterilización y desinfección				
Alcance	Desde el momento de inspección inopinada hasta el informe de resultados post implementación de correcciones sugeridas				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Unidad de Esterilización, DGCyC	Procesos de Esterilización y Desinfección. Test de Bioluminiscencia	1. Inspeccionar inopinadamente proceso de esterilización	Of. Inteligencia Sanitaria	verificación de test de bioluminiscencia, Informe de conformidad Informe con recomendaciones y acciones correctivas. Informe de Resultados post implementación de recomendaciones.	Unidad de Esterilización, DGCyC, Dirección INCOR
		2. Evaluar si procesos de Lavado y/o Desinfectado se realizan según directiva			
		3. Verificar tests de bioluminiscencia			
		¿Es Conforme?			
		Si			
		4. Elaborar Informe de conformidad (va a actividad 6)			
		No			
		5. Elaborar Informe con recomendaciones y correctivas			
		6. Enviar Informe a la Dirección Clínica de Calidad			
		7. Recibir Informe y enviar a Jefe de Unidad de Esterilización			
8. Recibir Informe y Tomar Acciones correctivas	Unidad de Esterilización				
9. Elaborar Informe de resultados y enviar a Director Clínica de Calidad					
10. Recibir Informe Fin de Proceso	Dirección de Gestión Clínica y Calidad				
Indicadores	No registra indicador directo de esta actividad / Se apoya en indicador % de test de bioluminiscencia correctos vs totales				
Registros	Test de Bioluminiscencia, Informes.				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS				
Objetivo	Realizar la vigilancia IAAS a través de la elaboración de un Plan, recolección y análisis de datos, identificando oportunidades de mejora y/o correcciones				
Alcance	Desde la elaboración del Plan de Vigilancia de IAAS hasta el informe de resultados post implementación de correcciones y recomendaciones				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Unidades Asistenciales. DGCyC., Of. Inteligencia Sanitarias	Sistema de Vigilancia solicitud de Información de IAAS	1. Elaborar Plan de Vigilancia	Of. Inteligencia Sanitaria	Plan de Vigilancia Informe con acciones correctivas. Informe de Resultados	Unidades Asistenciales. DGCyC., Of. Inteligencia Sanitarias.
		Evaluar el Sistema de Vigilancia Seleccionar población y resultados a vigilar			
		2. Recolectar Datos	Unidades Asistenciales		
		3. Atender solicitud de Información de IAAS			
		4. Analizar Datos obtenidos	Of. Inteligencia Sanitaria		
		Calcular tasas, aplicar metodología de estratificación de riesgo			
		5. Interpretar resultados			
		6. Comunicar en informe resultados y acciones de mejoras a las Unidades Asistenciales	Unidades Asistenciales		
		7. Recibir informe			
		8. Implementar acciones de mejora			
		9. Comunicar acciones de Mejora a Calidad	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
10. Recibir Informe y/o comunicación y Derivar a OIS					
11. Evalua las acciones de mejora y/o correcciones implementadas	Of. Inteligencia Sanitaria				
¿Es conforme? No (regresa actividad 6) Si (Fin de Proceso)					
Indicadores	No Registra Indicador Directo				
Registros	Sistema de Vigilancia, Plan de Vigilancia IAAS, Informes.				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales					
Objetivo	Elaborar Plan de Pandemia Global y seguir los protocolos una vez recibida la alerta					
Alcance	Desde la emisión / recepción de Alerta hasta las indicaciones post cuarentena de los casos sospechosos o confirmados					
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios	
		Lista de Actividades	Ejecutor			
MINSA y/o EsSalud	Alerta Sanitaria	1. Emitir alerta sanitaria	MINSA y/o EsSalud	Activación de protocolos, Vigilancia (Cuarentena)	INCOR	
		2. Recibir alerta sanitaria MINSA / EsSalud				
		3. Elaborar Plan ante Pandemia Global				
		4. Captar casos (Sospechosos, probables, confirmados)				
		5. Evaluar cada caso				
		¿Es Caso para vigilancia?				
		No (Fin de Proceso)				
		Si				
		6. Seguir protocolo pre-establecido de pandemia				Of. Inteligencia Sanitaria
		Vigilancia (Cuarentena)				
7. Re-evaluar casos						
¿Continuar Vigilancia?						
Si (Regresa a actividad 6)						
No						
8. Dar Indicaciones Post-aislamiento (Fin de Proceso)						
Indicadores	No se registra directo					
Registros	Plan de enfermedades Transmisibles Globales, Protocolos.					

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción				
Objetivo	Tomar todas las precauciones y prevención de riesgos previos al inicio de una obra de construcción, así como dar las recomendaciones y monitorear su implementación durante la obra.				
Alcance	Desde la identificación de la necesidad de activar este proceso por requerimiento de obra de construcción, hasta la conformidad de obra y cierre				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Áreas Usuarías, Dirección INCOR, DGCyC, Comité de Infecciones, IHyS	Solicitud de inicio de obra	1. Sustentar la necesidad de inicio de obra de demolición, construcción o remodelación	Áreas Usuarías	Evaluación técnica de riesgos, registro de riesgos, Informe con recomendaciones, informe de conformidad	Áreas Usuarías, Dirección INCOR, DGCyC, Comité de Infecciones, IHyS
		2. Evaluar Pertinencia y Factibilidad	Dirección INCOR		
		3. Solicita evaluación técnica de riesgos	Dirección INCOR		
		4. Evaluar control y manejo de infecciones	Dirección de Gestión Clínica y Calidad / Comité de Infecciones		
		5. Realizar recomendaciones	Dirección de Gestión Clínica y Calidad / Comité de Infecciones		
		6. Realizar evaluación de Riesgos Calidad del Aire, suministros básicos, ruidos, vibración, materiales peligrosos, respuesta a emergencia	IHyS/GTGRD		
		7. Realizar recomendaciones	IHyS/GTGRD		
		¿Es la Opinión favorable? No (regresa actividad 2)	Dirección INCOR		
		Si	Dirección INCOR		
		8. Tramitar via la Of. de Administración	Dirección INCOR		
		9. Implementar recomendaciones (Va a actividad 12)	Of. Ingeniería Hospitalaria		
		10. Realizar seguimiento de implementación de recomendaciones (Va a actividad 12)	Dirección de Gestión Clínica y Calidad / Comité de Infecciones		
		11. Realizar seguimiento de implementación de recomendaciones (Va a actividad 12)	IHyS/GTGRD		
		12. Proceso de Construcción o Remodelación	Of. Ingeniería Hospitalaria		
13. Inspeccionar finalización de obra					
14. Remitir Informe de conformidad (Fin de Proceso)	Of. Ingeniería Hospitalaria				
Indicadores	No se registra un indicador directo / se apoya en el indicador del contratista: número de incidentes o fallas en la obra				
Registros	Informe con recomendaciones, registro de riesgos.				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO						
Nombre	Gestión frente a Accidentes de Trabajo sin riesgo biológico					
Objetivo	Realizar la gestión frente a accidentes de los trabajadores de INCOR sin riesgo biológico					
Alcance	Desde que se recibe la comunicación del trabajador por accidente sin riesgo biológico hasta la asistencia en seguridad y salud en el trabajo al trabajador					
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios	
		Lista de Actividades	Ejecutor			
Trabajador	Incidente o accidente	1. Comunica al Jefe Inmediato de la ocurrencia	Trabajador	Atención en seguridad y salud en el trabajo	Trabajador, Seguridad y Salud en el Trabajo, OIS.	
		2. Recibir al Trabajador	Médico de Seguridad y Salud en el Trabajo Turno: Día y Emergencia turno: tarde, noche y no laborables			
		3. Evaluar al Accidentado				
		¿Requiere Traslado a establecimiento de salud?				
		No	4. Citar a Seguridad y Salud en el Trabajo (salud ocupacional) Espera cita			Jefe de Guardia
		5. Registrar y brindar consejería al trabajador (Fin de Proceso)				
		Si	6. Coordinación con Servicio de Ambulancia			
7. Traslado al Trabajador accidentado al establecimiento de Salud (Hospital Almenara)						
Indicadores	No registra indicador directo					
Registros	Formato de registro de accidentes sin riesgo biológico en seguridad y salud en el trabajo					

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Gestión frente a Accidentes de Trabajo con riesgo biológico				
Objetivo	Realizar la gestión frente a accidentes de los trabajadores de INCOR con riesgo biológico				
Alcance	Desde que se recibe la comunicación del trabajador y/o Jefe del trabajador y/o emergencia, por accidente con riesgo biológico hasta la asistencia en seguridad y salud en el trabajo al trabajador				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Jefe de trabajador y/o Emergencia	accidente con riesgo biológico	1. Avisar de accidente del jefe inmediato, emergencia y/o trabajador (Casos por Tipo de Exposición: Piel No Intacta y/o Mucosa/Ojos)	Jefe de trabajador y/o Emergencia	Atención en seguridad y salud en el trabajo	Trabajador, Jefe de trabajador, Unidad de Emergencia, Seguridad y Salud en el Trabajo, OIS.
		Luego de recibir Asistencia Médica de acuerdo al tipo de exposición (Va a actividad 3)			
		2. Avisar de accidente del trabajador (Casos por Tipo de Exposición: Piel Intacta)	Trabajador		
		Luego de recibir Asistencia Médica de acuerdo al tipo de exposición			
		3. Recibir Aviso de accidente o al accidentado y Registrar	Médico de Seguridad y Salud en el Trabajo		
		¿Tipo de exposición de Piel Intacta?			
		SI			
		4. Evaluar al Trabajador			
		5. Tomar acciones complementarias para recuperación y/o mitigar algún riesgo			
		6. Brindar consejería al trabajador (Fin de Proceso)			
No					
¿Proviene de Emergencia y tiene exámenes?					
No					
7. Solicitar la realización exámenes a paciente fuente y Trabajado expuesto (HIV, HBsAg, AchBsAg, AchCsAc) (espera resultados) (Va a actividad 9)					
SI					
8. Pedir los resultados de los exámenes que le tomaron en emergencia según proceso					
9. Evaluar resultados de exámenes y Clasificar el Riesgo					
10. Dar aviso a OIS de la Clasificación de Riesgo obtenido para la toma de acciones pertinentes					
Indicadores	No registra indicador directo				
Registros	Formato de registro de accidentes con riesgo biológico en seguridad y salud en el trabajo				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Plan de Inmunizaciones				
Objetivo	Planificar las acciones necesarias para inmunizar a los trabajadores, ejecutar vacunación y evaluar cobertura				
Alcance	Desde la recepción de la alerta del MINSA / EsSalud, hasta la evaluación de cobertura, procurando el 100% de inmunización				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
MINSA / EsSalud OIS SyST	Alerta	1. Recibir Alerta de MINSA / EsSalud y Derivar a Calidad	Dirección de INCOR	Plan de Inmunizaciones	Trabajadores de INCOR. OIS SyST DGCyC
		2. Recibir Información de Alerta y derivar a OIS	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		3. Recibir Alerta y coordinar con Seguridad y Salud en el Trabajo la Planificación de acciones necesarias	Of. Inteligencia Sanitaria		
		4. Planificar las acciones necesarias (va a la actividad 6)			
		5. Planificar las acciones necesarias	Seguridad y Salud en el Trabajo		
		6. Ejecutar acciones necesarias e informar			
		7. Evaluar estado de vacunación de los trabajadores			
		8. Generar indicadores de cobertura e informar			
		9. Recibir Informe e identificar oportunidades de mejora e informar	Of. Inteligencia Sanitaria		
		10. Recibir informe y elevar a Dirección (Va a actividades paralelas 11 y 12)	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		11. Comunicar a subcomité de Salud en el Trabajo (Fin de Proceso)			
		12. Recibir informe (Fin de Proceso)	Dirección de INCOR		
Indicadores	Cobertura de inmunización				
Registros	Plan de Inmunizaciones, indicadores e informes				

FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles				
Objetivo	Utilizar la herramienta de gestión IPERC para la Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Medidas de Control, así como evaluar los riesgos asociados a los macroprocesos y procesos del INCOR				
Alcance	Desde la determinación del macroproceso y proceso a revisar y evaluar, hasta la determinación de la matriz IPERC				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Macroprocesos y Procesos de INCOR	Macroproceso y proceso a revisar para la IPERC. Matriz IPERC	1. Conformar un equipo de trabajo para la identificación de peligros	Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Matriz IPERC	Unidades Organicas de INCOR DGCyC Dirección de INCOR
		2. Determinar el macroproceso general que se está revisando	Equipo Identificador		
		3. Determinar el proceso que se va a evaluar			
		4. Identificar los puestos de trabajo involucrados en el proceso			
		5. Identificar la actividad que se va a evaluar			
		6. Identificar y considerar todos los posibles peligros por poco probables que parezcan, incluidos aquellos generados en situaciones de emergencias			
		7. Determinar el riesgo relacionado al peligro identificado			
		8. Determinar el riesgo relacionado al peligro identificado			
		9. Determinar la consecuencia asociada al peligro			
		10. Identificar los controles existentes			
		11. Evaluar el nivel del riesgo inicial para cada peligro cruzando la probabilidad y la consecuencia			
		12. Definir los controles e implementar teniendo en cuenta la jerarquía de controles (Fin de Proceso)			
Indicadores	No registra Indicador directo				
Registros	Matriz IPERC				

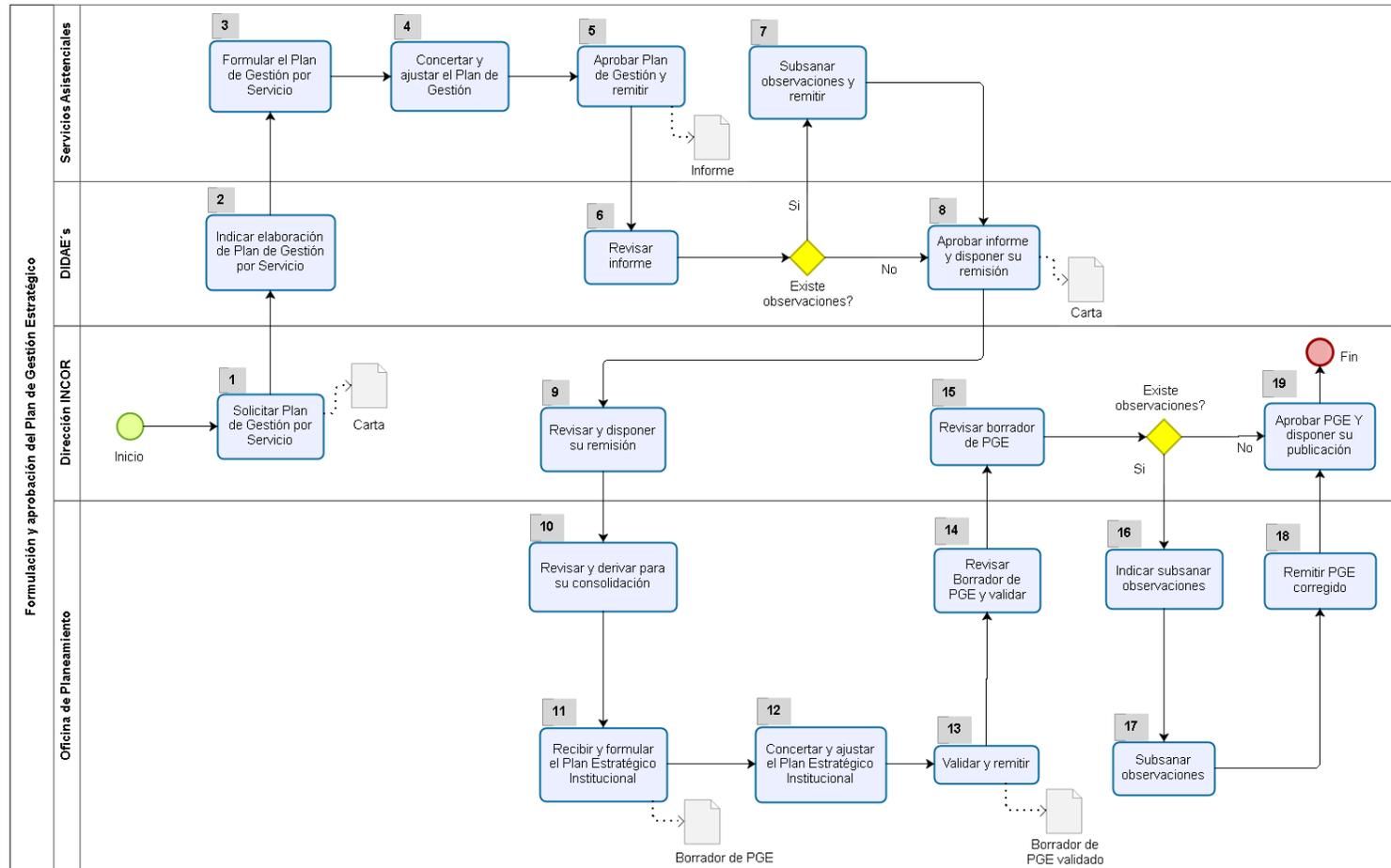
FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Soporte Técnico al proceso de elaboración y presentación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad				
Objetivo	Recibir iniciativas con propuesta de mejoras y brindar soporte para adecuarla si fuera necesario y lograr su aprobación y futura implementación				
Alcance	Desde la emisión / recepción de propuestas de mejora hasta la articulación y seguimiento en la implementación de las mejoras				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Unidades Orgánicas de INCOR	Documento con iniciativa con propuesta de mejora	1. Presentar una iniciativa de mejora a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad a través de su jefatura	Usuarios	Propuesta Aprobada con Resolución	Unidades Orgánicas de INCOR. DGCyC Dirección INCOR
		2. Recibir y Revisar propuesta a través de la Oficina de Calidad y la presenta a la Dirección para su aprobación	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		3. Recibir Informe y Aprobar la propuesta de mejora y se emite resolución de conformación de equipo de mejora	Dirección INCOR		
		4. Coordinar y brindar el soporte al equipo de mejora conformado a través de la Oficina de Calidad	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		5. Articular los requerimientos necesarios para el avance del proyecto de mejora e informa el estatus del mismo a la Dirección del INCOR			
Indicadores	No registra indicador directo				
Registros	Documento de iniciativa con propuesta de mejora, Resolución.				

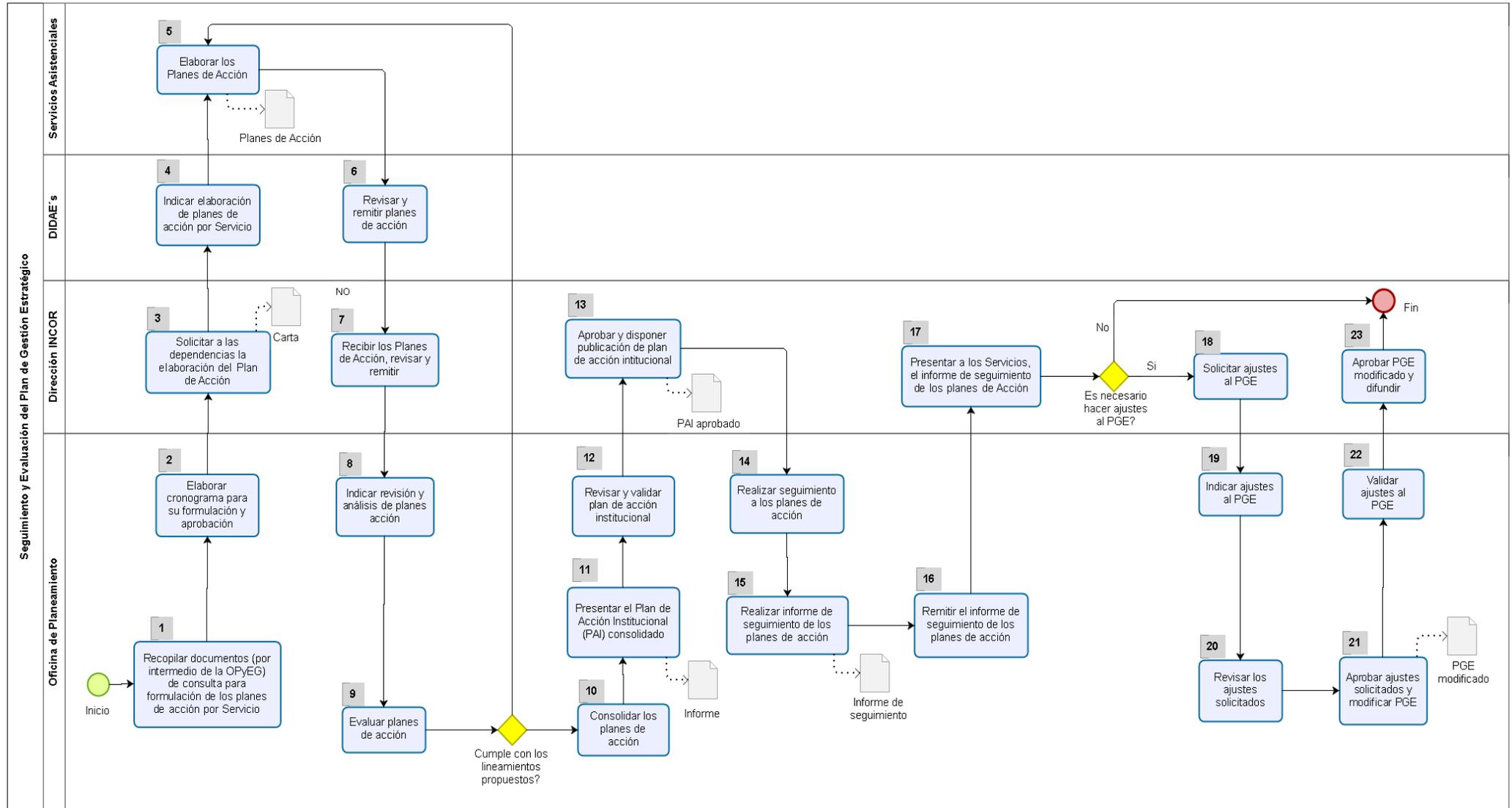
FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Integración de los hallazgos identificados a través de los Organos Colegiados				
Objetivo	Articular la información y los hallazgos encontrados para realizar acciones de mejora				
Alcance	Desde la resolución de conformación de comités hasta la difusión de las mejoras a realizarse				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Órganos Colegiados	Informes de hallazgos	1. Designar mediante resolución la conformación de los diferentes comités.	Dirección INCOR	Resolución de conformación de comités. Informes con oportunidades de mejora	Dirección de Gestión Clínica y Calidad. Órganos colegiados. Comités.
		2. Remitir informes de hallazgos a la Dirección y Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Órganos Colegiados		
		3. Articular la información y los hallazgos identificados por los órganos colegiados	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		4. Integrar la información con las oportunidades de mejora de las demás supervisiones			
		5. Remite informe a la Dirección.	Dirección INCOR		
		6. Difundir resultados a las áreas usuarias a través de las subgerencias (Fin de Proceso)			
Indicadores	No registra indicador directo				
Registros	Informes, Resolución.				

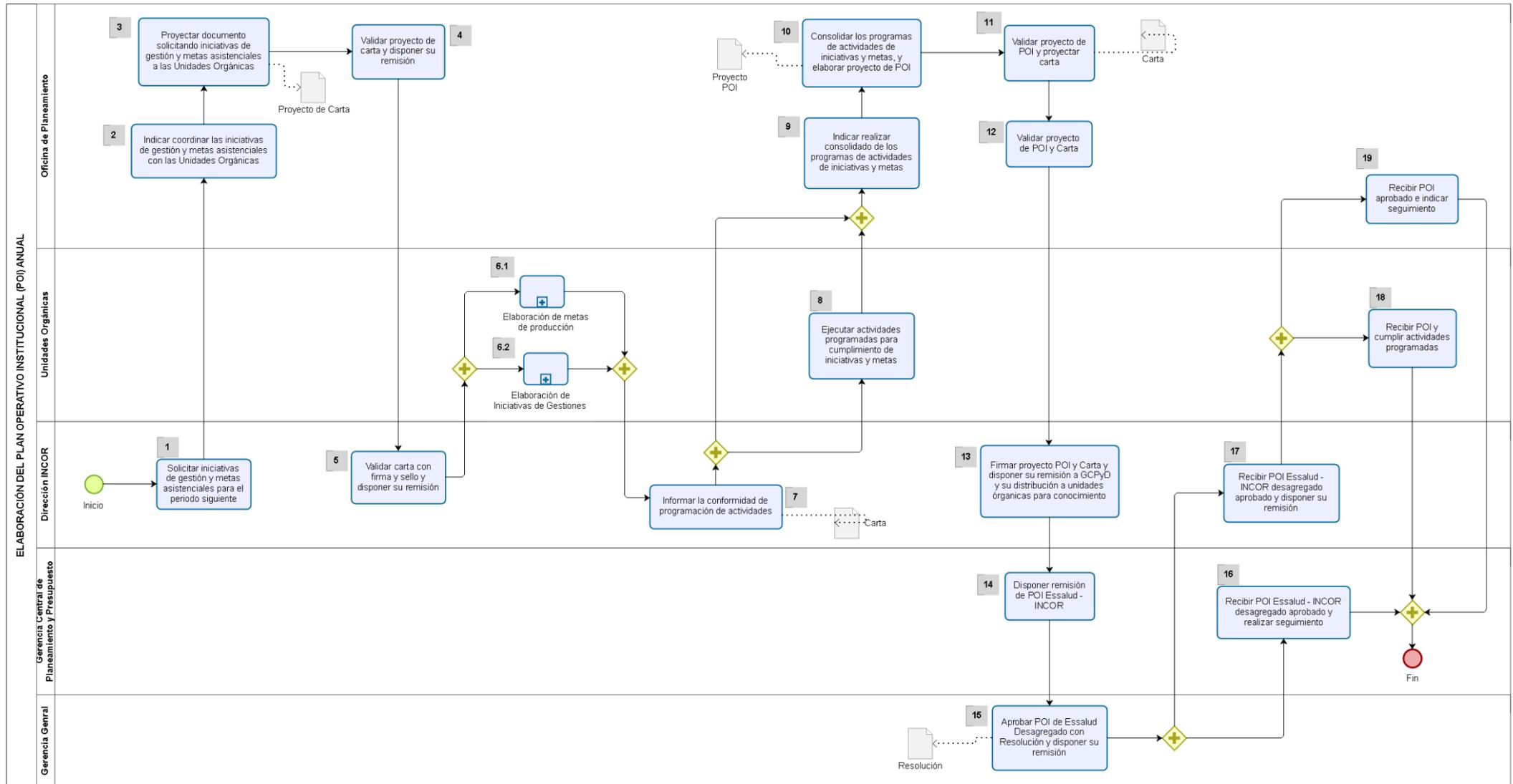
FICHA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO					
Nombre	Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras				
Objetivo	Realizar el seguimiento de acciones correctivas por levantamiento de oibservaciones hechas al INCOR por entidades externas				
Alcance	Desde la recepción de informe con observaciones hasta el informe de seguimiento del levantamiento de observaciones				
Proveedor	Entrada	Descripción de Actividades		Salida	Destinatario de los bienes y servicios
		Lista de Actividades	Ejecutor		
Entidades Supervisoras y Acreditadoras	Informes de observaciones de supervisión de entidades externas	1. Difundir los informes de supervisión de entidades externas a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Dirección INCOR	Matriz de seguimiento de oportunidades de mejora	DGCyC. Dirección INCOR. Entidades Supervisoras y Acreditadoras
		2. Clasificar los hallazgos en una matriz de seguimiento y distribuye las oportunidades de mejora a los diferentes usuarios	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		3. Remitir mediante memorandum a los usuarios correspondientes las oportunidades de mejora a ser trabajadas a los diferentes usuarios			
		4. Realizar las actividades orientadas al levantamiento de las observaciones y remite respuesta a la Dirección de Gestión Clínica y Calidad	Usuarios		
		5. Realizar el seguimiento de cumplimiento con las áreas usuarios	Dirección de Gestión Clínica y Calidad		
		6. Remitir informe de seguimiento a la Dirección del INCOR			
Indicadores	Porcentaje de observaciones levantadas				
Registros	Informes, matriz de seguimiento				

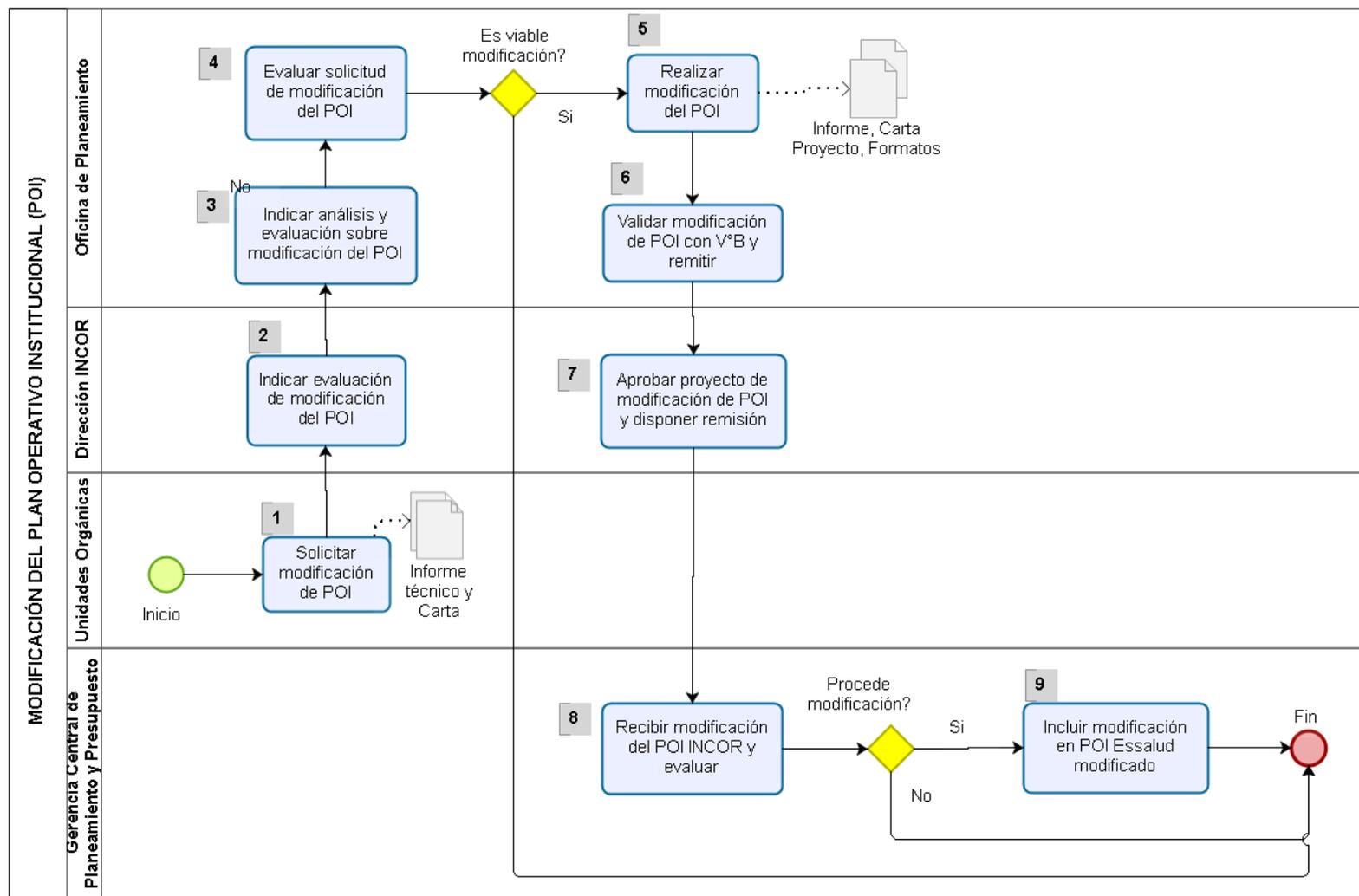
14. Flujos de Proceso – último nivel

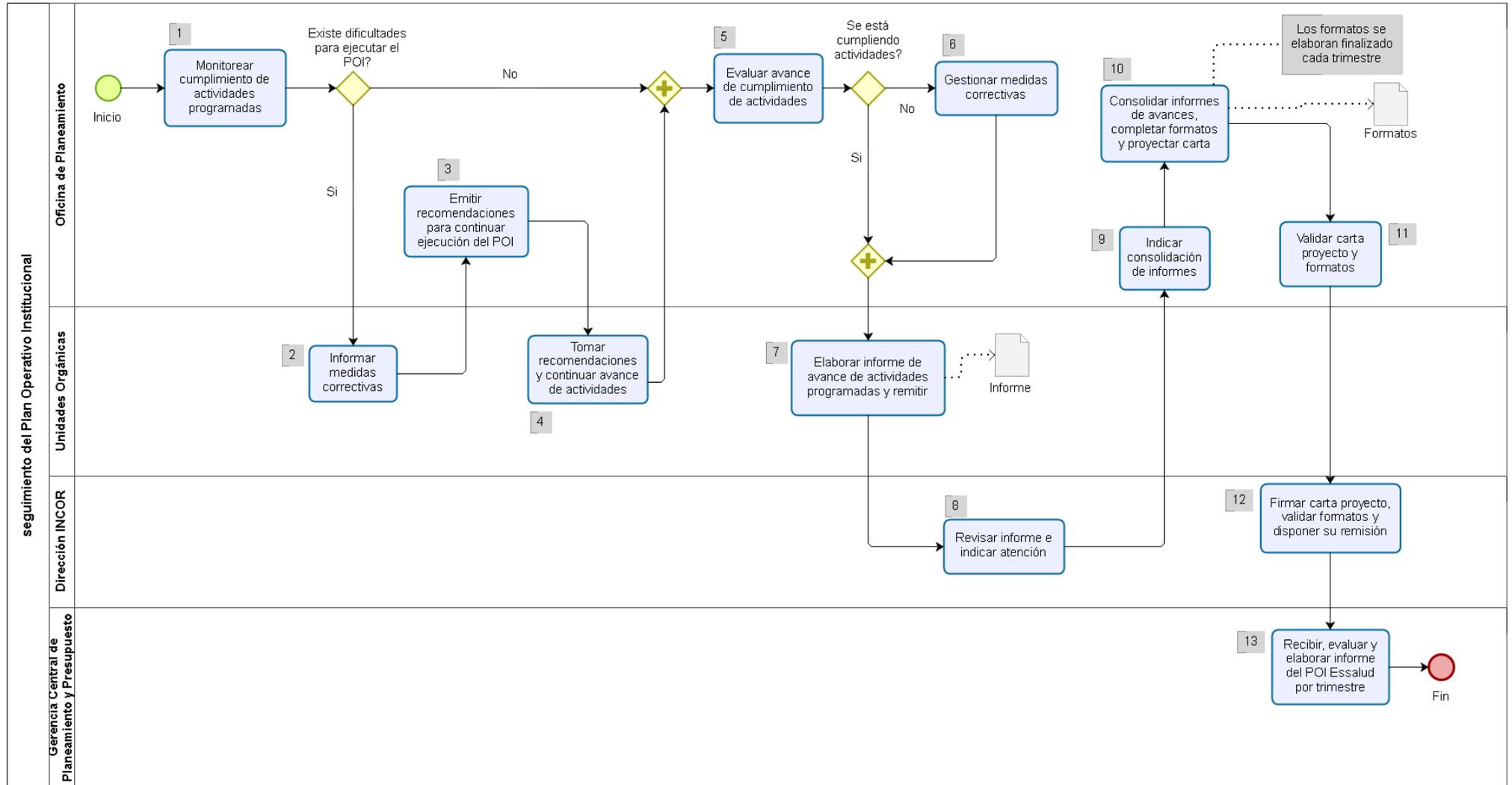
14.1. Flujos de Proceso– último nivel: Planeamiento



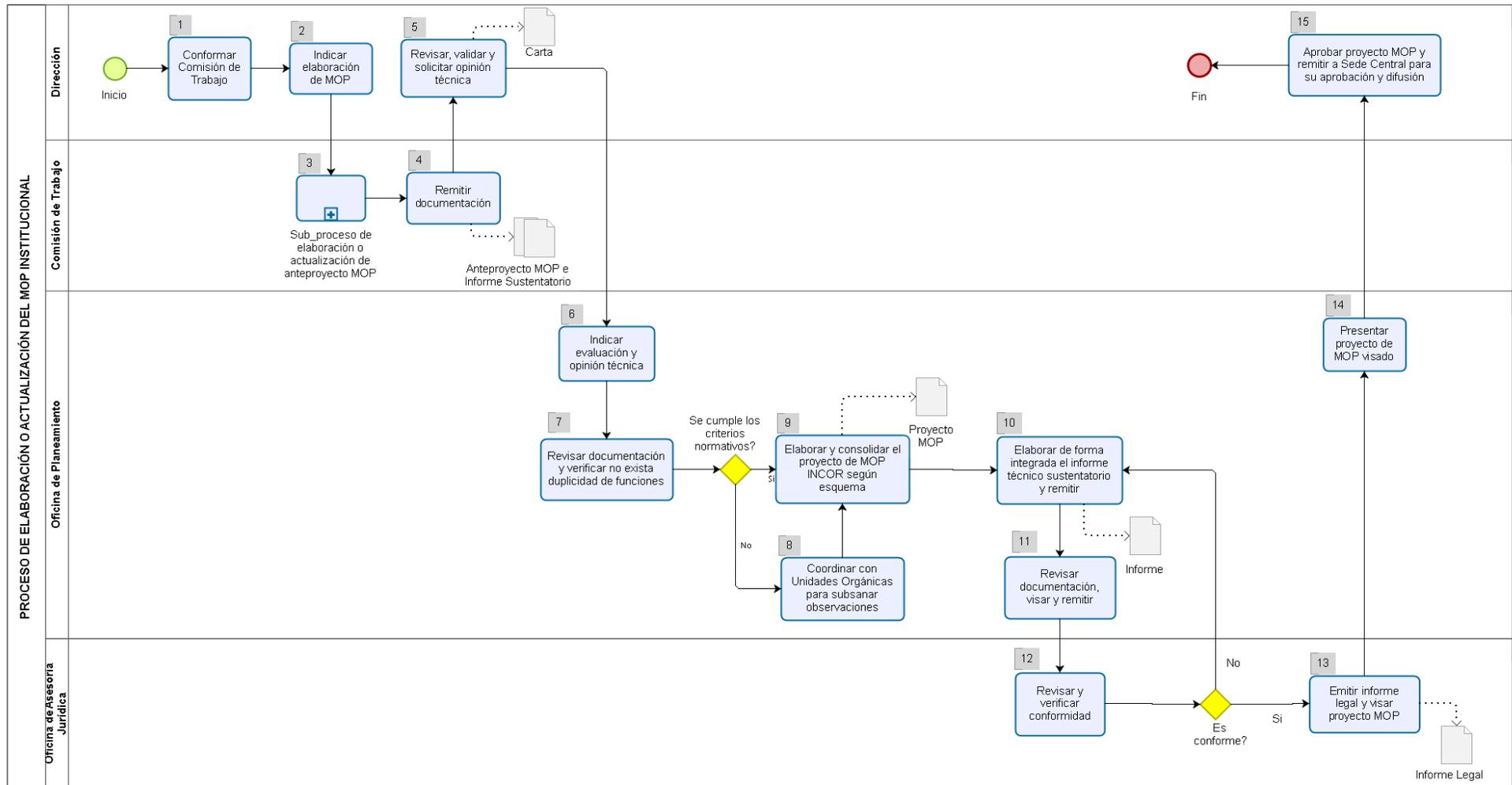


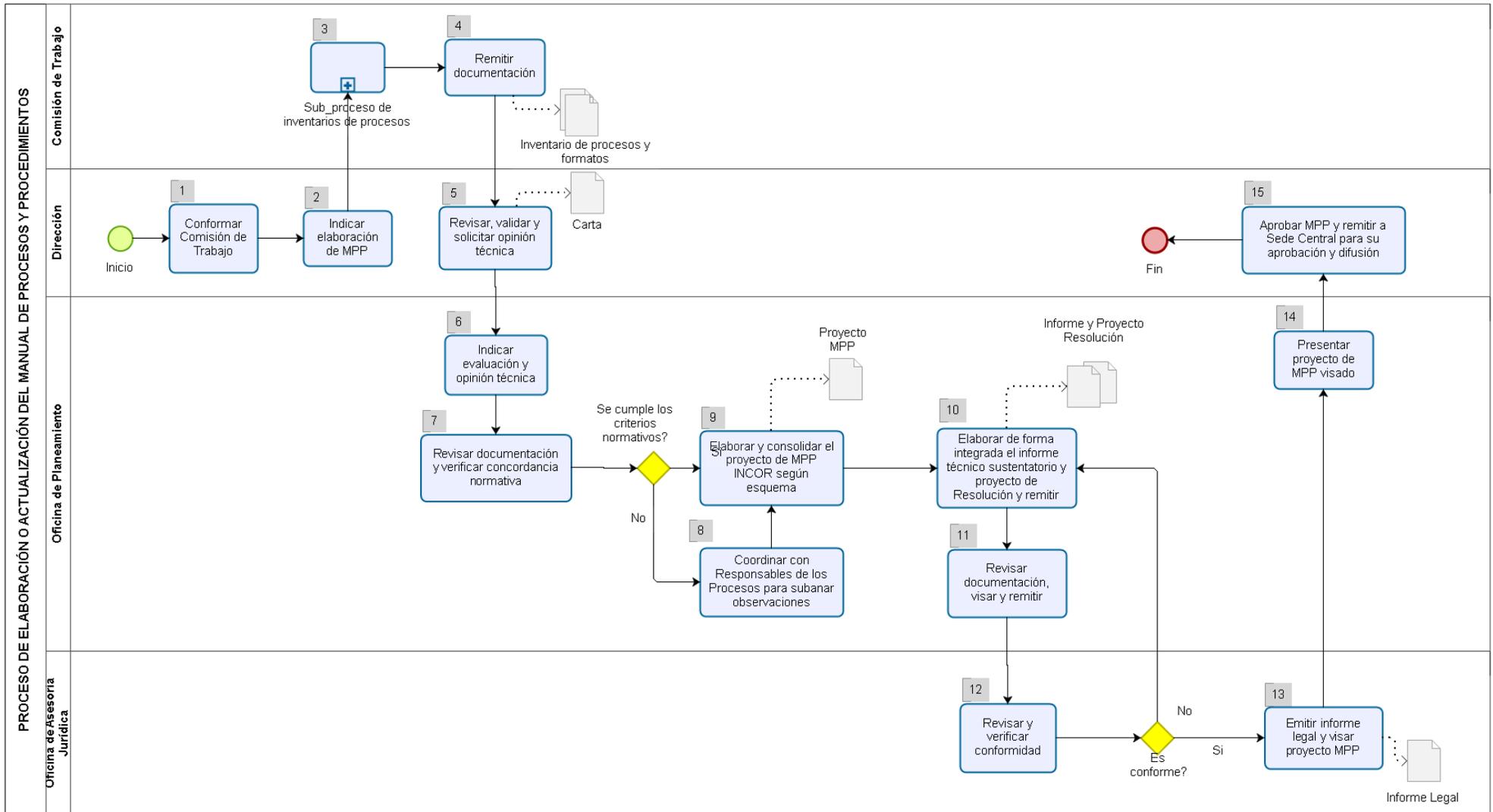




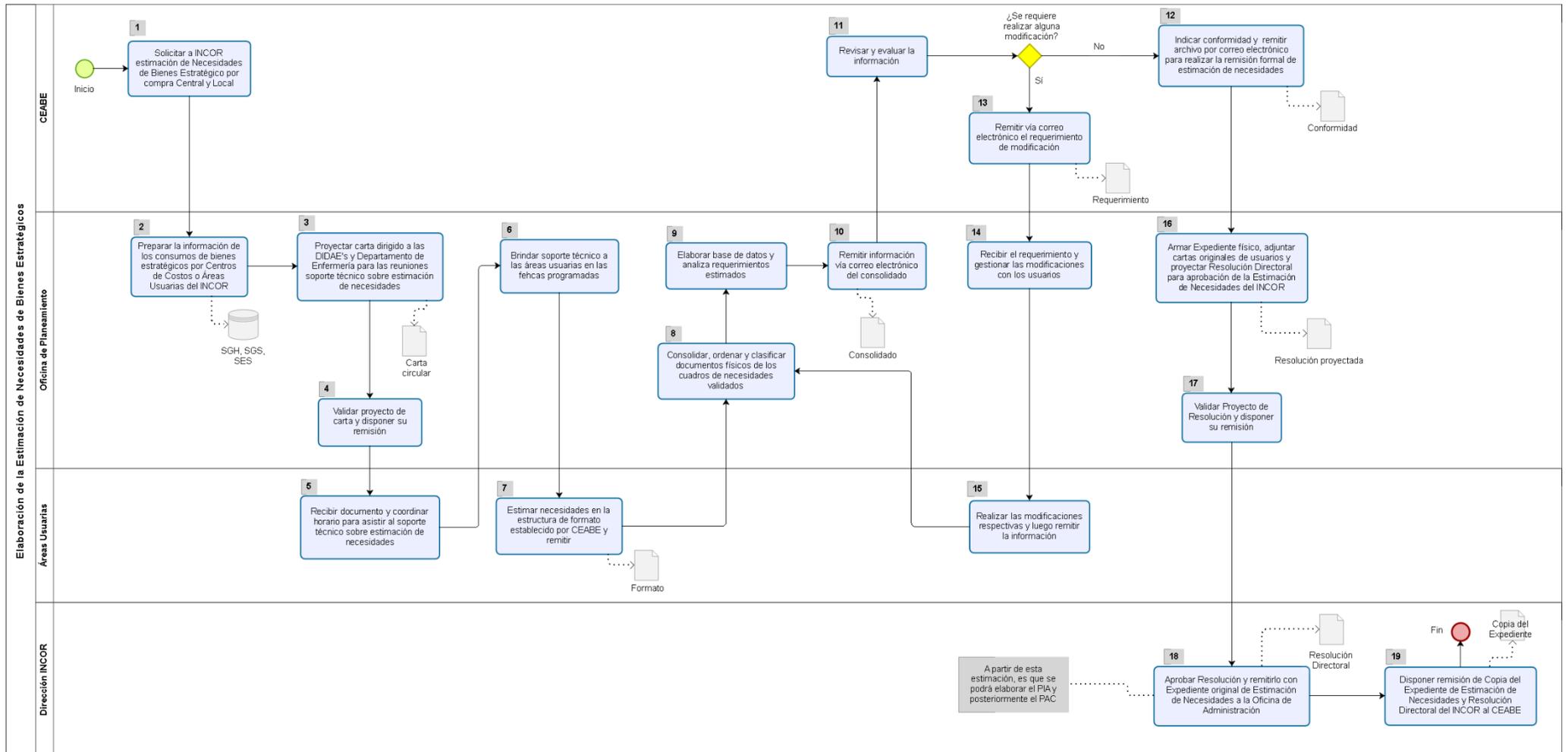


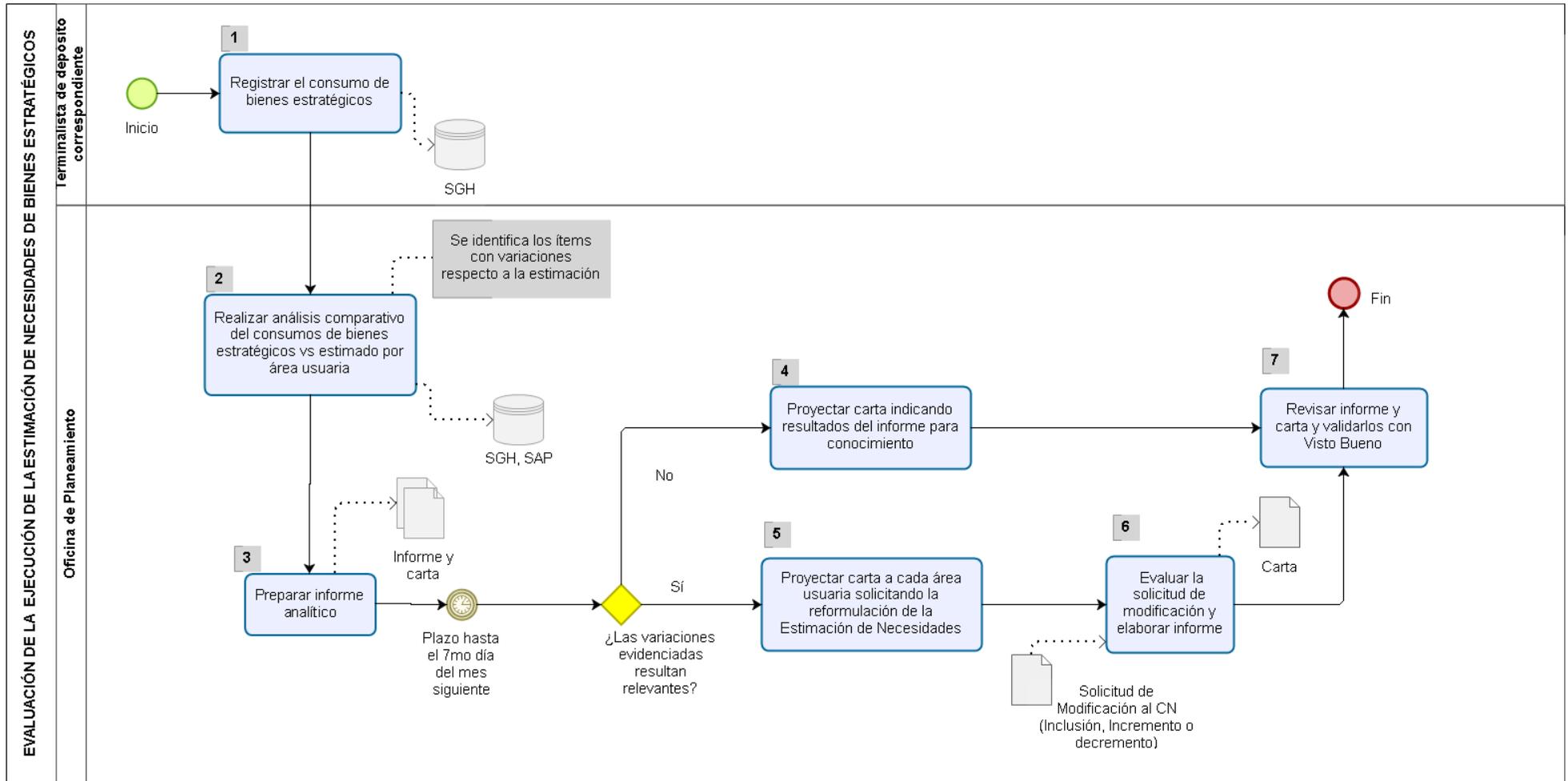
14.2. Flujos de Proceso – último nivel: Diseño Organizacional

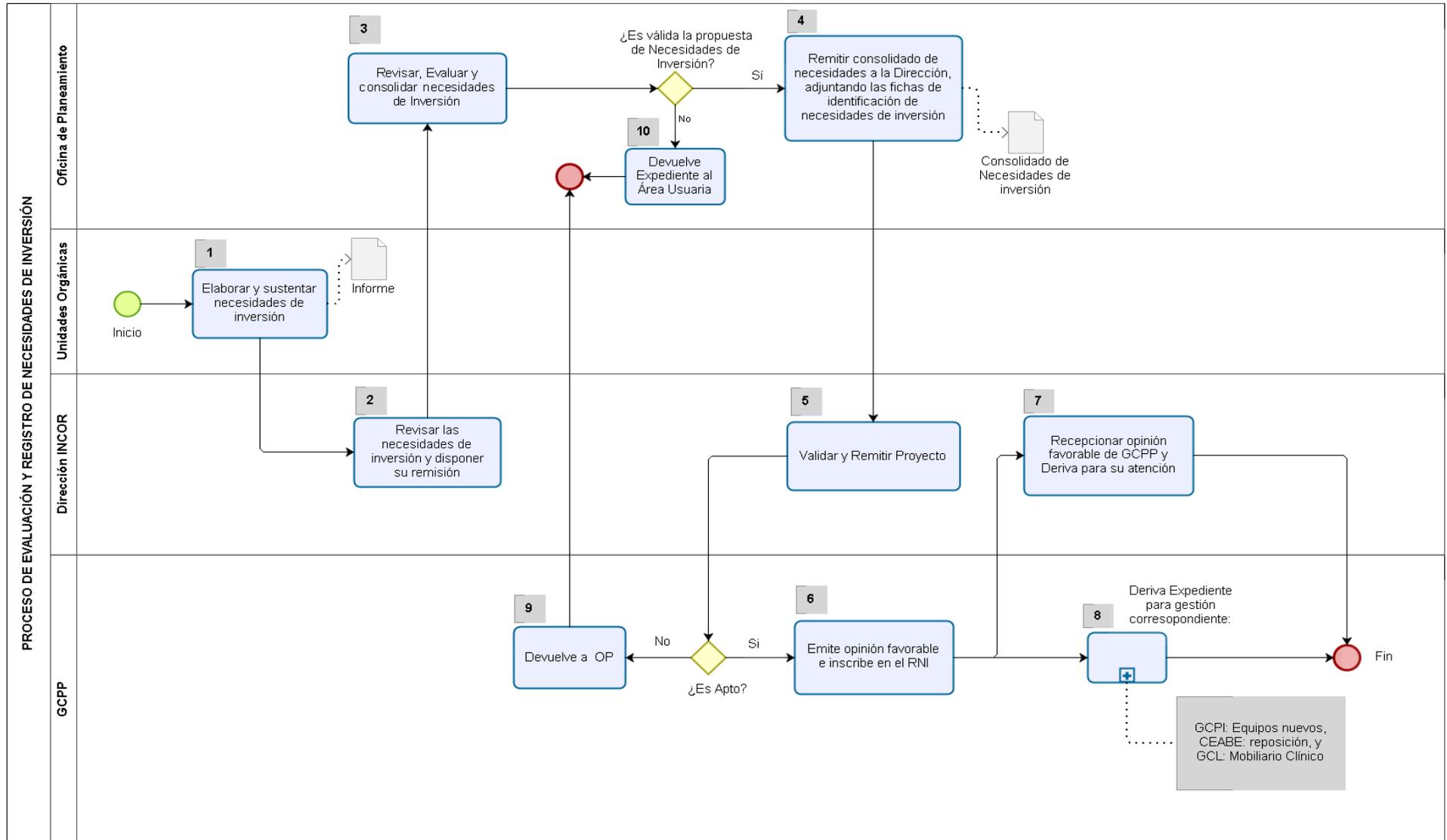


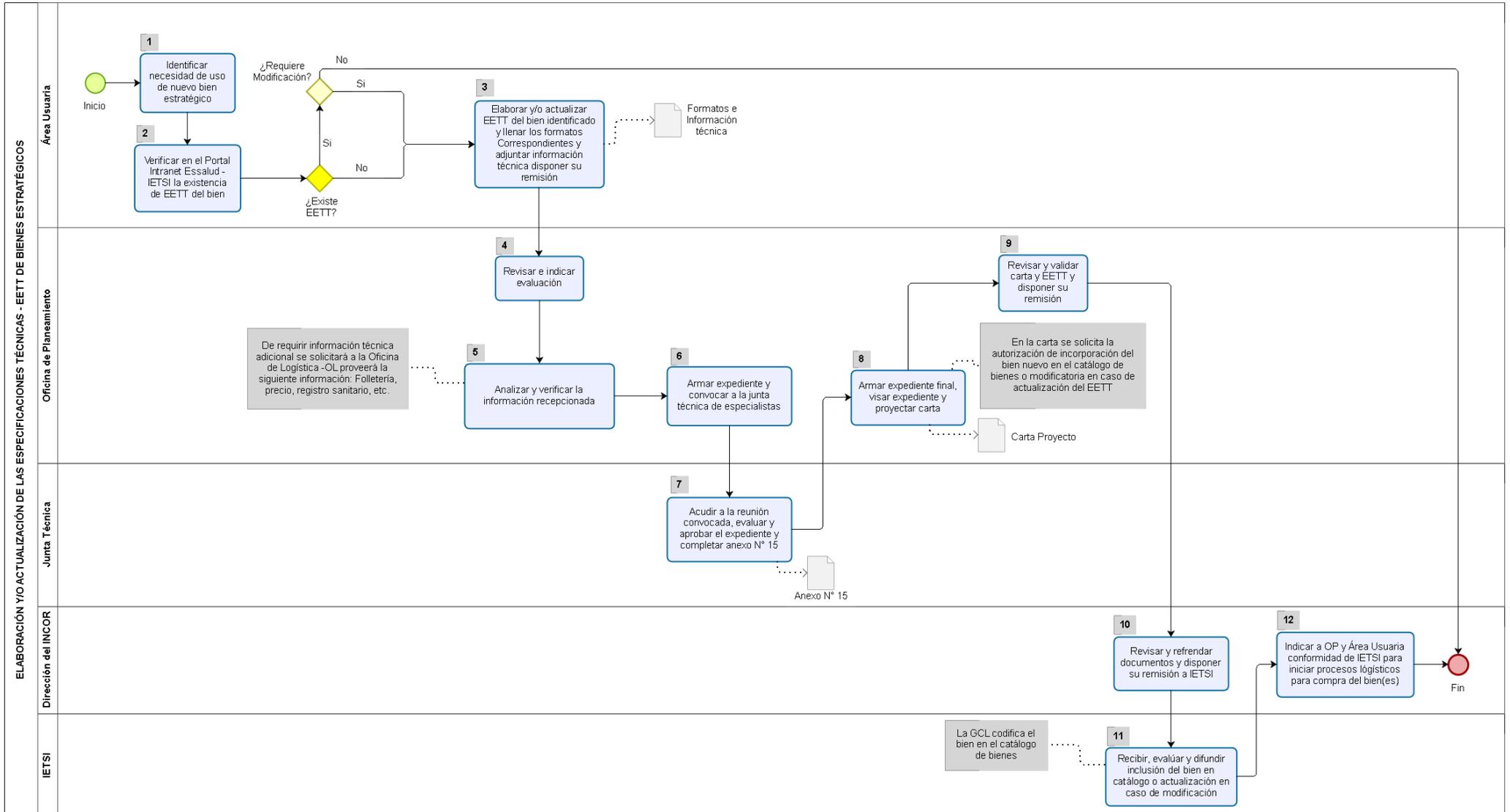


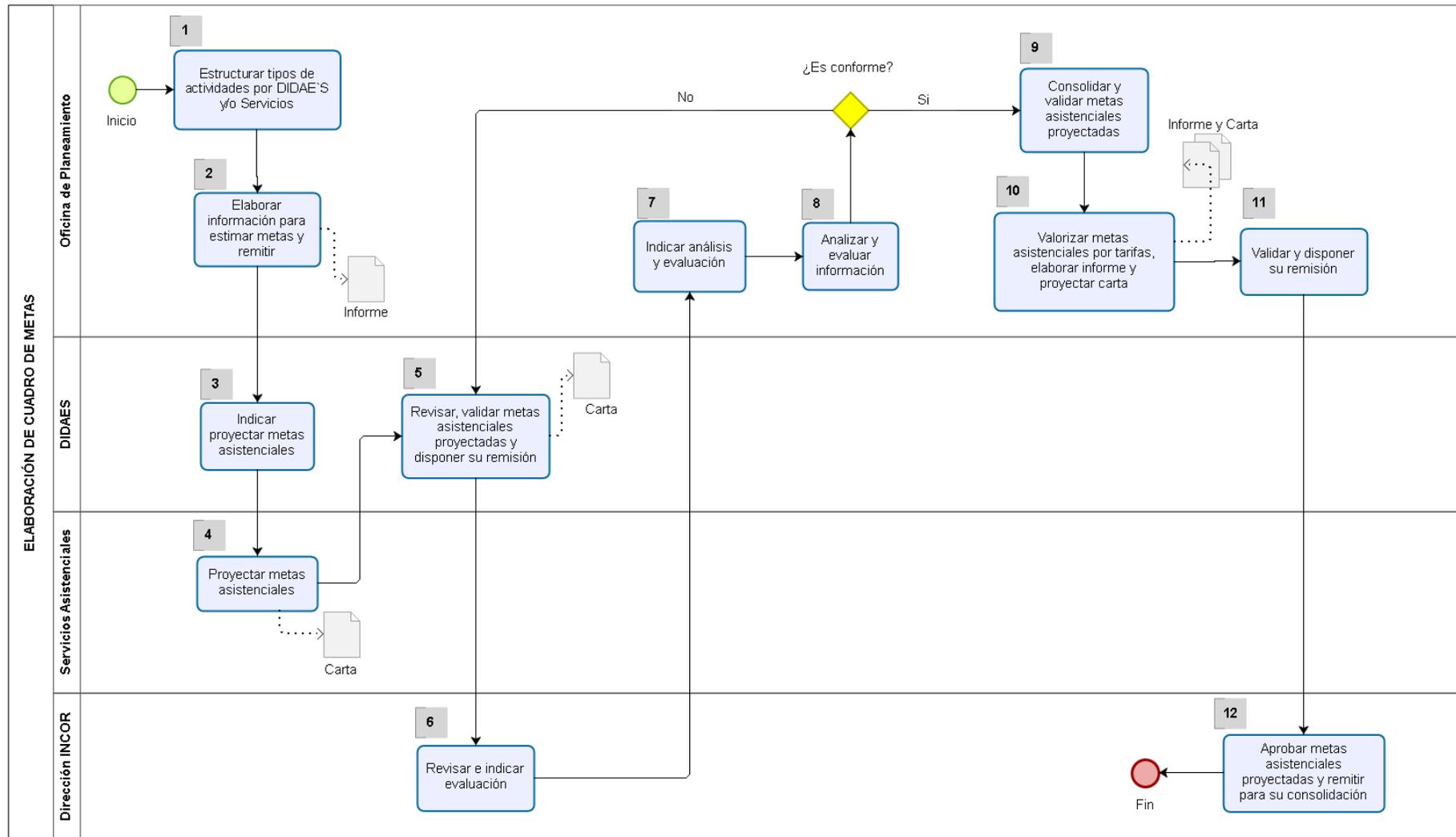
14.3. Flujos de Proceso – último nivel: Gestión de la Información Estratégica

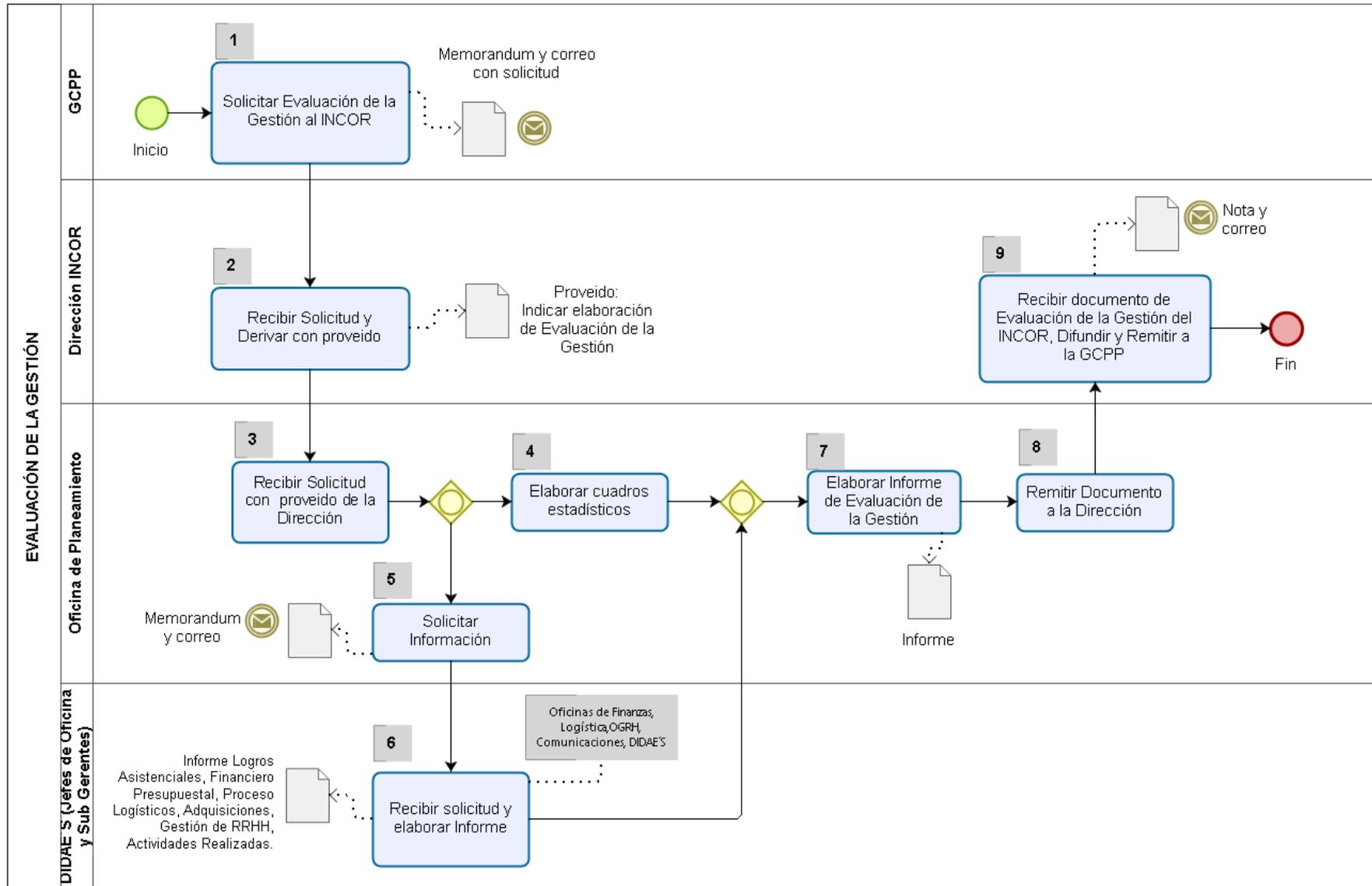


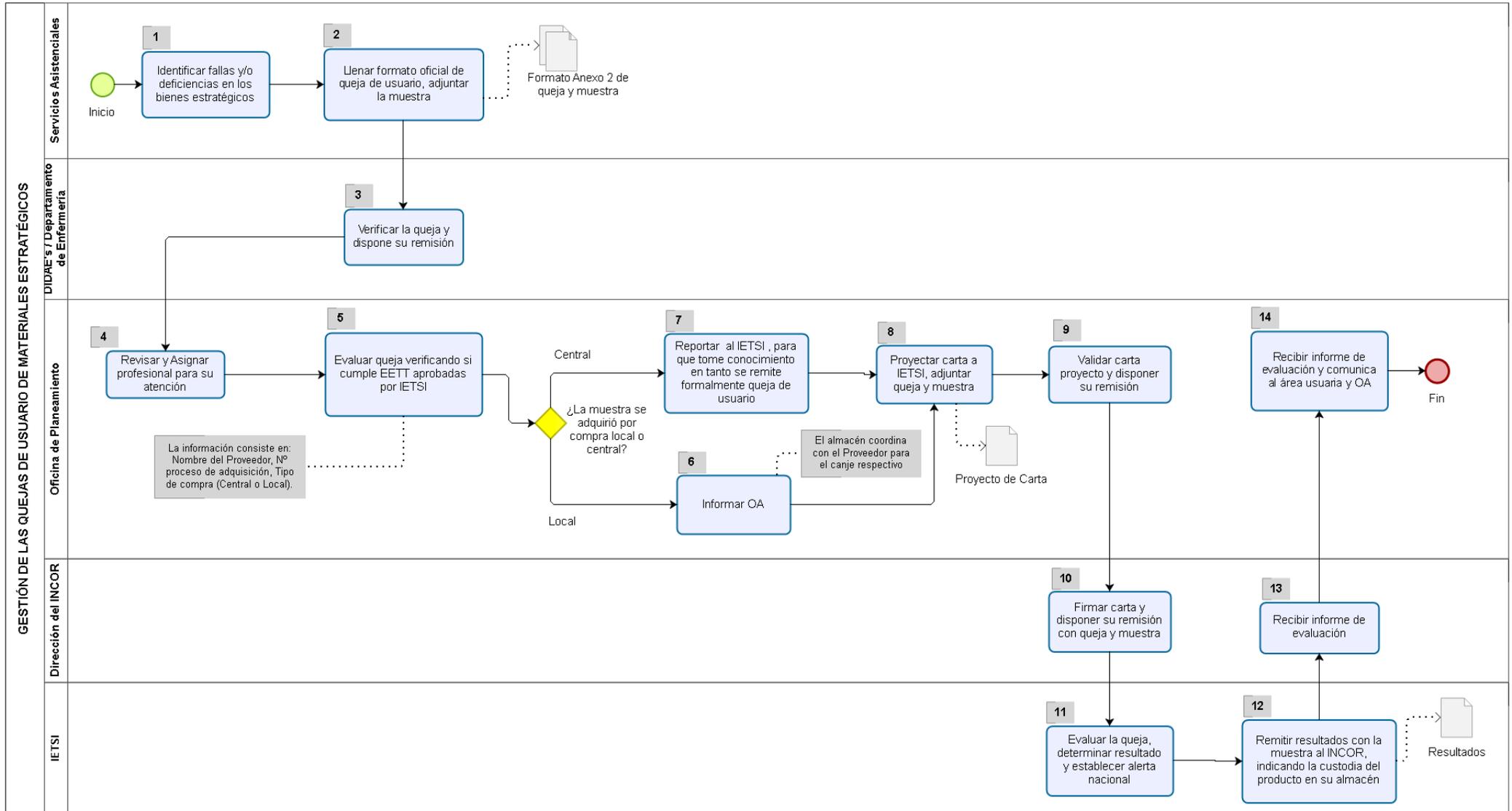


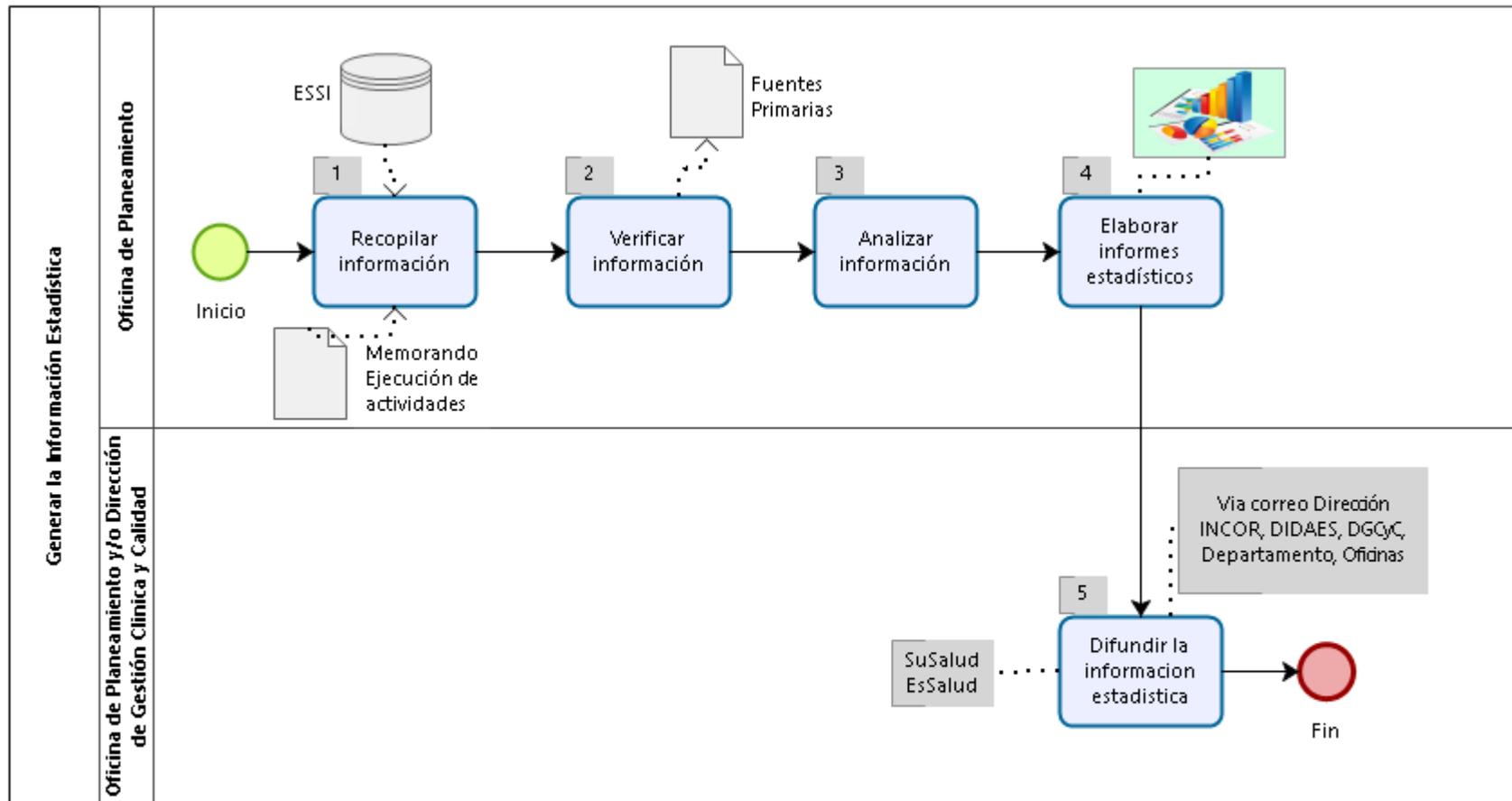


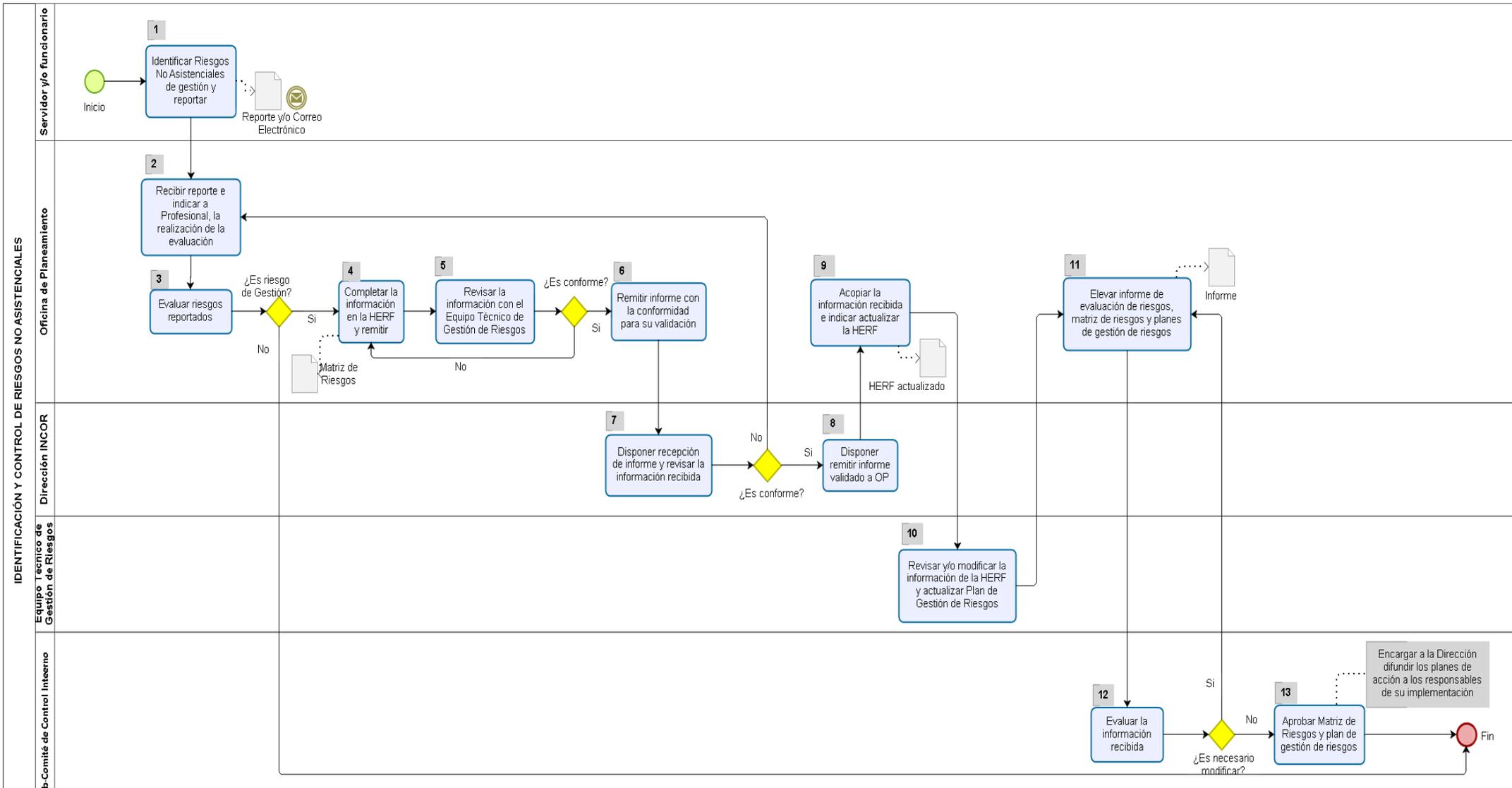


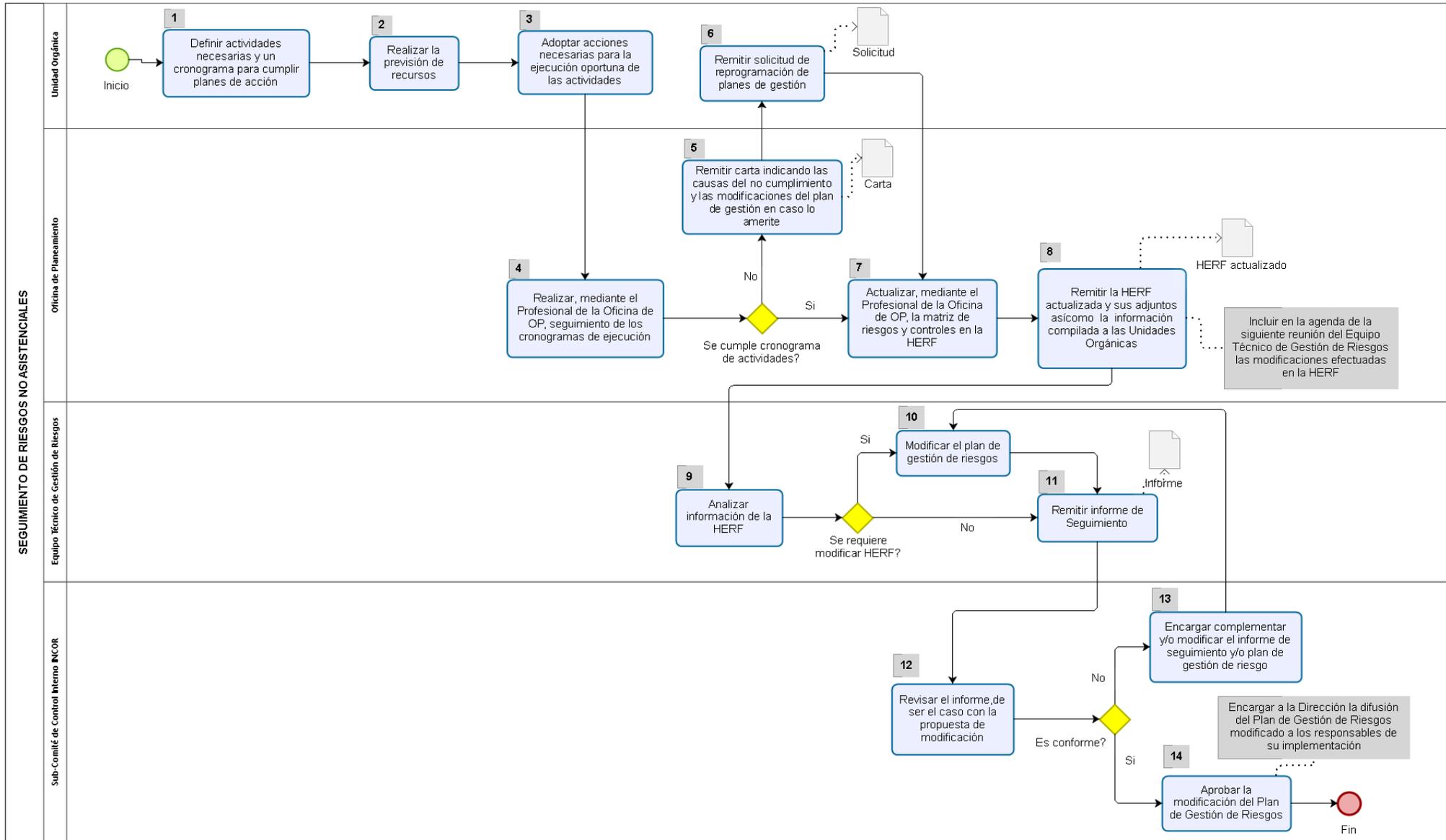




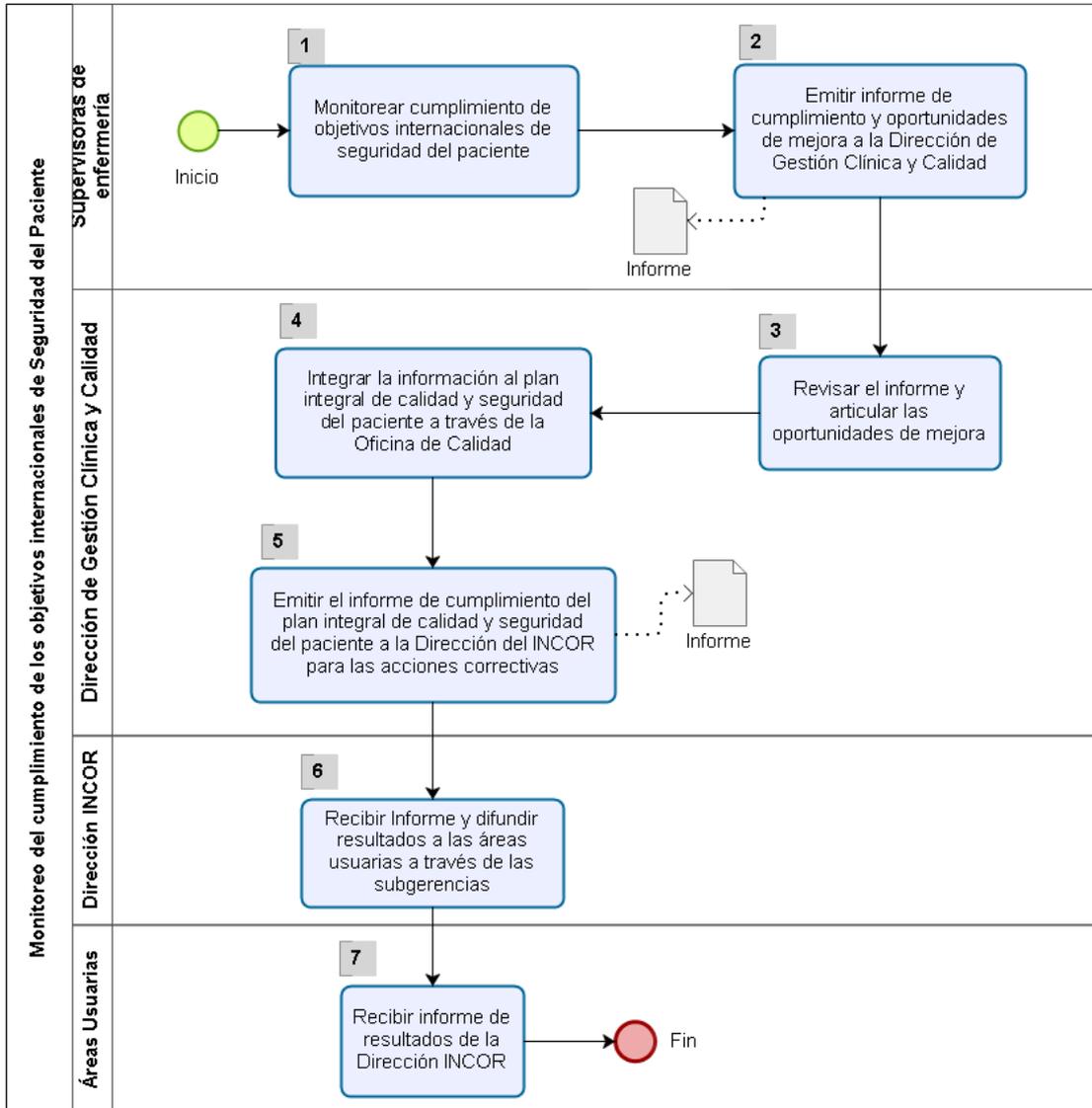


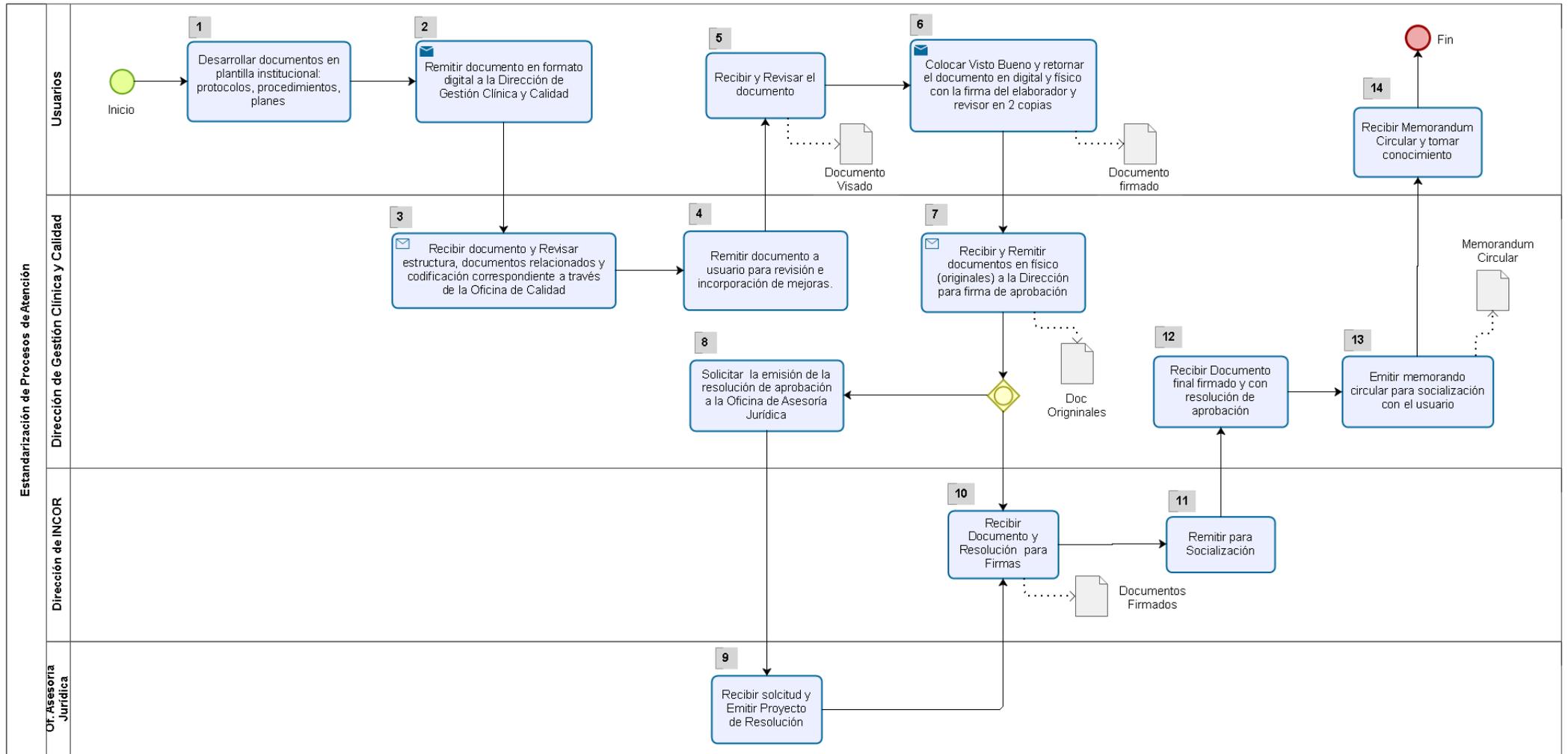


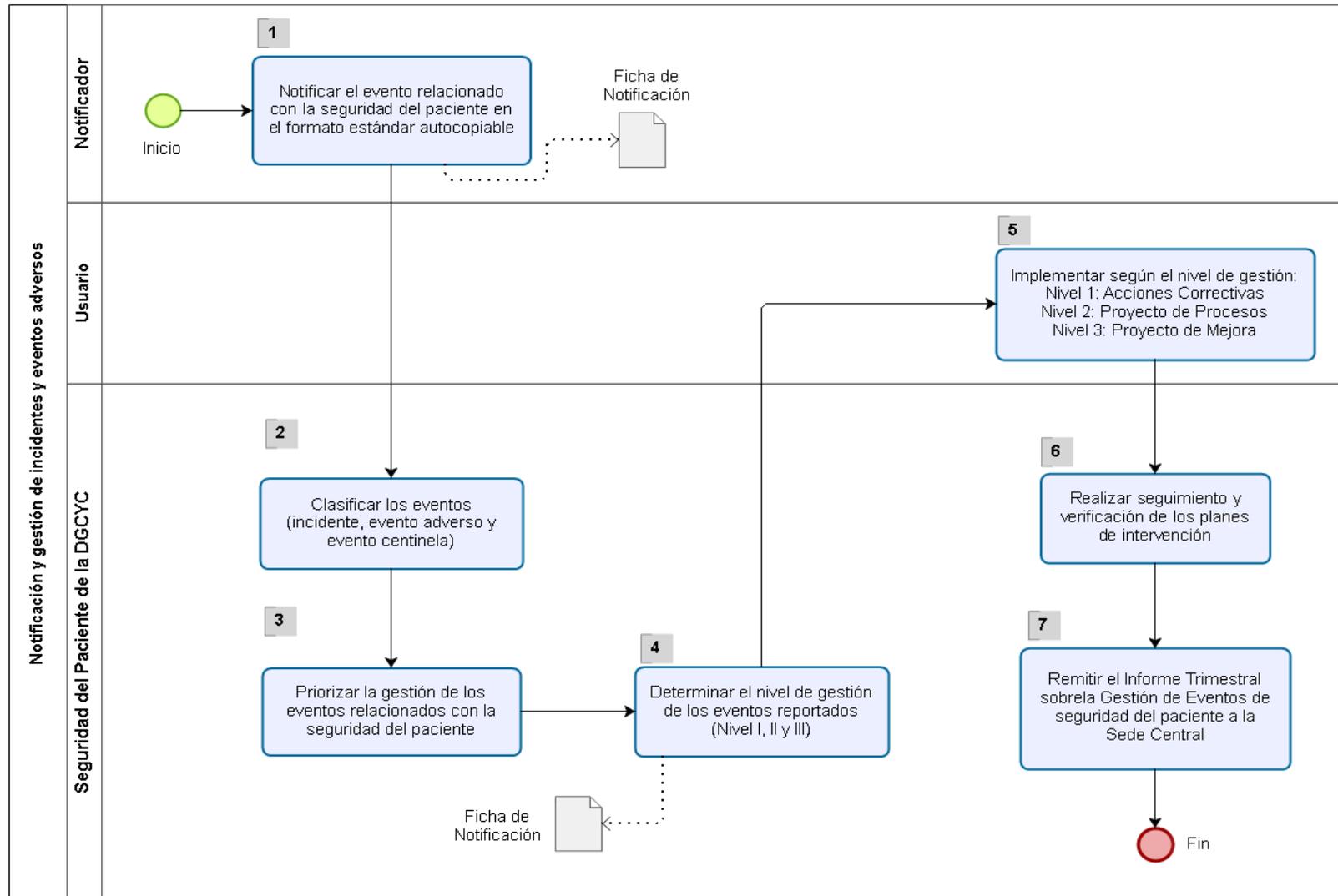


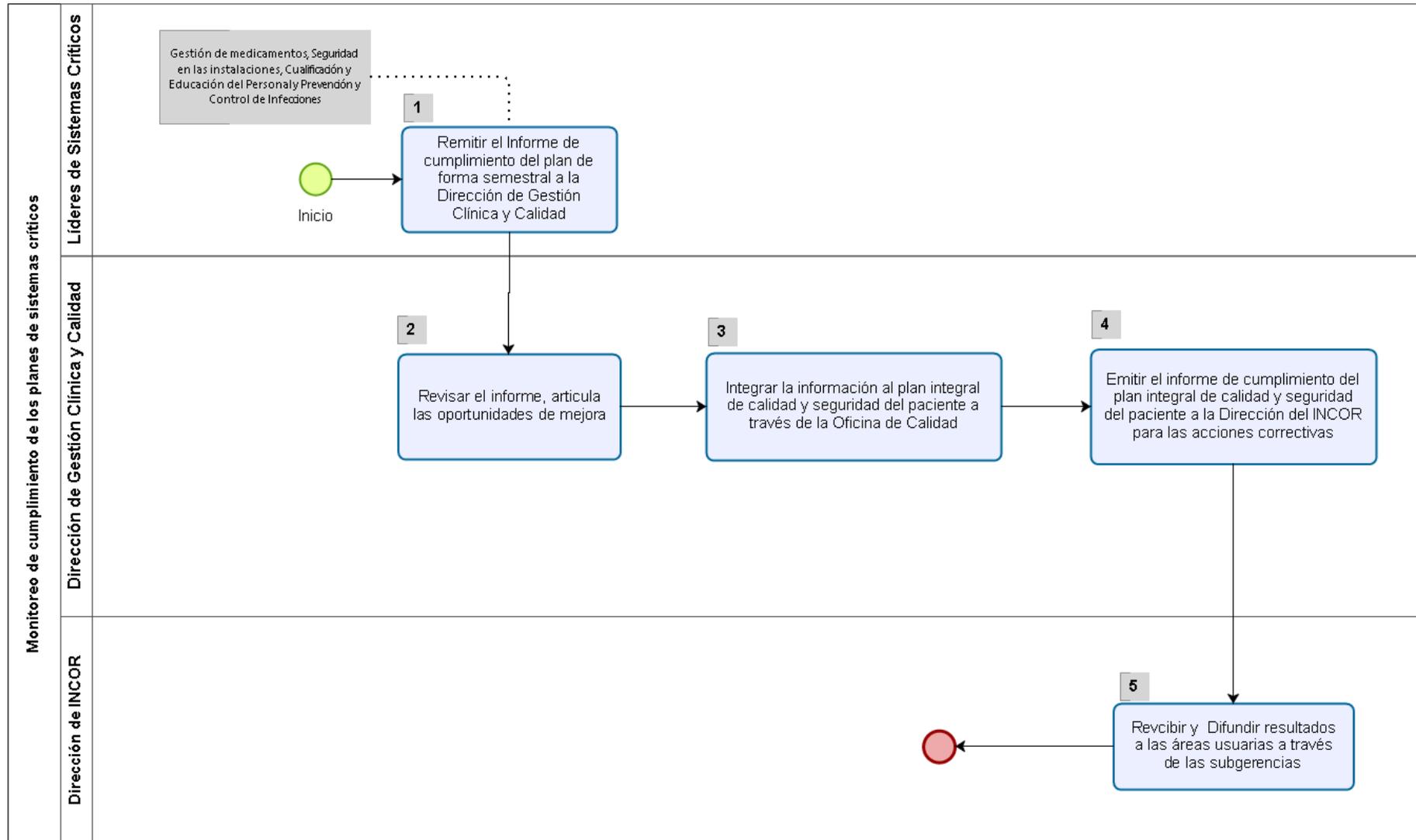


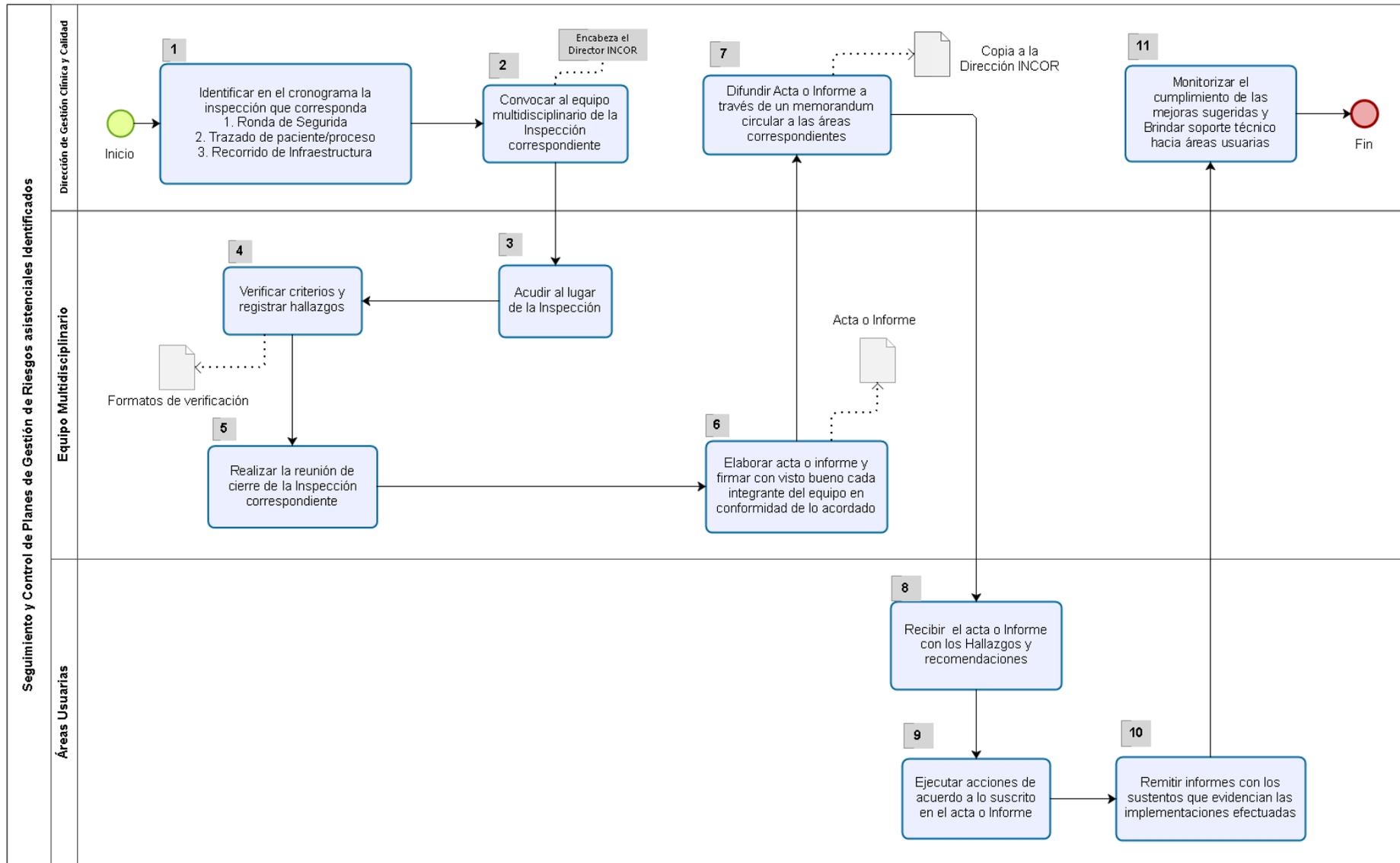
14.4. Flujos de Proceso– último nivel: Gestión de la Calidad

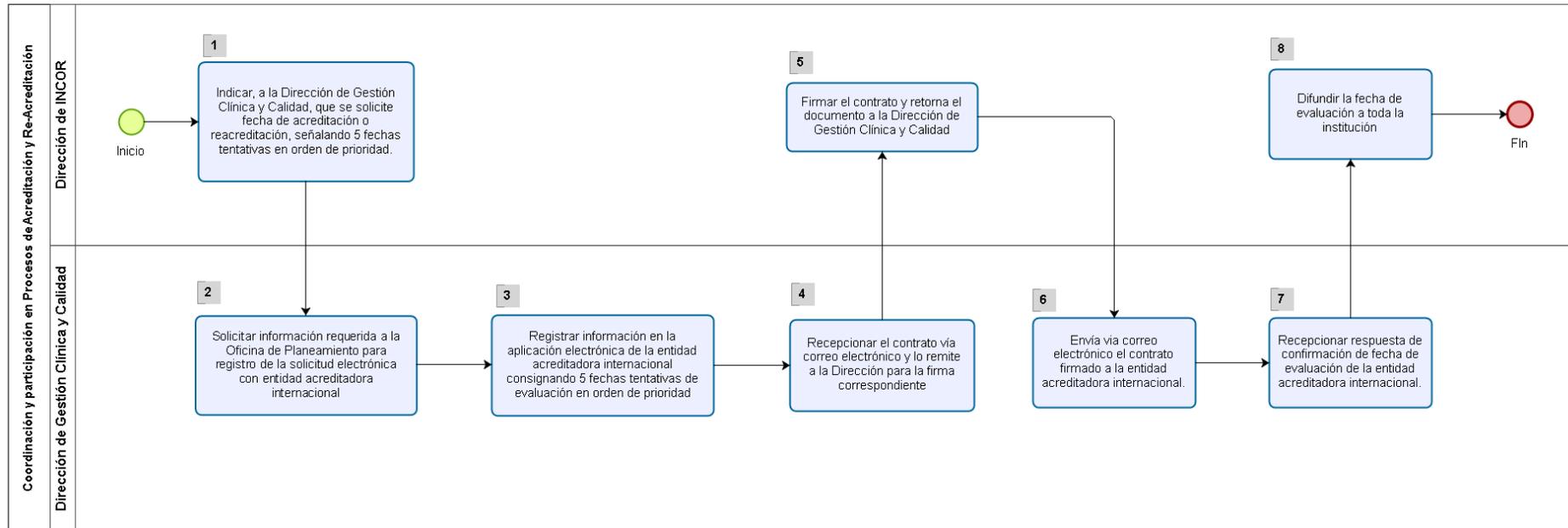


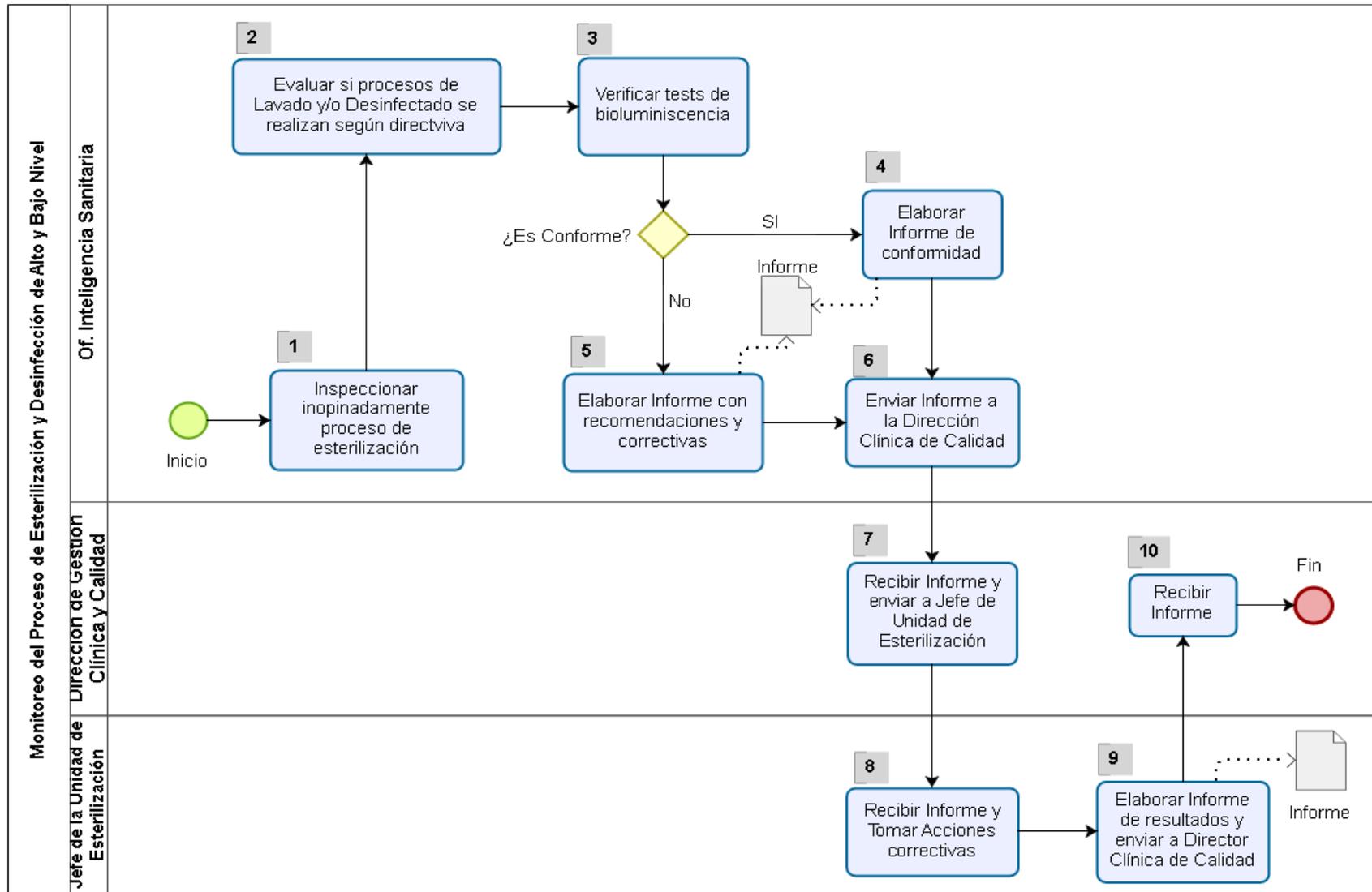


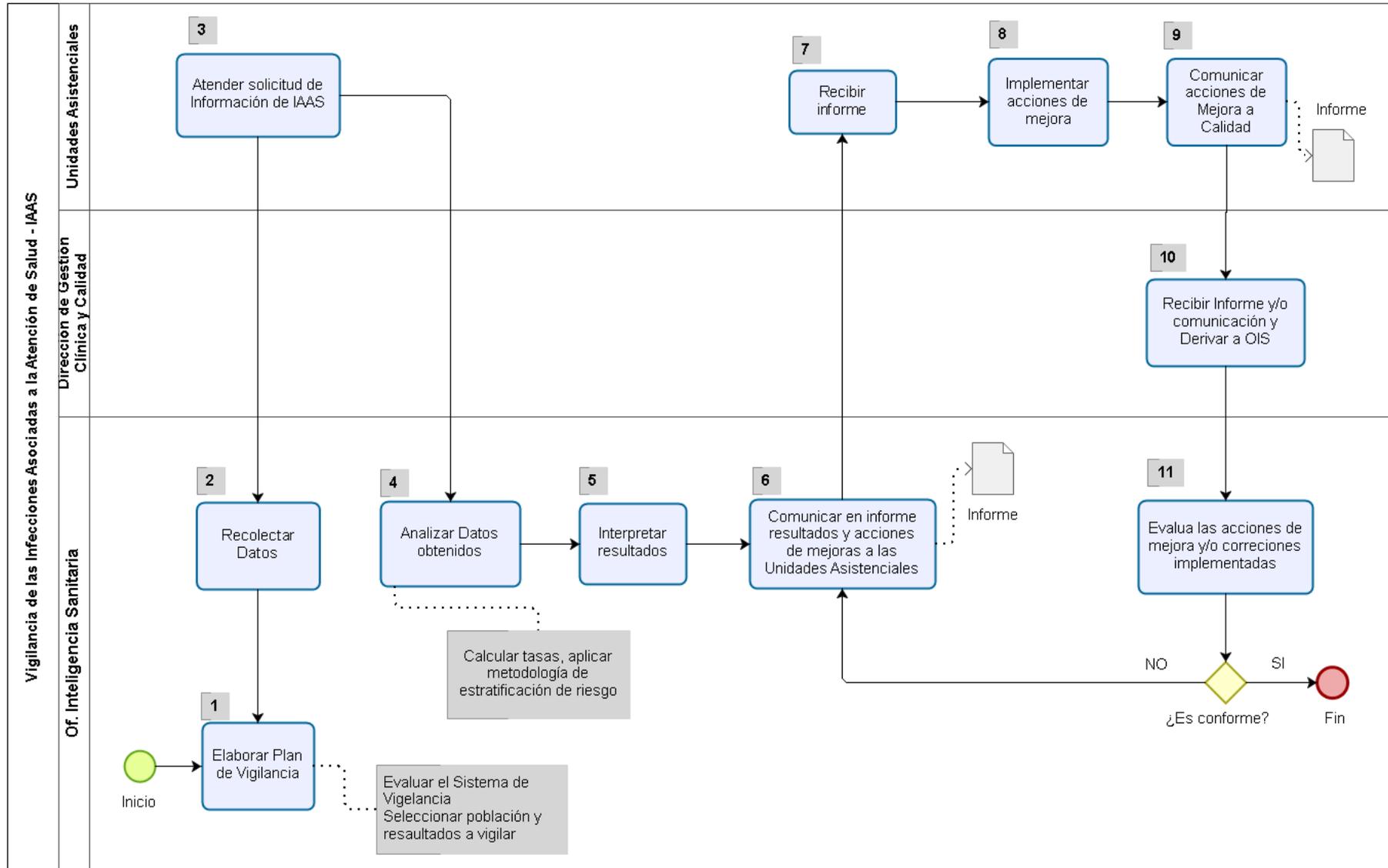


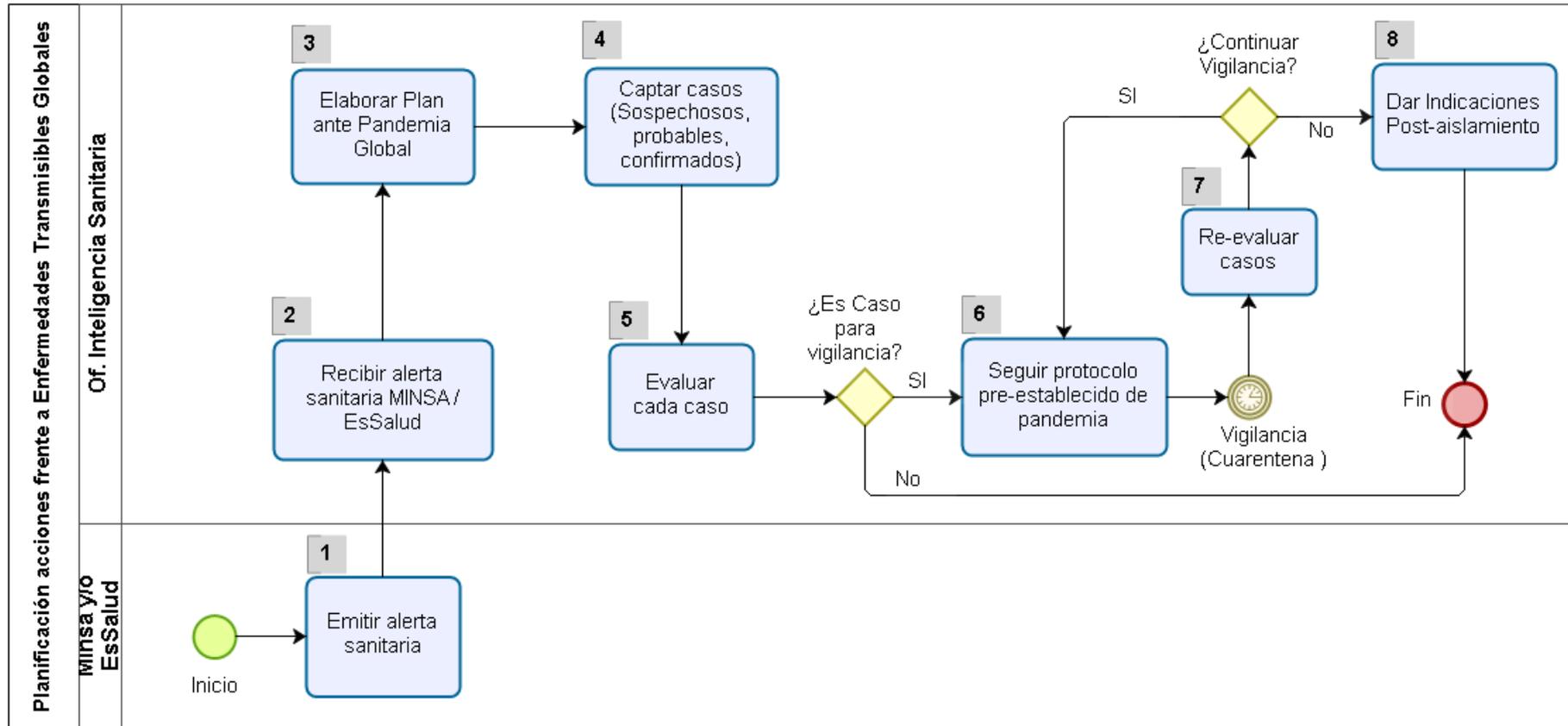


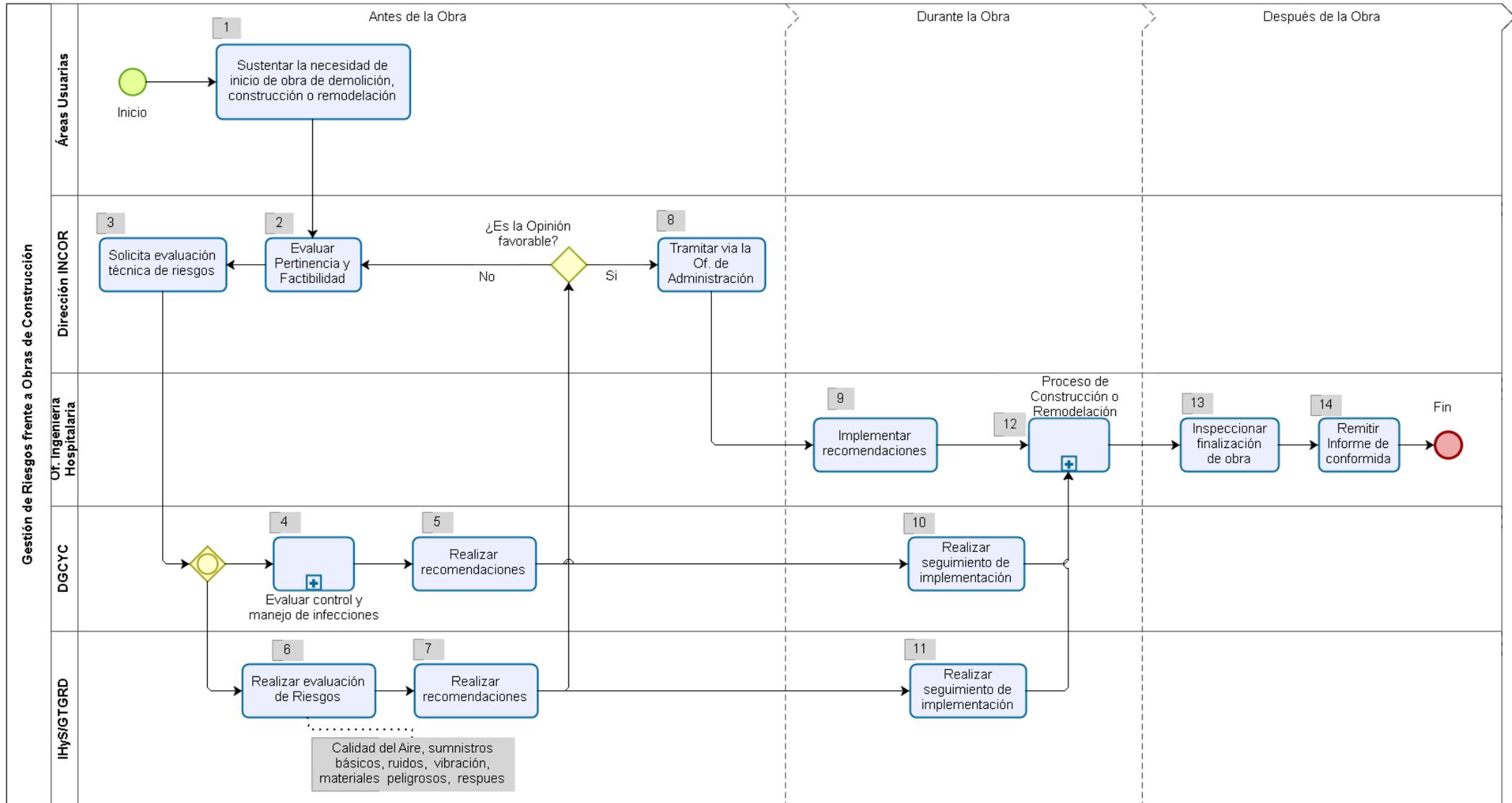


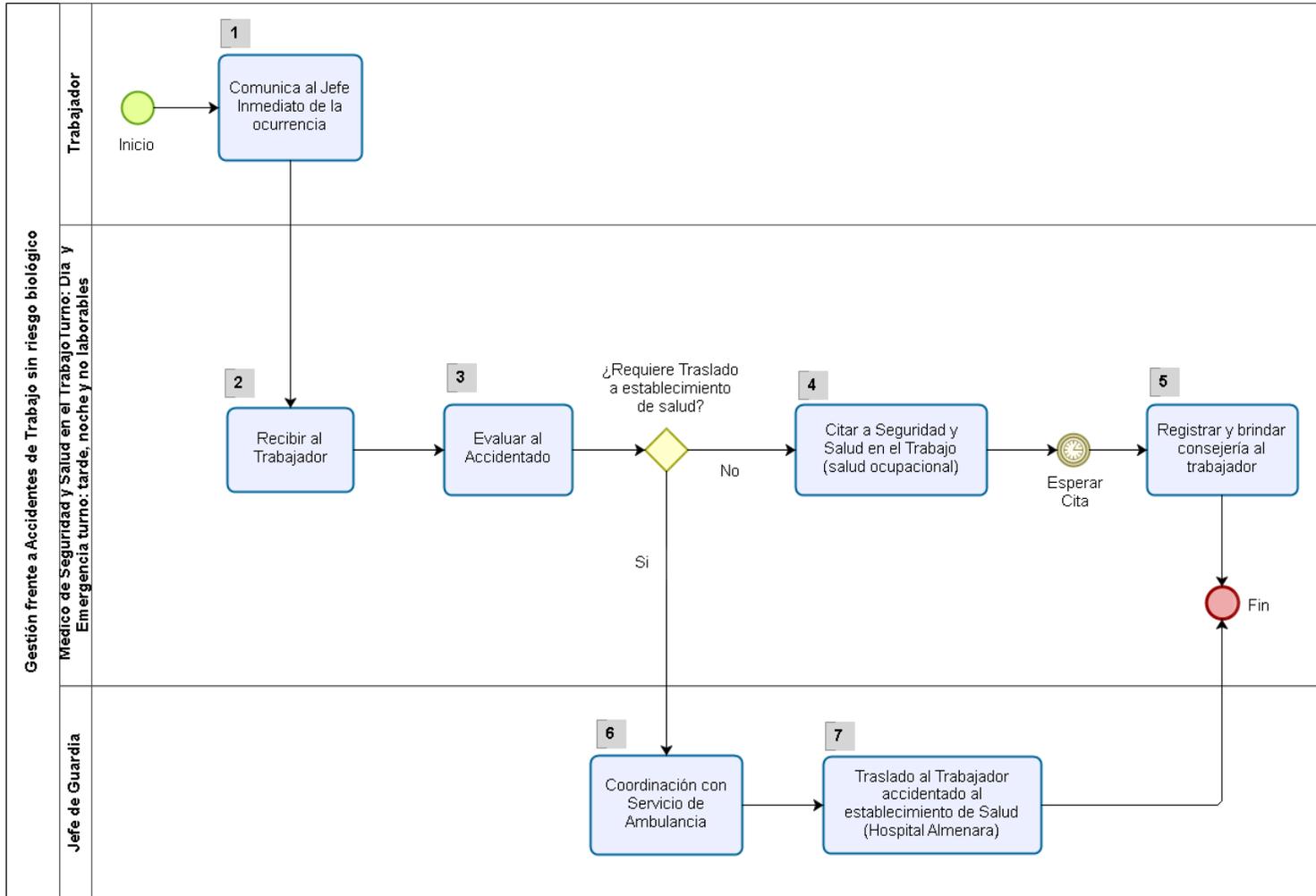


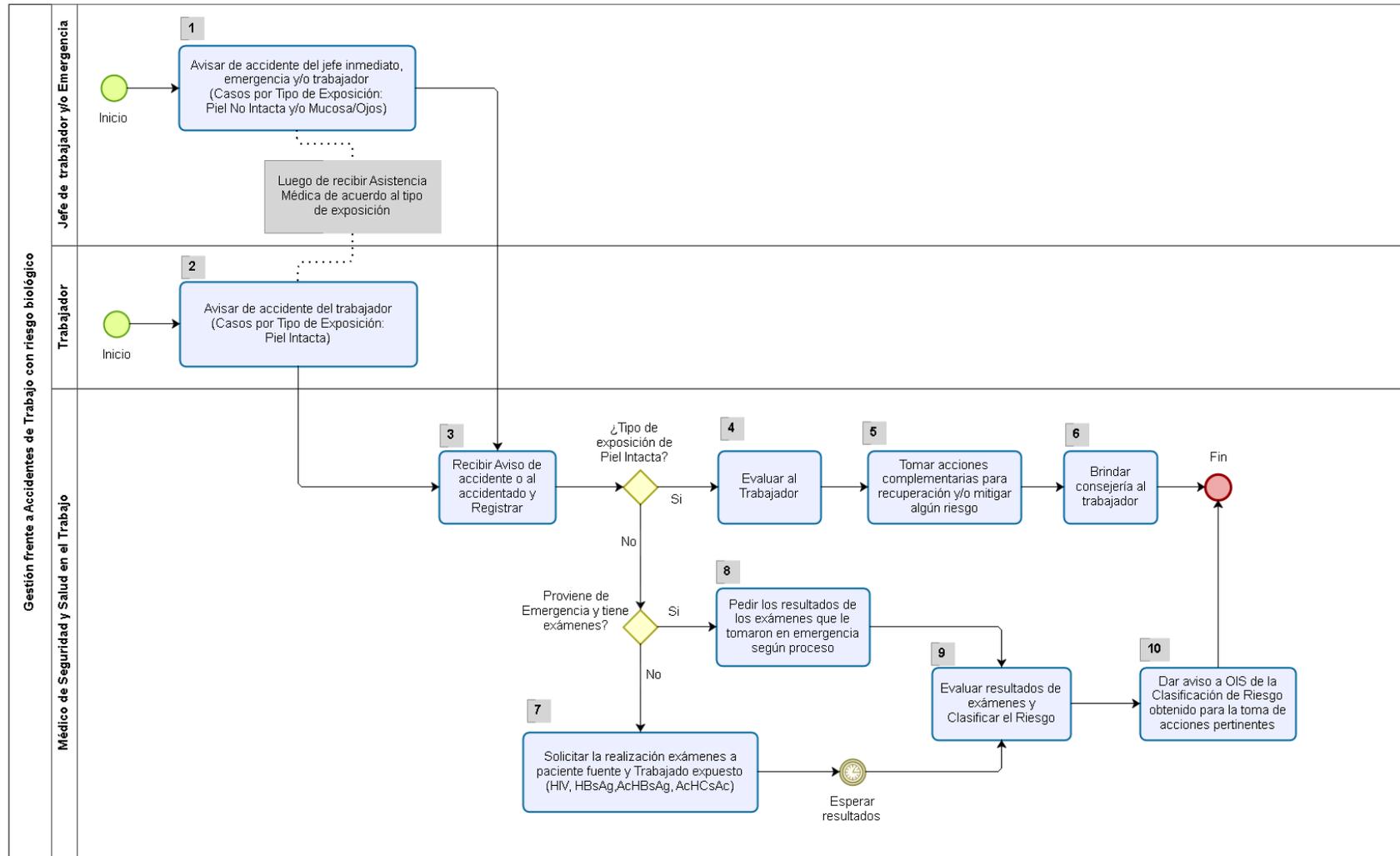


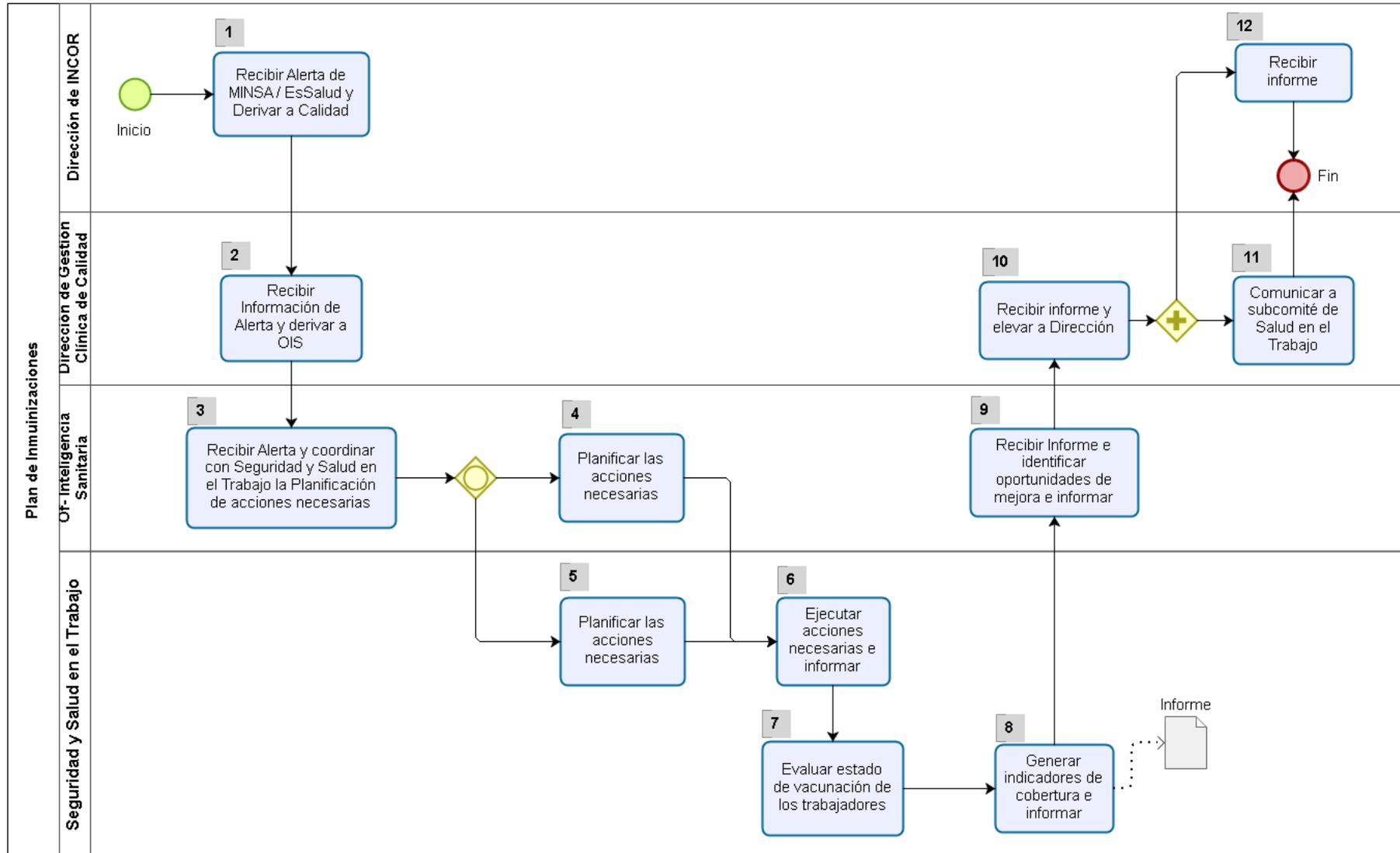


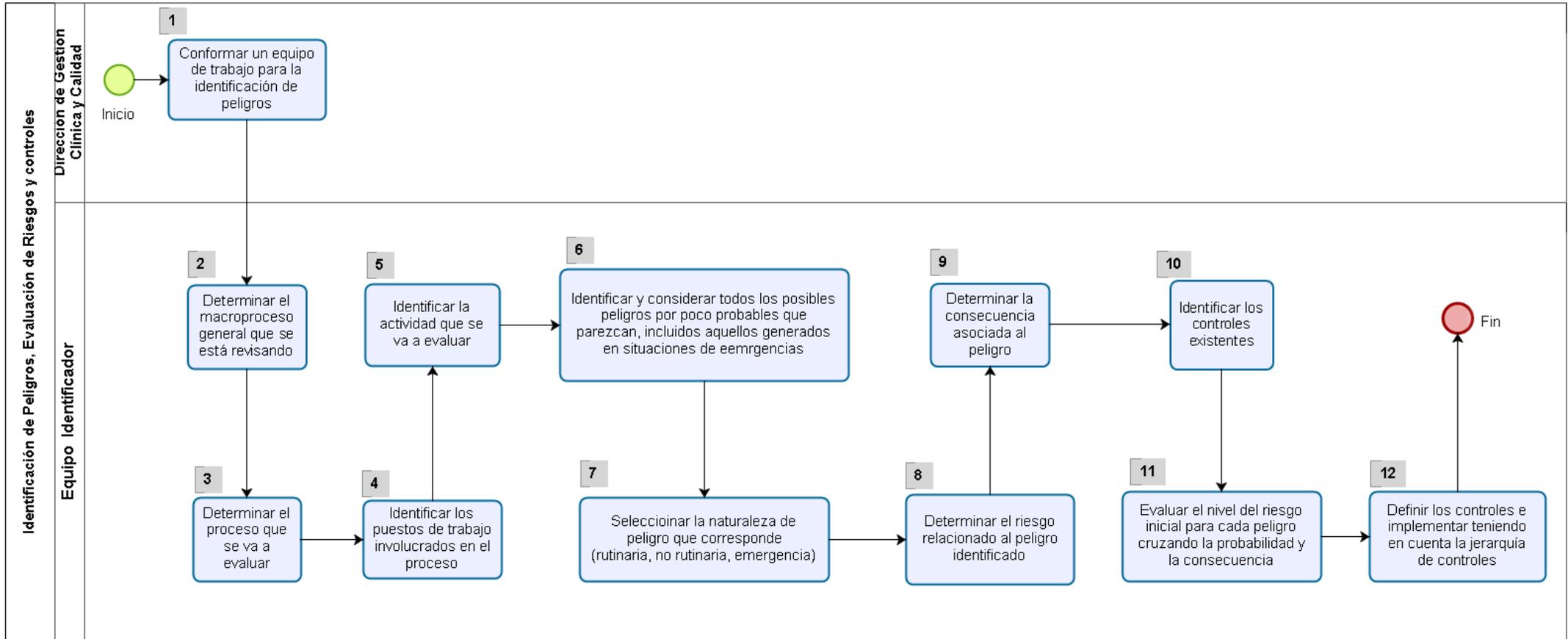


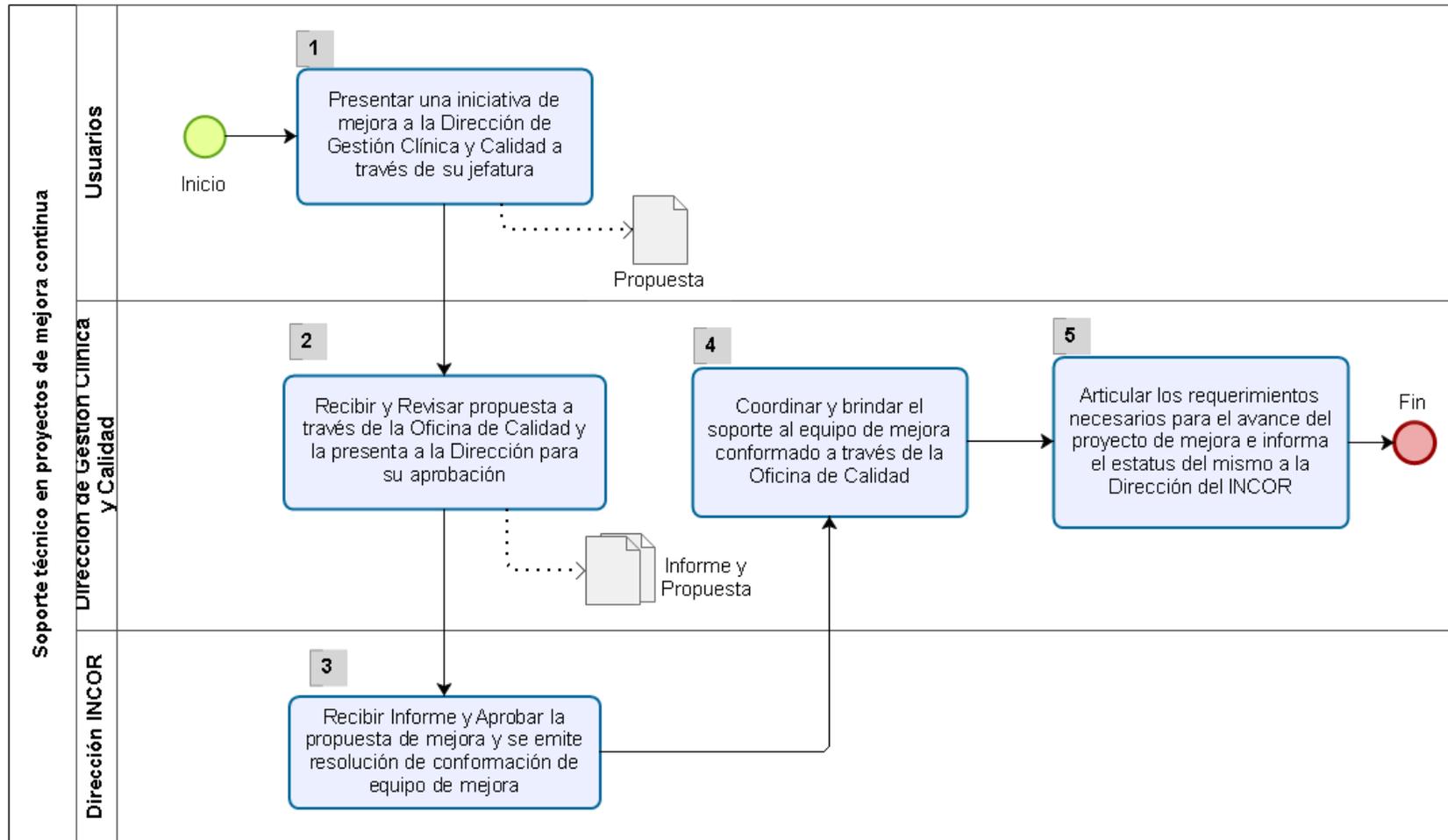


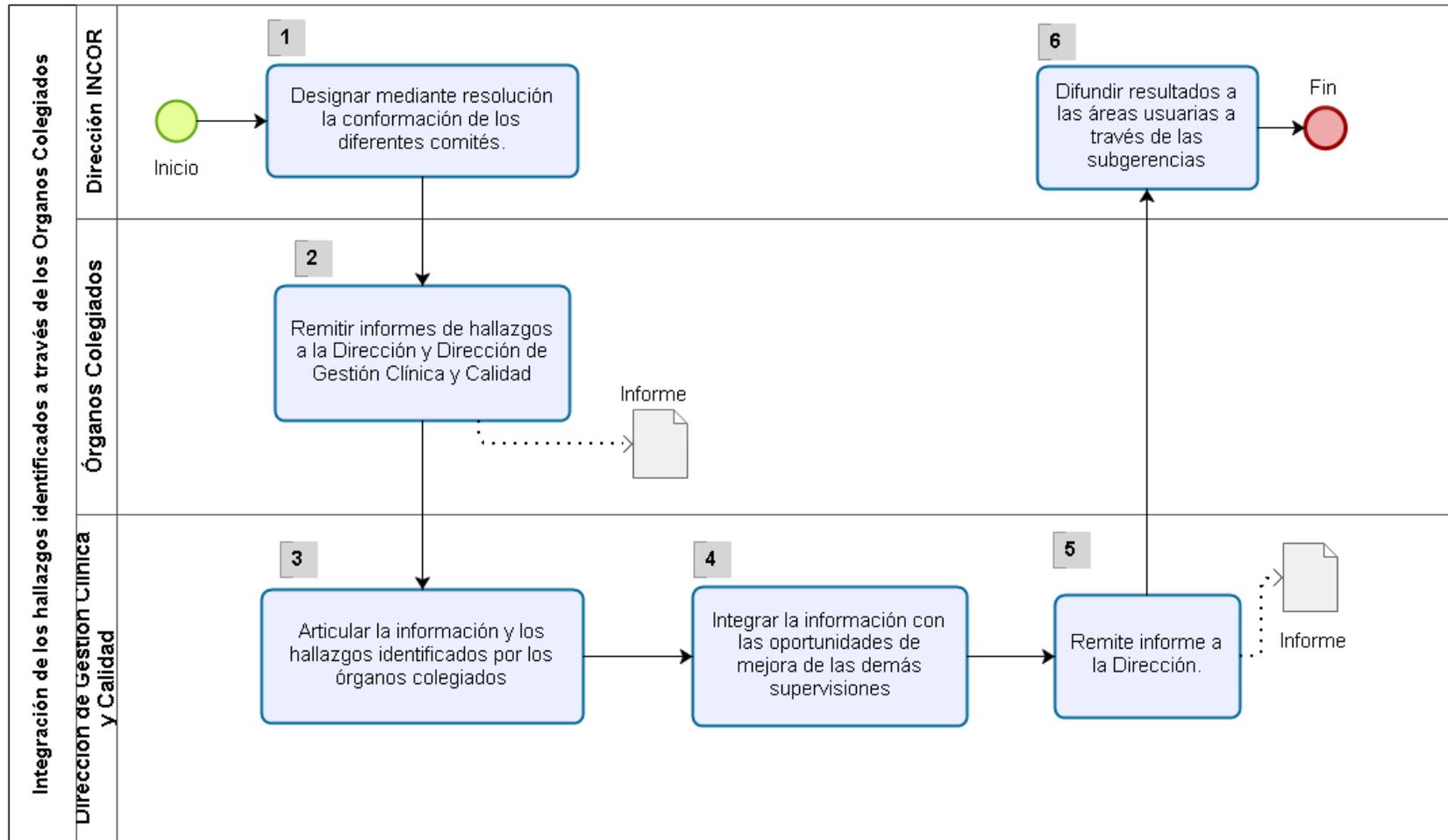


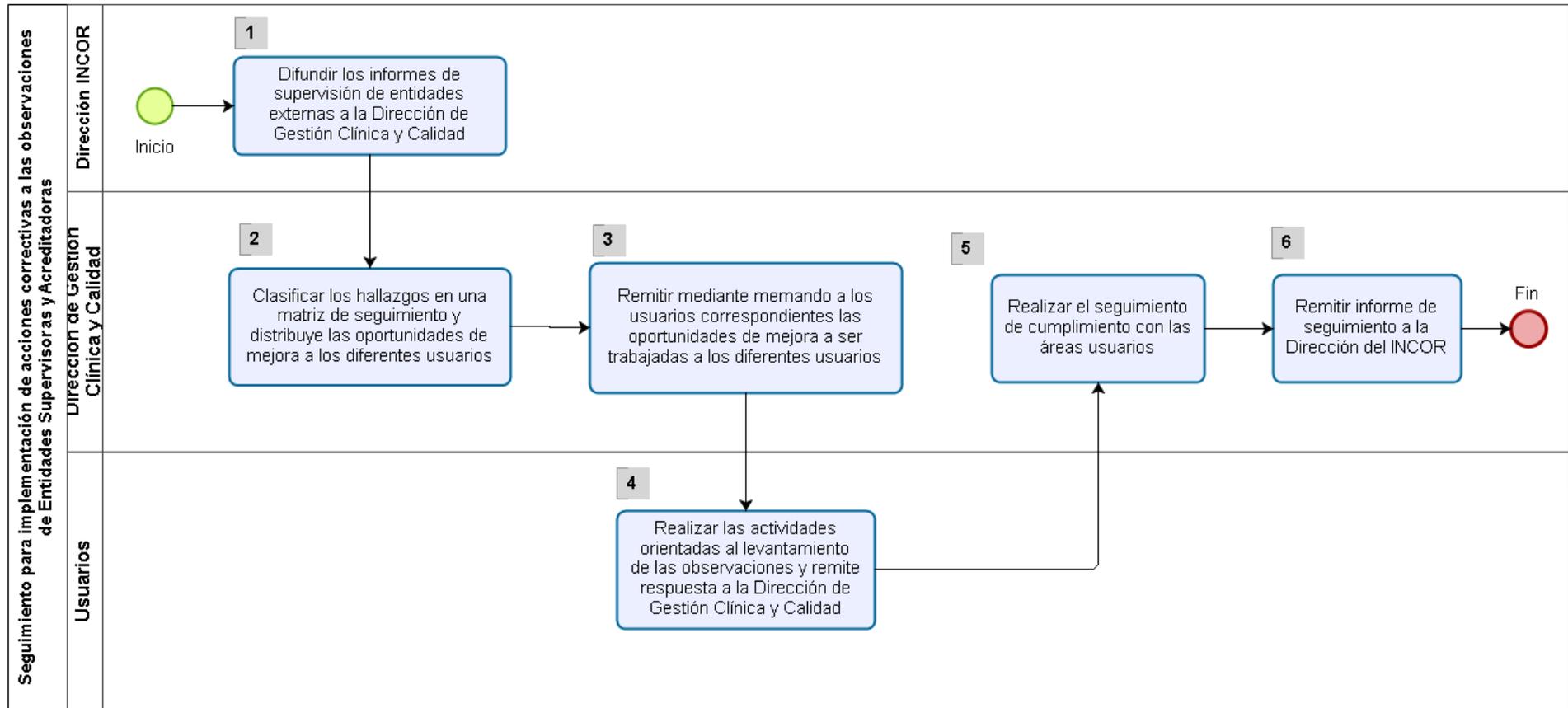












15. Matriz de Indicadores - último nivel

15.1. Matriz de Indicadores - último nivel: Planeamiento

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Formulación y aprobación de PGE
Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de formulación y aprobación
Descripción del Indicador	Mide el tiempo que demanda la elaboración de un PGE para un periodo determinado (Quinquenio)
Objetivo del Indicador	Asegura que el documento de gestión institucional sea desarrollado en el plazo determinado
Forma de Cálculo	$(\text{Total de días útiles para elaborar un PGE} / \text{Total de días programados para elaborar un PGE}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Solicitud de Petición del Plan de Gestión, Documento PGE aprobado (fecha de aprobación)
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico
Nombre Indicador	Porcentaje de avances de los planes de acción
Descripción del Indicador	Mide el nivel de avance de los planes de acción de acuerdo a los cronogramas establecidos
Objetivo del Indicador	Asegurar que los planes de acción sean realizados correctamente, según lo programado en el cronograma
Forma de Cálculo	$(\text{Planes de acción realizados} / \text{Total de planes de acción programados}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Plan de Gestión Estratégica, Planes de Acción
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración de POI
Nombre Indicador	Porcentaje del cumplimiento del POI
Descripción del Indicador	Establece el nivel de cumplimiento del POI en un periodo determinado
Objetivo del Indicador	Verificar que las metas establecidas en el POI sean cumplidas en su totalidad
Forma de Cálculo	$(\text{Total de metas realizadas} / \text{Total de metas programadas}) * 100\%$
Fuentes de Información	Iniciativas y Metas establecidas en el POI
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Modificación de POI
Nombre Indicador	Porcentaje de modificaciones requeridas en el POI
Descripción del Indicador	Mide la proporción de las modificaciones realizadas en relación a la modificaciones requeridas en un periodo determinado
Objetivo del Indicador	Realizar un control de los cambios en las actividades incorporadas en el POI modificado
Forma de Cálculo	$(\text{Total de Modificaciones incluidas en el POI} / \text{Total de Modificaciones requeridas en el POI}) * 100\%$
Fuentes de Información	Fichas de POI modificadas, Informe sustentatorio
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	menor a un 50%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Seguimiento del POI
Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas en las iniciativas de gestión
Descripción del Indicador	Mide la relación de las actividades realizadas entre las actividades programadas en un periodo determinado
Objetivo del Indicador	Conocer el cumplimiento de las metas e indicadores del POI; además, de la eficiencia y oportunidad en el desarrollo del procedimiento
Forma de Cálculo	$(\text{Total de actividades realizadas} / \text{Total de actividades programadas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes mensuales de seguimiento, Informes de evaluación trimestral del POI
Periodicidad de Medición	Trimestral
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

15.2. Matriz de Indicadores - último nivel: Diseño Organizacional

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración o actualización de MOP
Nombre Indicador	Nivel de cumplimiento de la elaboración del MOP
Descripción del Indicador	Establece el nivel de cumplimiento de la elaboración del MOP en un periodo determinado
Objetivo del Indicador	Asegurar que en el marco estratégico institucional considere, entre otros, las directivas para la formulación/actualización del MOP.
Forma de Cálculo	Total de MOP elaborado o actualizado
Fuentes de Información	Manual de Operaciones INCOR, informes, Portal Intranet EsSalud.
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planificación
Meta	Revisión una vez al año.

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos
Nombre Indicador	Nivel de cumplimiento de la elaboración del MPP
Descripción del Indicador	Establece el nivel de cumplimiento de la elaboración del MPP en un periodo determinado
Objetivo del Indicador	Asegurar que en el marco estratégico institucional considere, entre otros, las directivas para la formulación/actualización del MPP.
Forma de Cálculo	Total de MPP elaborado o actualizado
Fuentes de Información	Manual de Operaciones INCOR, informes, Portal Intranet EsSalud.
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planificación
Meta	Revisión una vez al año.

15.3. Matriz de Indicadores - último nivel: Gestión de la Información Estratégica

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
Nombre Indicador	Porcentaje de atención de las Necesidades de Bienes Estratégicos
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de necesidades de bienes estratégicos atendidos frente a los requeridos o identificados a priori
Objetivo del Indicador	Asegura que se ejecute la mayor cantidad de atenciones de las necesidades de bienes estratégicos
Forma de Cálculo	$(\text{Número de Necesidades de B.E. Atendidas} / \text{Total de Necesidades de B.E. identificadas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Solicitud del CEABE y Fecha de aprobación con resolución del informe de Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
Nombre Indicador	Porcentaje de Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
Descripción del Indicador	Mide el nivel de avance de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos
Objetivo del Indicador	Asegurar que la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos se realice en los plazos y con los requerimientos previstos
Forma de Cálculo	$(\text{Avance real de la Ejecución de la Estimación de B.E.} / \text{Avance esperado de la Ejecución de la Estimación de B.E.}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes de Avance de la elaboración y ejecución de estimación de necesidades de B.E.
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Evaluación, Formulación y Registro de las Necesidades de Inversión
Nombre Indicador	Porcentaje de atención de las Necesidades de Inversión
Descripción del Indicador	Mide la proporción de las necesidades de inversión inscritas en relación al total de necesidades de inversión identificadas durante el periodo.
Objetivo del Indicador	Asegurar que las necesidades de inversión se encuentren inscritas en el Registro de Necesidades de Inversión (RNI)
Forma de Cálculo	$(\text{Número de Necesidades de inversión inscritas} / \text{Total de necesidades de inversión identificadas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Consolidado de Necesidades de inversión, Registro Nacional de Inversiones (RNI)
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	90%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Elaboración de cuadro de metas
Nombre Indicador	Porcentaje de Avance en la elaboración del cuadro de metas
Descripción del Indicador	Mide el avance real sobre el esperado en la elaboración del cuadro de metas
Objetivo del Indicador	Medir el avance en la elaboración del cuadro de metas
Forma de Cálculo	$(\text{Avance real para tener listo el cuadro de metas} / \text{Avance esperado para tener listo el cuadro de metas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes de Servicios Asistenciales
Periodicidad de Medición	Anual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos
Nombre Indicador	Porcentaje de Quejas atendidas
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de quejas atendidas
Objetivo del Indicador	Medir la cantidad de quejas gestionadas
Forma de Cálculo	(Cantidad de quejas gestionadas o solucionadas / cantidad de quejas recibidas en total) x 100%
Fuentes de Información	Formatos de quejas e informes
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	90%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Seguimiento de Riesgos No Asistenciales
Nombre Indicador	Porcentaje de avance de acciones
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de avance de acciones tomadas frente a riesgos no asistenciales respecto a un cronograma
Objetivo del Indicador	Medir el porcentaje de avance de acciones tomadas frente a riesgos no asistenciales
Forma de Cálculo	(Avance real de acciones a tomar frente a riesgos no asistenciales / Avance estimado en cronograma de acciones a tomar frente a riesgos no asistenciales) x 100%
Fuentes de Información	informes, registros de riesgos, matriz de riesgos, Plan de Gestión de Riesgos
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	Jefe de la Oficina de Planeamiento
Meta	90%

15.4. Matriz de Indicadores - último nivel: Gestión de la Calidad

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos
Nombre Indicador	Porcentaje de incidentes o eventos adversos gestionados
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de incidentes o eventos adversos gestionados vs la cantidad de eventos recibidos en notificación en un periodo de tiempo
Objetivo del Indicador	Gestionar o atender todos los incidentes o eventos adversos posibles
Forma de Cálculo	$(\text{Número de incidentes o eventos adversos gestionados} / \text{Número Total de incidentes o eventos adversos recibidos en notificación}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Ficha de Notificación
Periodicidad de Medición	Mensual
Responsable de Medición	DGCyC
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Monitoreo de cumplimiento de los planes de sistemas críticos
Nombre Indicador	Porcentaje de cumplimiento de los planes de sistemas críticos
Descripción del Indicador	Mide el cumplimiento de los planes de sistemas críticos en un periodo de tiempo
Objetivo del Indicador	Monitorear la Gestión de medicamentos, Seguridad en las instalaciones, Cualificación y Educación del Personal y Prevención y Control de Infecciones
Forma de Cálculo	$(\text{Avance Real del cumplimiento de los planes de sistemas críticos} / \text{Avance total estimado del cumplimiento de los planes de sistemas críticos}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informe de cumplimiento de los planes
Periodicidad de Medición	Semestral
Responsable de Medición	DGCyC
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Plan de Inmunizaciones
Nombre Indicador	Cobertura de inmunización
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de inmunizaciones por total de personas a las que se planifica inmunizar
Objetivo del Indicador	Conocer el avance del plan de inmunización por su cobertura en un periodo de tiempo específico
Forma de Cálculo	$(\text{Número de personas inmunizadas} / \text{número total de personas a las que se planea inmunizar}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes de avance
Periodicidad de Medición	dependerá del Plan (diario, semanal, mensual)
Responsable de Medición	Seguridad y Salud en el Trabajo / OIS / DGCyC
Meta	100%

FICHA INDICADORES	
Nombre del Proceso	Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras
Nombre Indicador	Porcentaje de observaciones levantadas
Descripción del Indicador	Mide la cantidad de observaciones levantadas
Objetivo del Indicador	Conocer el avance del levantamiento de observaciones en un periodo de tiempo específico
Forma de Cálculo	$(\text{Número de observaciones levantadas} / \text{número total de observaciones recibidas}) \times 100\%$
Fuentes de Información	Informes de observaciones
Periodicidad de Medición	dependerá del Plan (semanal, mensual)
Responsable de Medición	Gestión de Mejora Continua / DGCyC
Meta	100%

16. Matriz de Riesgos – último nivel

16.1. Matriz de Riesgos – último nivel: Planeamiento

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Planeamiento			
		Proceso (Nivel 1)	Plan de Gestión Estratégica PGE			
		Procedimiento	Formulación y aprobación de PGE			
		Actividad	Aprobar PGE Y disponer su publicación			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Elaborar un documento de gestión institucional para determinar la dirección estratégica que debe tener la institución a fin de conseguir sus objetivos de mediano y largo plazo.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la aprobación				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Diferentes enfoques para el marco estratégico			
		Causa N° 2	Demora de definición de metas e indicadores			
		Causa N° 3	Valorización de acciones estratégicas no cuentan con respaldo presupuestal			
		Causa N° 4	Falta de sistema que acompañe las acciones del planeamiento (etapa de formulación y seguimiento)			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	<p>The diagram is a fishbone (Ishikawa) diagram. The main arrow points to the right towards a box labeled 'Demora en la aprobación'. Four boxes point to this main arrow: 'Diferentes enfoques para el marco estratégico' (top left), 'Demora de definición de metas e indicadores' (top right), 'Valorización de acciones estratégicas no cuentan con respaldo presupuestal' (bottom left), and 'Falta de sistema que acompañe las acciones del planeamiento (etapa de formulación y seguimiento)' (bottom right). The top two boxes are labeled 'Estratégico' and the bottom two are labeled 'Tecnológico'.</p>			
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Moderada			Moderado			
0.50			0.20			
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100		Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Retraso en la aprobación			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la disponibilidad de información oportuna (mediante una Plataforma Colaborativa de información) para la toma de decisiones y ejecutar un adecuado planeamiento. - Fomentar que se implemente un sistema informático que articule el planeamiento – inversiones y presupuesto - Fomentar que se articule los procesos de la institución con el diseño organizacional a fin de garantizar el logro de los objetivos estratégicos - Involucrar a los diferentes servicios asistenciales en la formulación de las metas e indicadores del PEI 				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Planeamiento				
		Proceso (Nivel 1)	Plan de Gestión Estratégica PGE				
		Procedimiento	Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Estratégico				
		Actividad	15. Realizar informe de seguimiento de los planes de acción				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Comprobar que los planes de acción cumplan con los objetivos propuestos en el PEG				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la emisión del informe de seguimiento					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se incorpore acciones o indicadores relacionados a EsSalud				
		Causa N° 2	Carga laboral				
		Causa N° 3	Remisión de información incompleta				
		Causa N° 4	Información propuesta no se encuentra vinculada al marco estratégico				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70	0.70	Alto	0.40	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
	Alta		0.70	Alto	0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.280	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora de emisión de los informes de seguimiento a los Planes de acción				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Impulsar que se lleve a cabo un inventario de Planes aprobados, una vez realizada la emisión de opinión técnica favorable					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Planeamiento			
		proceso (Nivel 1)	Elaboración y monitoreo del plan operativo institucional			
		Procedimiento	Elaboración de POI			
		Actividad	Elaboración de metas de producción y Elaboración de Iniciativas de Gestiones			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Contar con un documento que refleje las actividades que realizarán las Unidades Orgánicas de INCOR para el siguiente periodo fiscal (Dicho documento se elabora un año antes del año fiscal establecido en el mismo documento)			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Inadecuada programación de actividades				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Demora en la elaboración y priorización de las metas, indicadores y actividades			
		Causa N° 2	Falta de un sistema informático que articule la planificación – inversiones y presupuesto			
		Causa N° 3	No disponibilidad oportuna de información para la toma de decisiones			
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70	0.70	Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Alta		0.70	Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.280	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Que los resultados de evaluación reporten porcentajes muy bajo o muy por encima de las metas elaboradas, programadas y aprobadas.			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Impulsar que se implemente un sistema informático que articule el planeamiento- inversiones y presupuesto. Solicitar acceso a información de sistemas informáticos institucionales Asegurar que el planeamiento se articule con el presupuesto				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Planeamiento				
		proceso (Nivel 1)	Elaboración y monitoreo del plan operativo institucional				
		Procedimiento	Modificación de POI				
		Actividad	Evaluar solicitud de modificación del POI				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Ajustar el POI según requerimientos de las Unidades Orgánicas				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Normativo, Tecnológico, Presupuestal y Estratégico					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Débil programación del planeamiento operativo					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Limitaciones presupuestales para la ejecución de lo planificado				
		Causa N° 2	Falta de sistema informático que articule el planeamiento – inversiones y presupuesto				
		Causa N° 3	Asumir compromisos que no se encontraban previamente aprobados				
		Causa N° 4	Dependencia con el marco presupuestal y normativa establecida por FONAFE				
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70	0.70	Alto	0.40	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.280		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora en la aprobación de los proyectos de POI modificado presentados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Realizar una consideración de actualización trimestral, acorde a los resultados de evaluación del POI aprobado Fomentar que se implemente un sistema informático que articule la planificación, inversiones y presupuesto Fomentar que se mejore la metodología para la modificación de los planes					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Planeamiento			
		proceso (Nivel 1)	Elaboración y monitoreo del plan operativo institucional			
		Procedimiento	Seguimiento del POI			
		Actividad	Evaluar avance de cumplimiento de actividades			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Comprobar que se cumplan con los objetivos propuesto en el POI			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en el informe de evaluación de avance de actividades programadas				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Falta de sistema informático para el registro, monitoreo y control de información en el POI, que ayude a la verificación			
		Causa N° 2	Demora en la remisión de información solicitada			
		Causa N° 3	Inconsistencia o limitaciones de información reportada por las dependencias			
		Causa N° 4	Proceso de evaluación es manual			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto	<p>El diagrama muestra un efecto principal: 'Demora en el informe de evaluación de avance de actividades programadas'. Las causas operativas incluyen: 'Demora en la remisión de información solicitada' y 'Inconsistencia o limitaciones de información reportada por las dependencias'. Las causas tecnológicas incluyen: 'Falta de sistema informático para el registro, monitoreo y control de información en el POI, que ayude a la verificación' y 'Proceso de evaluación es manual'.</p>			
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70	0.70	Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.8
	Alta	0.70		Muy alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.560	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Resultados de la evaluación no son oportunas Notificaciones por parte de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto			
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Establecer mecanismos de verificación para el cumplimiento de las actividades e iniciativas que gestión establecidas en el POI Acceso a sistemas de información institucionales Mantener una coordinación continua con los órganos Impulsar el desarrollo de un Sistema para el seguimiento de los Planes, que se encuentre articulado a la ejecución presupuestal Realizar seguimiento de su publicación en el Portal de Transparencia e Institucional			

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

16.2. Matriz de Riesgos – último nivel: Diseño Organizacional

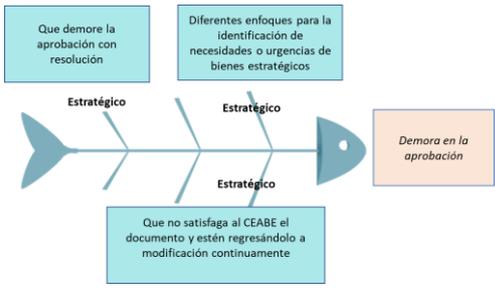
FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	DISEÑO ORGANIZACIONAL			
		Procedimiento	Elaboración o actualización de MOP			
		Actividad	Formulación			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	En un momento determinado la Dirección de INCOR solicita a las jefaturas de las Unidades Orgánicas, la relación de funciones que realizan, y con esa información la Oficina de Planeamiento procede a elaborar el proyecto de MOP del Instituto o la actualización del mismo.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la formulación/actualización del documento.				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Inasistencia del personal para las reuniones programadas.			
		Causa N° 2	Falta de capacitación / desconocimiento de la norma, directivas, otros			
		Causa N° 3	Diferentes enfoques para formulación.			
		Causa N° 4	Remisión de información incompleta, demoras en subsanación.			
		Causa N° 5	Demora en la definición de metas e indicadores.			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.200		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Retraso en la aprobación / Comunicaciones con la Dirección.				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar la disponibilidad de información oportuna (mediante una plataforma y/o formatos) para la toma de decisiones y ejecutar un adecuado planeamiento del desarrollo del documento. - Fomentar la cultura organizacional entre los participantes del Comité, a fin de cumplir con los tiempos y objetivos trazados.				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	DISEÑO ORGANIZACIONAL			
		Procedimiento	Elaboración o actualización de Manual de Procesos y Procedimientos			
		Actividad	Formulación			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	En un momento determinado la Dirección de INCOR solicita a los responsables de los procesos, la descripción del mismo de acuerdo a la normatividad vigente, y con esa información la Oficina de Planeamiento procede a elaborar el proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos del Instituto o la actualización del mismo.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1 TIPO DE RIESGO		Operativo				
3.2 CODIFICACIÓN						
3.3 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Demora en la formulación/actualización del documento.				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Inasistencia del personal para las reuniones programadas.			
		Causa N° 2	Falta de capacitación / desconocimiento de la norma, directivas, otros			
		Causa N° 3	Diferentes enfoques para formulación.			
		Causa N° 4	Remisión de información incompleta, demoras en subsanación.			
		Causa N° 5	Demora en la definición de metas e indicadores.			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1						
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
Análisis Cualitativo		Análisis Cuantitativo	Análisis Cualitativo		Análisis Cuantitativo	
Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
Baja	0.30		Bajo	0.10		
Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20		
Alta	0.70		Alto	0.40		0.40
Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
Moderada		0.50	Alto			0.40
4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto		0.200	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Retraso en la aprobación / Comunicaciones con la Dirección.				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar la disponibilidad de información oportuna (mediante una plataforma y/o formatos) para la toma de decisiones y ejecutar un adecuado planeamiento del desarrollo del documento. - Fomentar la cultura organizacional entre los participantes del Comité, a fin de cumplir con los tiempos y objetivos trazados.				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

16.3. Matriz de Riesgos – último nivel: Gestión de la Información Estratégica

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Elaboración de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos			
		Actividad	Estimar las necesidades de bienes estratégicos a ser atendidas en el mayor porcentaje posible			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Elaborar un documento con la Estimación de todas las necesidades de bienes estratégicos que debe tener la institución			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1 TIPO DE RIESGO		Riesgo Estratégico, Tecnológico				
3.2 CODIFICACIÓN						
3.3 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Demora en la aprobación				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Diferentes enfoques para la identificación de necesidades o urgencias de bienes estratégicos			
		Causa N° 2	Que no satisfaga al CEABE el documento y estén regresándolo a modificación continuamente			
		Causa N° 3	Que demore la aprobación con resolución			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4 VALORACIÓN DEL RIESGO						
PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
4.1	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30	0.5	Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	0.2
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Moderada		0.50		Moderado		0.20
4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100		Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1 ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
	5.2 RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3 CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4 ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Retraso en la aprobación				
5.5 RESPUESTA AL RIESGO	- Fomentar la disponibilidad de información oportuna (mediante una Plataforma Colaborativa de información) para la toma de decisiones y ejecutar un adecuado planeamiento. - Realizar una elaboración de necesidades de bienes estratégicos a cabalidad, tomándose el tiempo oportuno y el análisis adecuado para que todos los bienes estratégicos identificados se sustenten y queden en el informe final que recibirá la aprobación					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Evaluación de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos			
		Actividad	Evaluar el Avance de la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Evalúa la Ejecución de la Estimación de Necesidades de Bienes Estratégicos			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en la ejecución				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal sin la suficiente expertis para la identificación de necesidades de B.E.			
		Causa N° 2	Carga laboral			
		Causa N° 3	Información de insumo incompleta			
		Causa N° 4	Propuesta realizada no se encuentra vinculada al marco estratégico			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora en la ejecución			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	- Impulsar que se realice esta actividad con mas horas y/o recurso humano para conseguir el objetivo en el tiempo previsto				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Evaluación, Formulación y Registro de las Necesidades de Inversión			
		Actividad	Evaluar y consolidar necesidades de Inversión (FINI)			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Consolidar los requerimientos viables de inversión de las Unidades Orgánicas y generar su inscripción en el Registro de Nacional de Inversiones			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Estratégico, Tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Mala identificación y/o tipificación de la necesidad de inversión				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Falta de información o cruce de información			
		Causa N° 2	Direccionamiento por parte del órgano proponente en relación al tipo de necesidad de inversión			
		Causa N° 3	Inadecuada identificación de la necesidad de inversión			
		Causa N° 4	Débil justificación de la necesidad llenada en la FINI			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Moderado		0.20
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Retraso en la respuesta de evaluación de la FINI Reportes de evaluación				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Fomentar la disponibilidad de información oportuna y actualizada (mediante una Plataforma Colaborativa de información) para la toma de decisiones y ejecutar una adecuada evaluación. Disponer sin restricciones a fuentes de información institucionales Fomentar mayor capacitación al personal que elaborar las FINI.				

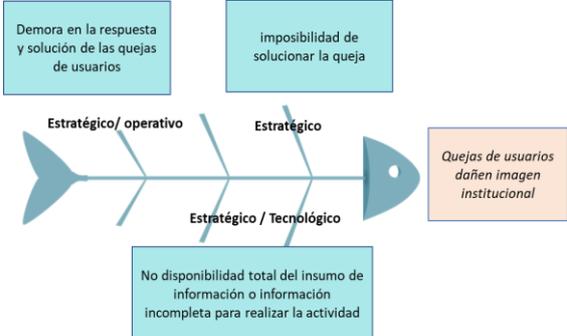
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Elaboración y actualización de especificaciones técnicas de bienes estratégicos EETT			
		Actividad	Elaboración, modificación, eliminación, incremento y actualización de EETT de B.E.			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Contar con EETT completas y actualizadas sobre B.E.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Inadecuada programación de actividades				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Demora en la elaboración y actualización de EETT de B.E.			
		Causa N° 2	Falta de Activos de la organización, llámese versiones anteriores			
		Causa N° 3	No disponibilidad total del insumo de información o información incompleta para realizar la actividad			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	0.20
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Moderada		0.50	Moderado		0.20
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.100	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora en la elaboración o actualización de las EETT				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Apoyar con Recurso humano y tiempos (aminorar otra carga laboral) para el cumplimiento de este procedimiento Tener un repositorio de versiones anteriores de elaboración de EETT de B.E. para conservarlos como activos de la organización				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Elaboración de cuadro de metas			
		Actividad	Elaborar el cuadro de metas			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Tener el cuadro de metas como insumo para la generación del POI			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo y Estratégico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Retraso en la elaboración del cuadro de metas				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Demora en la elaboración del cuadro de metas			
		Causa N° 2	Falta de expertís del recurso humano para identificar metas en los Servicios Asistenciales			
		Causa N° 3	No disponibilidad total del insumo de información o información incompleta para realizar la actividad			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Baja		0.30	Alto		0.40
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora en la elaboración del cuadro de metas				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Apoyar a los servicios asistenciales en la elaboración de las metas de sus áreas, con soporte técnico por parte del área de planeamiento				

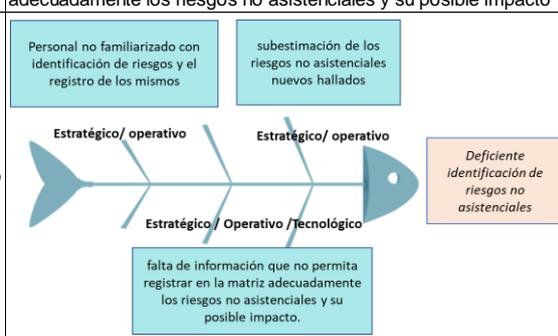
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Gestión de las Quejas de Usuario de Materiales Estratégicos			
		Actividad	Gestionar las quejas de usuarios y viabilizar su solución			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Tener el control y manejo de las quejas que llegan de usuarios al INCOR			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo y Estratégico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Quejas de usuarios dañen imagen institucional				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Demora en la respuesta y solución de las quejas de usuarios			
		Causa N° 2	imposibilidad de solucionar la queja			
		Causa N° 3	No disponibilidad total del insumo de información o información incompleta para realizar la actividad			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50	Muy alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.400	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incremento de quejas no atendidas y solucionadas				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Apoyar con recurso humano capacitado para la atención de quejas de usuarios Gestión oportuna de quejas de usuarios sin pérdida de tiempo				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Generar la información estadística			
		Actividad	Identificar y generar informes estadísticos			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Obtener y generar la información estadística oportuna para apoyar la toma de decisiones de la Alta Dirección			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo y Estratégico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Información estadística insuficiente				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal no familiarizado con la generación de información relevante y/o generación de conocimiento.			
		Causa N° 2	No registro de información estadística para preparar informe			
		Causa N° 3	Sesgo al elaborar informes estadísticos			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50	Muy alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.400	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X		Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Insuficiente información estadística en los informes				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Apoyar con recurso humano con capacitación para la atención oportuna y eficiente de esta actividad Facilitar la información completa para la realización de esta actividad				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Identificación de Riesgos No Asistenciales			
		Actividad	Identificar los Riesgos No Asistenciales y evaluar su relevancia y acciones a tomar frente al mismo			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Actualizar el registro de riesgos no asistenciales y la matriz de riesgos no asistenciales para permitir un adecuado seguimiento y toma de acciones según el caso			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo y Estratégico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Deficiente identificación de riesgos no asistenciales				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal no familiarizado con identificación de riesgos y el registro de los mismos			
		Causa N° 2	subestimación de los riesgos no asistenciales nuevos hallados.			
		Causa N° 3	falta de información que no permita registrar en la matriz adecuadamente los riesgos no asistenciales y su posible impacto			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50	Muy alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.400		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Registro insuficiente de riesgos no asistenciales o riesgos no identificados y registrados				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Capacitar al recurso humano para una la realización de una eficiente actividad Facilitar la información completa y suficiente para la realización de esta actividad				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión de la Información Estratégica			
		Procedimiento	Seguimiento de Riesgos No Asistenciales			
		Actividad	Monitorear los Riesgos No Asistenciales y evaluar su relevancia y acciones a tomar frente al mismo			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Monitorear y actualizar el plan de gestión de riesgos no asistenciales, registro de riesgos no asistenciales y la matriz de riesgos no asistenciales			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo y Estratégico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Demora en el seguimiento y avance de acciones frente de riesgos no asistenciales				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal no familiarizado con monitoreo y/o seguimiento de riesgos y el registro de los mismos			
		Causa N° 2	subestimación de los riesgos no asistenciales nuevos hallados en la actualización del Plan de gestión de Riesgos No Asistenciales			
		Causa N° 3	falta de información que no permita registrar en la matriz adecuadamente los riesgos no asistenciales y su posible impacto			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada	0.50		Muy alto	0.80	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.400		Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo		X	Evitar Riesgo	
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo	
5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Demora en el seguimiento y avance de acciones frente de riesgos no asistenciales				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Capacitar al recurso humano para una la realización de una eficiente actividad Facilitar la información completa y suficiente para la realización de esta actividad				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

16.4. Matriz de Riesgos – último nivel: Gestión de la Calidad

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente				
		Procedimiento	Monitoreo del cumplimiento de los objetivos internacionales de Seguridad del Paciente				
		Actividad	Monitorear el cumplimiento de los objetivos de seguridad, e informar acciones correctivas y oportunidades de mejora encontradas				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Seguir todos los protocolos de seguridad del paciente del plan integral de calidad y seguridad del paciente, a fin de evitar cualquier evento adverso o riesgo en el paciente				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	monitoreo deficiente					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuente con la cantidad de personal necesario y ad-hoc para el cumplimiento de esta actividad				
		Causa N° 2	El personal no este familiarizado completamente con el Plan integral de calidad y seguridad del paciente				
		Causa N° 3	Problemática encontrada no detallada en el Plan integral de calidad y seguridad del paciente				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80	
	Baja		0.30	Muy alto		0.80	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.240	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo Aceptar Riesgo	X	Evitar Riesgo Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Monitoreo identifica problemática no resuelta				
	5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Personal capacitado en el Plan integral de calidad y seguridad del paciente Difusión y concientización del personal para tener presente el 100% del tiempo seguir los protocolos del Plan integral de calidad y seguridad del paciente Actualizar el Plan ntegral de calidad y seguridad del paciente con los hallazgos y oportunidades de mejora recibidos en los informes				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente			
		Procedimiento	Notificación y gestión de incidentes y eventos adversos			
		Actividad	Gestionar o atender todos los eventos e incidentes posibles			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Notificar, clasificar y gestionar todos los eventos e incidentes que se reciban			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	La no atención o gestión de todos los incidentes o eventos adversos recibidos				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuenta con la cantidad de personal necesario y ad-hoc para el cumplimiento de esta actividad			
		Causa N° 2	El personal no este capacitado para la gestión de esta actividad			
		Causa N° 3	Problemática encontrada inusual que implique un mayor tiempo, recursos e información para una buena gestión, provocando retrasos u otro riesgo asociado			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.30	Muy bajo	0.05	0.80
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Baja		0.30		Muy alto	0.80	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.240	Prioridad del Riesgo	Alta Prioridad		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Reclamos por No gestión de incidentes o eventos adversos recibidos			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con personal ad-hoc para la realización de la actividad Capacitar al personal para que pueda realizar un buena gestión de esta actividad Tener protocolos de escalamientos de problemática encontrada del que no se tenga parametros claros para la solución.				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente				
		Procedimiento	Monitoreo de cumplimiento de los planes de sistemas críticos: - Gestión de Medicamentos - Seguridad de las Instalaciones - Cualificación y Educación del personal - Prevención y Control de Infecciones				
		Actividad	Realizar el monitoreo de la Gestión de medicamentos, Seguridad en las instalaciones, Cualificación y Educación del Personal y Prevención y Control de Infecciones				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Monitorear la Gestión de medicamentos, Seguridad en las instalaciones, Cualificación y Educación del Personal y Prevención y Control de Infecciones				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Que no se de el cumplimiento para el periodo de tiempo pre-establecido					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No se cuente con personal asignado específico para esta actividad				
		Causa N° 2	Falta de capacitación del personal para la realización de la actividad				
		Causa N° 3	No se cuente con toda la información para realizar la actividad				
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
	Baja	0.30		Alto	0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Que no se de el cumplimiento para el periodo de tiempo pre-establecido				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con personal ad-hoc para la realización de la actividad Capacitar al personal para que pueda realizar un buena gestión de esta actividad					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA AL RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Seguimiento y Monitoreo del Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente			
		Procedimiento	Seguimiento y Control de Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados			
		Actividad	Realizar el Seguimiento y Control de los Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados según los cronogramas de inspección			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realiza el Seguimiento y Control de los Planes de Gestión de Riesgos asistenciales Identificados según los cronogramas de inspección: Ronda de Seguridad, Trazado de paciente/proceso o Recorrido de Infraestructura			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico, Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Espacios de tiempo prolongados sin inspecciones				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Labor paralela a carga laboral podría no permitir el coincidir en tiempos con un equipo multidisciplinario			
		Causa N° 2	Falta de conocimiento de los cronogramas de inspección y sus actividades			
		Causa N° 3	No se cuenta con toda la información actualizada para realizar la actividad			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.30	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
Baja		Alto		0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Espacios de tiempo prolongados sin inspecciones			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con personal ad-hoc para la realización de la actividad Capacitar al personal para que pueda realizar un buena gestión de esta actividad Tener toda la información y cronogramas previo a iniciar la ronda o inspección				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Inteligencia Sanitaria			
		Procedimiento	Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel			
		Actividad	Realizar el monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realiza el Monitoreo del Proceso de Esterilización y Desinfección de Alto y Bajo Nivel, evaluando primero los test de bioluminiscencia y elaborando el informe de conformidad, recomendaciones y posterior a la implementación de correcciones, el informe de resultados			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1 TIPO DE RIESGO		Riesgo Operativo				
3.2 CODIFICACIÓN						
3.3 DESCRIPCIÓN DEL RIESGO		Incremento en número de test de bioluminiscencia con error				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	El personal que elabora los test de bioluminiscencia no este aplicando los test correctamente			
		Causa N° 2	Falta de conocimiento o capacitación para verificar o inspeccionar los test de bioluminiscencia			
		Causa N° 3	No esten completos los test de biluminiscencia no pudiendose desarrollar la actividad completa por falta de información			
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto			
4 VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	
	Baja		0.30	Alto		0.40
4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1 ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2 RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3 CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4 ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incremento en número de test de bioluminiscencia con error				
5.5 RESPUESTA AL RIESGO	Mantener el control de la aplicación de los test de bioluminiscencia por la unidad de esterilización Capacitación del personal que verificará los test ya realizados					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Inteligencia Sanitaria				
		Procedimiento	Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS				
		Actividad	Realizar la Vigilancia de las IAAS				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Realizar la vigilancia IAAS a través de la elaboración de un Plan, recolección y análisis de datos, identificando oportunidades de mejora y/o correcciones				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Estratégico y Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Deficiencia en la Vigilancia de las IAAS					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	No contar con el personal idóneo para esta labor				
		Causa N° 2	Deficiente análisis de datos, cálculo de tasas o aplicación de la metodología de estratificación de riesgo				
		Causa N° 3	No realizar la vigilancia oportuna y constantemente				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
	Baja		0.30	Alto		0.40	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Deficiencia encontrada en la Vigilancia de las IAAS				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con personal capacitado e idóneo para la vigilancia IAAS Realizar control sobre el proceso de vigilancia de IAAS					

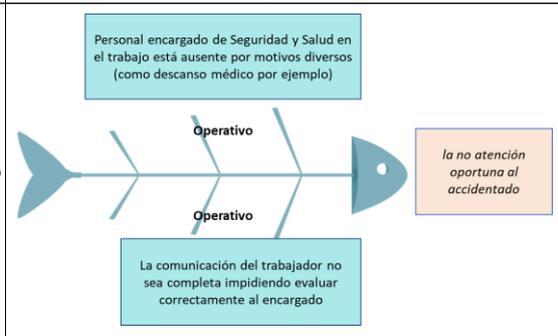
FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Inteligencia Sanitaria				
		Procedimiento	Planificación acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales				
		Actividad	elaborar el plan de acciones frente a Enfermedades Transmisibles Globales y activarlo ante alerta				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Elaborar Plan de Pandemia Global y seguir los protocolos una vez recibida la alerta				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Estratégico					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Incremento de casos sospechosos					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal insuficiente para realizar las labores planificadas y protocolos				
		Causa N° 2	Personal no capacitado para realizar esta actividad				
		Causa N° 3	Lentitud en la toma de decisiones o aplicación de las actividades del Plan				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80	
	Moderada	0.50		Muy alto	0.80		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.400	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Incremento de casos sospechosos				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Contar con personal capacitado e idoneo para llevar a cabo los protocolos descritos en el Plan de acción frente a Enfermedades Transmisibles Globales Socializar el plan inmediatamente con el personal del INCOR para que colaboren con los detalles del Plan evitando la propagación de Enfermedades Transmisibles Globales					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Inteligencia Sanitaria				
		Procedimiento	Gestión de Riesgos frente a Obras de Construcción				
		Actividad	realizar la gestión de riesgos previo al inicio de obras de construcción, remodelación y/o acondicionamiento				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Tomar todas las precauciones y prevención de riesgos previos al inicio de una obra de construcción, así como dar las recomendaciones y monitorear su implementación durante la obra.				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, Estratégico					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Inicio de obra sin tomar en consideración todos los riesgos involucrados					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	personal no plasma todos los riesgos involucrados				
		Causa N° 2	Contratista no entrega toda la información del proceso de obra que seguirá y las afectaciones				
		Causa N° 3	Inicio de obra sin implementar todas las recomendaciones recibidas				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80	
	Moderada	0.50		Muy alto	0.80		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.400		Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Sospecha de problema en inicio o durante la obra				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Capacitar y concientizar al personal para que esta actividad la realice al 100% no solo en prevención sino en inspección de implementación de correcciones y seguimiento de protocolos durante la obra Tener contratistas adecuados y de larga data trabajando en conjunto con el INCOR					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Seguridad y Salud en el Trabajo				
		Procedimiento	Gestión frente a Accidentes de Trabajo sin riesgo biológico				
		Actividad	Realizar la gestión frente a accidentes de los trabajadores de INCOR sin riesgo biológico				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Recibe comunicación del trabajador por accidente sin riesgo biológico, y asiste según los protocolos de seguridad y salud en el trabajo.				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	la no atención oportuna al accidentado					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal encargado de Seguridad y Salud en el trabajo está ausente por motivos diversos (como descanso médico por ejemplo)				
		Causa N° 2	La comunicación del trabajador no sea completa impidiendo evaluar correctamente al encargado				
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10	0.30	Muy bajo	0.05		
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
Baja		0.30	Alto		0.40		
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
		Aceptar Riesgo			Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No haya personal de SyST que lo asista				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Tener redundancia de personal para esta gestión, capacitando a más personal del área de OIS o Calidad para que pueda en caso de ausencia del encargado reemplazar y seguir los protocolos de un accidente sin riesgo biológico					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja		Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Seguridad y Salud en el Trabajo			
		Procedimiento	Gestión frente a Accidentes de Trabajo con riesgo biológico			
		Actividad	Realizar la gestión frente a accidentes de los trabajadores de INCOR con riesgo biológico			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Recibe comunicación del trabajador por accidente con riesgo biológico, y asiste según los protocolos de seguridad y salud en el trabajo.			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, tecnológico				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	la no atención oportuna al accidentado				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal encargado de Seguridad y Salud en el trabajo está ausente por motivos diversos (como descanso médico por ejemplo)			
		Causa N° 2	La comunicación del trabajador, de la jefatura o de emergencia no sea completa impidiendo evaluar correctamente al encargado			
		Causa N° 3	Los exámenes médicos tomados no salgan correctamente			
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto				
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10	0.30	Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50		Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
Baja		Muy alto			0.80	
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.240	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	No haya personal de SyST que lo asista			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Tener redundancia de personal para esta gestión, capacitando a más personal del área de OIS o Calidad para que pueda en caso de ausencia del encargado reemplazar y seguir los protocolos de un accidente sin riesgo biológico				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Seguridad y Salud en el Trabajo			
		Procedimiento	Plan de Inmunizaciones			
		Actividad	Planificar las acciones necesarias para inmiunizar a los trabajadores, ejecutar vacunación y evaluar cobertura			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Recibida la alerta, se planifica las acciones a tomar para lograr la inmunización total del personal del INCOR, se ejecuta la vacunación y se evalúa la cobertura lograda			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1		TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, tecnológico			
3.2		CODIFICACIÓN				
3.3		DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Cobertura deseada no alcanzada			
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Insuficiente cantidad de personal de vacunación			
		Causa N° 2	Ausencia de trabajadores por comisiones, vacaciones fuera de la ciudad, descansos por accidentes u otras enfermedades			
		Causa N° 3	Resultados no esperados por vacunas, no inmunización, efectos adversos			
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto			
4 VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1		PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO	
		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo
		Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05
		Baja	0.30	0.30	Bajo	0.10
		Moderada	0.50		Moderado	0.20
		Alta	0.70		Alto	0.40
		Muy alta	0.90		Muy alto	0.80
		Baja		0.30	Muy alto	0.80
4.2 PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
		Puntuación del Riesgo =Probabilidad x Impacto	0.240	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada	
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Baja cobertura de inmunización en un tiempo estimado			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Tener capacitado al personal para prevenir una cantidad de personas que estén como retenes para casos de vacunación masiva. Contar con protocolos a los trabajadores, en caso de alerta, y estar ausentes, deberán comunicarse y/o apersonarse para recibir dosis de vacuna.				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO				Baja	Moderada	Alta	

FICHA DE RIESGO						
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS						
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad			
		Proceso (Nivel 1)	Seguridad y Salud en el Trabajo			
		Procedimiento	Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Controles			
		Actividad	Utilizar la herramienta de gestión IPERC para la Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Medidas de Control, así como evaluar los riesgos asociados a los macroprocesos y procesos del INCOR			
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	Determinar del macroproceso y proceso a revisar, evaluar y determinar la matriz IPERC			
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María			
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS						
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo				
3.2	CODIFICACIÓN					
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Matriz IPERC insuficiente				
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Personal no capacitado en elaboración de matriz IPERC			
		Causa N° 2	Personal no destinado específicamente a esta actividad sino, realizan la actividad a medias por carga laboral			
		Causa N° 3	Equipos de trabajo sin criterios uniformes o estándar, que minimicen algún riesgo encontrado desestimándolo y ocasionando una matriz IPERC deficiente o insuficiente			
	3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto			
4	VALORACIÓN DEL RIESGO					
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO		
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo	
	Muy baja	0.10		Muy bajo	0.05	
	Baja	0.30		Bajo	0.10	
	Moderada	0.50	0.50	Moderado	0.20	
	Alta	0.70		Alto	0.40	
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80	0.80
	Moderada		0.50	Muy alto		0.80
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO					
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.400	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada		
RESPUESTA A LOS RIESGOS						
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo	
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo	
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica		
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica			
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Observación de avance de construcción de matriz IPERC carente de evaluación profunda de riesgos			
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Capacitar al personal y equipo de trabajo respecto al IPERC Concientizar al equipo de trabajo en tomar en cuenta TODOS los riesgos directos y asociados, incluso en periodos de emergencia, diferentes al rutinario, y considerar todos los riesgos por mas que parezca irrelevantes				

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

FICHA DE RIESGO							
FICHA PARA IDENTIFICAR, ANALIZAR Y DAR RESPUESTA A RIESGOS							
1	NOMBRE DEL PROCESO	Macroproceso (Nivel 0)	Gestión Clínica y Calidad				
		Proceso (Nivel 1)	Gestión de Mejora Continua				
		Procedimiento	Seguimiento para implementación de acciones correctivas a las observaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras				
		Actividad	Realizar el seguimiento de acciones correctivas por levantamiento de observaciones hechas al INCOR por entidades externas				
2	OBJETIVO DEL PROCESO	Descripción	levantar observaciones recibidas con acciones correctivas.				
		Ubicación (Departamento, Ciudad, Distrito)	Lima, Lima, Jesús María				
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS							
3.1	TIPO DE RIESGO	Riesgo Operativo, tecnológico, estratégico					
3.2	CODIFICACIÓN						
3.3	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	Observación no levantada o levantamiento suspendido o aletargado					
3	CAUSA(S) GENERADORA(S)	Causa N° 1	Recursos (humanos, económicos, etc.) no disponibles para levantar alguna observación				
		Causa N° 2	Tecnología no disponible para apoyar el levantamiento de alguna observación				
		Causa N° 3	Observación que Contravenga con políticas, directivas, o enfoque estratégico del INCOR, que no permitan una rápida y/o adecuado levantamiento de alguna observación				
3.4	TÉCNICA DE DIAGRAMACIÓN	Diagrama Causa Efecto					
4	VALORACIÓN DEL RIESGO						
4.1	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA			IMPACTO			
	Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		Análisis Cualitativo	Análisis Cuantitativo		
	Muy baja	0.10	0.30	Muy bajo	0.05	0.40	
	Baja	0.30		Bajo	0.10		
	Moderada	0.50		Moderado	0.20		
	Alta	0.70		Alto	0.40		
	Muy alta	0.90		Muy alto	0.80		
Baja		Alto					
4.2	PRIORIZACIÓN DEL RIESGO						
	Puntuación del Riesgo = Probabilidad x Impacto	0.120	Prioridad del Riesgo	Prioridad Moderada			
RESPUESTA A LOS RIESGOS							
5	5.1	ESTRATEGIA	Mitigar Riesgo	X	Evitar Riesgo		
			Aceptar Riesgo		Transferir Riesgo		
	5.2	RIESGO ASIGNADO A (Solo después de haber marcado Transferir el Riesgo)	Oficina /Dirección	No Aplica			
	5.3	CAUSA (S) DEL RIESGO ASIGNADO	No aplica				
	5.4	ALERTAS DE RIESGO (SEÑALES DE AVISO)	Observación no levantada o levantamiento suspendido o aletargado				
5.5	RESPUESTA AL RIESGO	Evaluar con gran detalle las observaciones y buscar la viabilidad de todas, con adecuadas acciones correctivas.					

FICHA DE RIESGO							
Matriz de probabilidad e impacto							
1. PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	Muy Alta	0.90	0.045	0.090	0.180	0.360	0.720
	Alta	0.70	0.035	0.070	0.140	0.280	0.560
	Moderada	0.50	0.025	0.050	0.100	0.200	0.400
	Baja	0.30	0.015	0.030	0.060	0.120	0.240
	Muy Baja	0.10	0.005	0.010	0.020	0.040	0.080
2. IMPACTO EN LA			0.05	0.10	0.20	0.40	0.80
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
3. PRIORIDAD DEL RIESGO					Baja	Moderada	Alta

17. *Procesos Críticos*

- No se realiza la gestión al 100% de los incidentes y eventos adversos reportados, por falta de concientización del personal en general para devolver con informes el detalle de los incidentes y eventos adversos notificados y así poder completar el proceso de gestión. Así como el perfeccionamiento de nuestro personal asignado a gestionar dicha actividad, con un adecuado entrenamiento en el manejo de herramientas de calidad que apoyen la eficiencia en la gestión de esta actividad.
- Existen dificultades que no permiten una implementación del 100% de las acciones correctivas necesarias para levantar las observaciones y recomendaciones de Entidades Supervisoras y Acreditadoras por no contar algunas veces con los recursos disponibles: humanos, económico-financieros, tecnológicos, entre otros. Asimismo, se ha identificado que el levantamiento de algunas observaciones contraviene con políticas, directivas, o el mismo enfoque estratégico del INCOR, lo que impediría su completa implementación.

18. *Mejora continua de los procesos*

- Se requiere concientizar con capacitaciones u otros métodos de solidificación en valores, prevención y cultura de seguridad, al personal, con la finalidad que colaboren con el 100% de reportes y gestión de incidentes y eventos adversos, así como en un adecuado seguimiento e implementación de acciones correctivas y/o proyectos que surjan de las observaciones y/o recomendaciones de las Entidades Supervisoras y Acreditadoras.

19. *Aspectos finales*

19.1. *Conclusiones*

- El presente documento ha sido elaborado sobre la base de la normativa en materia de procesos establecida por la Secretaría de Gestión Pública de la PCM y la normativa institucional aprobada mediante la Directiva de GG N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 v.01 “Directiva para la implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social – ESSALUD”, aprobada mediante Resolución de GG N° 227-GG-ESSALUD-2019. Para este desarrollo se contó con el valioso apoyo del personal de las Oficinas de Planeamiento y Gestión Clínica y Calidad del INCOR, las mismas que fueron durante entrevistas y reuniones de trabajo.
- Se ha visualizado la necesidad de mejorar la cultura de seguridad en el personal, para que colaboren siempre con la mejora continua de los servicios brindados al por al INCOR
- Se identificaron activos de la organización, vale decir documentos anteriores con el mapeo de macroprocesos estratégicos, misionales y de soporte, y para el caso específico de los macroprocesos estratégicos se tenían considerados 5 macroprocesos estratégicos, en el que se incluía la Gestión de Riesgos, que si bien por la envergadura y jerarquía se podía visualizar entre estos, sin embargo, en el AS IS, se visualiza la Gestión de Riesgos dentro del Macroproceso de Gestión de la Calidad, bajo la Dirección de Gestión Clínica y Calidad, para el caso de Riesgos Asistenciales, y para el caso de los llamados Riesgos No

Asistenciales, inmerso en el Macroproceso de Gestión de la Información Estratégica llevada por la Oficina de Planeamiento del INCOR.

19.2. Recomendaciones

- Implementar estrategias de monitoreo y control para el seguimiento y gestión de procesos en los que se involucran diversas unidades orgánicas del INCOR.
- Ampliar la disponibilidad de recurso humano con contrataciones de personal especializado para el área de Gestión Clínica y Calidad.

20. Anexos y Sustentos

Aquí se inserta algunos documentos y/o actas de reunión relevantes, que se obtuvieron durante el proceso de desarrollo del presente Manual de Procesos y Procedimientos.

23/12/2020

Gmail - MPP INCOR / Macroprocesos Estratégicos



alonso bernaes <alonsobernaes2019@gmail.com>

MPP INCOR / Macroprocesos Estratégicos

alonso bernaes <alonsobernaes2019@gmail.com>

21 de diciembre de 2020 a las 19:29

Para: lizeth.garcia@essalud.gob.pe, Sara Moreno Antahuroo <sara.moreno@essalud.gob.pe>, Jhony Milian <jhony.milian@essalud.gob.pe>, gmalasquez@gmail.com, maribel.cabanillas.v@gmail.com, alejandrorojaschoa@gmail.com, Omar Cesar Ponce Chauca <omarcesarponce@gmail.com>

Estimados, buenas tardes,
Envío el MPP INCOR / Macroprocesos Estratégicos.

Nota: a este archivo digital falta agregarle las hojas con sus firmas, asimismo, se colocará algunos correos en anexos que expresen sustento de nuestra coordinación.

Gracias por el apoyo.

Saludos cordiales

Alonso

Ing. Alonso Bernales B.
cel 997970151
Procesos - Sede Central
SGRP/GOP/GCPP

 MPP INCOR - MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS.pdf
5118K