

DECRETO No. 01

EL ORGANISMO DE DIRECCION DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA.

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto N° 1, de fecha 16 de enero del 2018, publicado en el Diario Oficial número 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la Republica, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).
- II. Que el referido Reglamento, se elaboró de conformidad al Marco Integrado de Control Interno COSO III, emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (conocido como COSO, por sus siglas en ingles).
- III. Que según el artículo 62, del referido Decreto, cada institución pública elaborara un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Especificas (NTCIE), según las necesidades, naturaleza y características particulares; el Art.63, regula que dicho proyecto deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la Republica, para su revisión, aprobación y publicación en el Diario Oficial.

POR TANTO:

En uso de las facultades que le confiere el artículo 195, numeral 6, de la Constitución de la Republica de El Salvador y el artículo 5, numeral 2,literal a), de la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

Decreta el siguiente reglamento, que contiene las:

NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL “DR. HECTOR ANTONIO HERNANDEZ FLORES” DE SAN FRANCISCO GOTERA, DEPARTAMENTO DE MORAZÁN.

CAPITULO PRELIMINAR

GENERALIDADES

Objeto de la Normas Técnicas Institucionales

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores” de San Francisco Gotera, que en o lo sucesivo se denominara “el Hospital” se dictan con el objetivo de establecer las diferentes etapas de los procesos administrativos internos, con el fin de establecer la pauta para el funcionamiento de las unidades organizativas de la estructura del Institución, en el desarrollo de planes, proyectos, programas y actividades. Constituirán el marco básico aplicable con carácter obligatorio para todos los funcionarios y empleados del Hospital en el desempeño de sus funciones, Asegurando con ello la uniformidad en los procedimientos llevados a cabo por los diferentes servidores públicos, en el desarrollo de sus actividades.

Responsabilidades del Sistema de Control Interno

Art. 2.- La responsabilidad del diseño, implementación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno desarrollado en las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores” de San Francisco Gotera: corresponderá al Director, Subdirector, Jefes de División

y demás jefaturas del "Hospital", en el área de su competencia; así mismo, cada servidor público deberá cumplir y asumir las responsabilidades asignadas, según el cargo que desempeña, a fin de realizar las acciones necesarias que garanticen el cumplimiento del mismo. Para efecto de estas Normas, el Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, en adelante se denominará el "Hospital".

La aplicación de Las Normas Técnicas de Control Interno Especificas es de carácter obligatorio para el Titular, Jefaturas Administrativas, Financieras y operativas, y el personal bajo su responsabilidad.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, el conjunto de acciones, actividades, planes, protocolos, guías, métodos, procedimientos y actividades establecidos en la Institución, incluido el entorno y actitudes que desarrolla el titular, jefes de unidad, jefes de áreas o servicios y personal a cargo, generando una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales. El Control Interno puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- El sistema de Control Interno tiene como objetivo fundamental, proporcionar una seguridad razonable para que se logren los objetivos de la Institución a través de la generación de una cultura institucional del autocontrol, generando, de manera oportuna, acciones y mecanismos de prevención y de control, para coadyuvar con la Institución en el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Lograr efectividad, eficacia y transparencia en la ejecución de los planes, métodos, procedimientos y actividades;
- b) Garantizar la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de la información dentro del "Hospital"; y

- c) Cumplir con las Leyes, decretos, reglamentos, normas, acuerdos, resoluciones, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, todo de acuerdo con la escala jerárquica de las fuentes de ordenamiento legal.
- d) Fomentar el uso apropiado de todos los recursos institucionales (humanos, materiales, tecnológicos y financieros).

Las Jefaturas de cada unidad organizativa. Será responsable del cumplimiento de estos objetivos en su ámbito de acción, colaborando con la transparencia y economía de la gestión institucional.

Componentes y principios del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno y sus principios fundamentales son:

- a) **Entorno de control:** El entorno de control marca la pauta del comportamiento en una organización, la disciplina, los valores éticos, la capacidad y estructura organizativa, la segregación de funciones y el desarrollo profesional, siendo la base de todos los demás componentes del control interno.

Principios:

1. Compromiso con la integridad y valores éticos;
2. Supervisión del Sistema de Control Interno;
3. Estructura, líneas de reporte o de comunicación, autoridad y responsabilidad;
4. Compromiso con la competencia del talento humano; y
5. Cumplimientos de responsabilidades.

- b) **Evaluación de Riesgo:** Es un proceso dinámico e interactivo que permite identificar y analizar los riesgos que enfrenta la institución para la consecución de los objetivos, tanto de fuentes internas como externas, considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital.

Principios:

6. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales;
7. Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos;
8. Evaluación del riesgo de fraude; y
9. identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno.

- c) **Actividades de Control:** Son las acciones establecidas a través de las políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

10. Selección y desarrollo de actividades;
11. Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología; y
12. Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

- d) **Información y comunicación:** La información, permite a la Institución llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. La administración, necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno. La comunicación, es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información.

Principios:

13. Información relevante y de calidad;

14. Comunicación interna; y

15. Comunicación externa.

e) **Actividades de Supervisión:** Constituyen las evaluaciones continuas e independientes realizadas para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente.

Principios:

16. Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno; y

17. Evaluación y Comunicación de deficiencias de control interno.

Seguridad Razonable

Art. 6.- El sistema de control interno proporciona la seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Considerando la relación costo-beneficio de las actividades de control que se implementen.

**CAPITULO I
ENTORNO DE CONTROL**

Art. 7.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores internos y externos, tales como: Antecedentes del Hospital, principios y valores, Innovaciones tecnológicas, leyes y regulaciones aplicables. Comprende las normas, procesos y estructuras, que constituyen la base sobre la que se desarrolla

el control interno en el Hospital, para el cumplimiento de los objetivos, constituyendo la base para el funcionamiento de los demás componentes.

Principio 1: Compromiso con la Integridad y Valores Éticos

Compromiso con los Principios y Valores Éticos

Art. 8.- Titular y Jefaturas, en todos los niveles y dependencias de la Institución, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, la sujeción a la integridad y los valores éticos, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno, con apego a la Ley de Ética Gubernamental y Código de Ética para el Personal del Ministerio de salud.

Estándares de Conducta.

Art. 9.- Los estándares de conducta y valores éticos, están definidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, y la Ley de Ética Gubernamental, los que serán divulgados y socializados cada seis meses a todos los servidores de la entidad, para tal efecto el Titular designara a la Unidad Jurídica para su socialización.

Seguimiento a Desviaciones.

Art. 10.- El Titular y Jefaturas, deberán atender de manera oportuna las desviaciones a los estándares de conducta establecidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, Ley de Ética Gubernamental, y demás normativa aplicable, mediante las acciones preventivas, correctivas o sanciones.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la Responsabilidad en la Supervisión

Art 11.- El Titular y Jefaturas del Hospital, serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y necesidades del Hospital.

Supervisión y Evaluación del Sistema de Control Interno

Art 12.- El Titular, a través de las unidades organizativas, subdirección, jefes de divisiones y jefaturas evaluará cada dos años el marco normativo en el que se sustenta el Sistema, revisando y actualizando los manuales y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuya al logro de los objetivos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, ordenará los ajustes correspondientes.

Art 13.- El Titular a través de las diferentes Divisiones, subdirección, Unidades administrativas y operativas, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno.

Principio 3: Estructura Organizativa, Líneas de Reporte o de Comunicación, Autoridad y Responsabilidad

Estructura Organizativa

Art 14.- El Titular aprobará la estructura organizativa y las modificaciones que sean necesarias, para la consecución de los objetivos institucionales; conformada por las unidades organizativas necesarias, según su naturaleza, complejidad, estilo gerenciamiento y el marco legal aplicable.

Dicha estructura organizativa será evaluada de manera anual por parte de la dirección y de considerarse necesario, se harán las respectivas modificaciones

Establecimiento de Funciones y Competencias

Art 15.- El Hospital se regirá por el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo emitidos por el Ministerio de Salud Tomos I, II, III, que incluyen las líneas de autoridad y responsabilidad, perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, los cuales son de estricto cumplimiento a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

Autoridad y Responsabilidad

Art 16.- El Titular delega mediante acuerdo, la autoridad y responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones, en cada nivel de la estructura organizativa.

- a. El Titular, será responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas trimestralmente, o cuando este considere pertinente y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b. Las jefaturas emiten instrucciones escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; y
- c. El personal, deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión:
 1. Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones;
 2. Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones;
 3. Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias;
 4. Canales de comunicación; y
 5. Actividades de supervisión existentes.

Principio 4: Compromiso con la Competencia del Talento Humano

Establecimiento de Políticas y Prácticas

Art. 17.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo Tomo I, II, III y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deben ser cumplidas por los servidores, en el desempeño de sus funciones para el cumplimiento de los objetivos del hospital.

La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas, los cuales deberán ser incorporados en el Plan de Capacitación, a fin de que mejoren los procesos de la Institución y facilitar la obtención de certificaciones en áreas especializadas, que de acuerdo a las funciones asignadas, sean requeridas.

Lo anterior, será manifiesto a través de las actitudes, conocimientos y comportamientos de los servidores públicos en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluaciones de Competencias

Art. 18.- El titular a través de la Unidad de Recursos Humanos, evaluará semestralmente la competencia del recurso humano, conforme lo establecido en el perfil de puestos, implementará y socializará el perfil de puesto y funciones según su contratación o funciones asignadas, conforme al Reglamento Interno de la Unidad y departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Manual

General de Descripción de Puestos de Trabajo, a efecto de corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

Desarrollo Profesional

Art. 19.- El Director del Hospital, mediante la Unidad de Recursos Humanos, facilitará que se brinde la capacitación necesaria para desarrollar las competencias profesionales del talento humano, según las funciones que desempeña; lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Planes de Contingencia

Art. 20.- El Titular, a través de las Jefaturas de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, establecerá planes de contingencia, para que los efectos de los riesgos identificados en el desempeño del talento humano, afecten lo menos posible la consecución de los objetivos, especialmente aquellos que sean de impacto y alta probabilidad de ocurrencia.

Dichos planes de contingencia deberán ser elaborados y evaluados anualmente, enviado informe a la dirección, quien será responsable de dar seguimiento y garantizar su cumplimiento.

Principio 5: Cumplimiento de Responsabilidades

Responsabilidades sobre el Control Interno

Art. 21.- El Titular, designará por escrito las responsabilidades al talento humano idóneo y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno.

La responsabilidad del diseño, implementación, evaluación, mejoramiento y aplicación del control interno corresponderá a El director, a través del subdirector, divisiones, unidades y jefaturas; deberán efectuar una evaluación trimestral del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los

objetivos, corresponderá a cada funcionario cumplir y asumir las responsabilidades asignadas, según el cargo desempeñado a fin de realizar las acciones pertinentes para garantizar su efectivo cumplimiento.

Incentivos

Art. 22.- El Titular, a través de la Unidad de Recursos Humanos gestionará los incentivos apropiados y factibles, para que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo.

Evaluación del Desempeño

Art. 23.- El Titular, a través de la unidad de Recursos Humanos, establecerá y aplicará anualmente evaluaciones del desempeño al talento humano en forma sistemática, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la Institución.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirá la toma de acciones que permitan fortalecer las capacidades del talento humano o ejercer medidas disciplinarias necesarias.

Establecimiento de la Unidad de Auditoría Interna

Art. 24.- El director deberá garantizar el establecimiento y funcionamiento de la Unidad de Auditoría Interna, la cual ejercerá una función independiente dentro de la Institución. La Unidad de Auditoría Interna estará bajo la dependencia directa del director del Hospital. Será responsabilidad del director, velar porque dicha Unidad formule y ejecute un Plan Anual de Auditoría y que sea remitido oportunamente a la Corte de Cuentas de la República, en forma anual.

La Unidad de Auditoría Interna deberá remitir cada uno de los informes de las auditorías realizadas, a la Corte de Cuentas de la República.

Esta Unidad estará regulada por el Reglamento que contiene las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, emitidas por la Corten de Cuentas de la República.

CAPITULO II

EVALUACION DE RIESGOS

Evaluación de Riesgo

Art. 25.- Es un proceso dinámico e interactivo para evaluar e identificar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos en el Hospital, a través de las diferentes Jefaturas de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas.

Principio 6: Establecimiento de Objetivos Institucionales

Objetivos Institucionales

Art. 26.- El Titular y las jefaturas de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, son responsables de definir los objetivos institucionales con suficiente claridad en el Plan Operativo Anual, para los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que son consistentes con la misión y visión institucional.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se han considerado al menos los siguientes aspectos:

- a. Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas;
- b. Determinación de la tolerancia para cada nivel de riesgo asociado con los objetivos;
- c. Armonización de los objetivos establecidos con la normativa aplicable;
- d. Establecimiento de los objetivos en términos específicos, medibles, observables, realizables y relevantes; y
- e. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

Objetivo Estratégicos

Art. 27.- El Titular, y las jefaturas de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, son responsables de definir los objetivos, contenidos en el Plan

Operativo Anual, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.

Objetivos Operacionales

Art. 28.- El Titular y las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas y operativas, serán responsables del cumplimiento de los objetivos Institucionales establecidos en el Plan Operativo Anual que contiene las metas y actividades del Hospital.

Principio 7: Identificación y Análisis de los Riesgos para el Logro de Objetivos

Riesgos

Art. 29.- Los riesgos, constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales, por lo que anualmente son identificados y analizados, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto, mediante el análisis verificación del cumplimiento de los objetivos y metas trazados en el Plan Operativo Anual.

Gestión de Riesgos

Art. 30.- Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

- a) Identificación de riesgos;
- b) Análisis de riesgos; y
- c) Determinación e implementación de acciones para mitigar su impacto.

Identificación de Riesgos

Art. 31.- El titular y las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas y operativas, a través del Plan Operativo Anual, llevarán a cabo el proceso de

identificación de riesgos de forma trimestral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos pueden ser generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo del Hospital (riesgos externos).

Los riesgos internos, que podrían afectar al Hospital se pueden generar en áreas como:

- a) Infraestructura;
- b) Estructura organizativa;
- c) Talento Humano;
- d) Acceso y uso de bienes;
- e) Tecnologías de información y comunicación; y
- f) Medio ambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

- a) Presupuestarios;
- b) Medio ambientales;
- c) Regulatorios;
- d) Globales o regionales;
- e) Políticos y sociales; y
- f) Tecnológicos.

Análisis de Riesgos

Art. 32.- Las jefaturas, de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel Hospitalario, así como del entorno próximo y remoto. Este proceso, incluye la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

Cada Unidad, se estimará la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar su impacto en el cumplimiento de los objetivos

Institucionales. Esta estimación comprende tres variables: Probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones se puede construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

La importancia de cada riesgo en su control interno, se basa en la probabilidad de ocurrencia y en el impacto que puede causar en la Institución.

La velocidad del riesgo, se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.

El impacto se refiere a: Pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en el talento humanos y alteración de exactitud de información de la Institución, entre otras.

El impacto, deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La persistencia se refiere, a que en el Hospital no existe forma de reducir los riesgos a cero.

Determinación e Implementación de Acciones para Mitigar el Riesgo

Art. 33. Analizados los riesgos, el Titular y las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas y operativas, definirán las acciones para su administración y mitigación.

Será necesario establecer un nivel leve de tolerancia al riesgo, para proporcionar a la administración la seguridad razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Principio 8: Evaluación de Riesgo de Fraude

Riesgo de Fraude

Art. 34.- EL Titular y las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas y operativas, al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos.

Para este fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados, tales como sustracción de insumos médicos, medicamentos y alimentos; extracción de bienes del Inventario institucional; emisión de cheque a nombre de persona que no fueran proveedores de bienes y servicio, u otras acciones.

Principio 9: Identificación, Análisis y Evaluación de Cambios que Impactan el Sistema de Control Interno.

Cambios que Afectan el Sistema de Control Interno

Art. 35.- El Titular, a través de las jefaturas de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, identifica, analiza y evalúa en el Plan Operativo una vez al año, los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso es desarrollado paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la Institución, estos podrían referirse a lo siguiente:

- a) Ambiente externo;
- b) Medioambiente;
- c) Asignación de nuevas funciones a la Institución o al personal;
- d) Adquisiciones, permutas y ventas de activos;
- e) Cambios en las leyes y disposiciones aplicables;
- f) Cambios en el liderazgo, en la administración, actitudes y filosofía; y
- g) Nuevas tecnologías de información y comunicación.

CAPÍTULO III

ACTIVIDADES DE CONTROL

Art. 36.- Las actividades de control, son las medidas establecidas por el Hospital y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las

acciones necesarias para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos de la Intuición.

Al establecer medidas de control, se deberá tomar en cuenta que el costo de su implementación no debe superar el beneficio esperado. Los controles establecidos permiten:

- a) Prevenir la ocurrencia del riesgo;
- b) Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos; y
- c) Restablecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno en el menor tiempo posible.

Principio 10: Selección y Desarrollo de las Actividades de Control

Selección y Desarrollo de Actividades de Control

Art. 37.- El Titular y las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas, financieras y operativas, seleccionaran e implementaran en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos Institucionales.

Las actividades de control, incluyen controles manuales y automatizados. El control previo y concurrente es desarrollado por los servidores responsables de las operaciones y el control interno posterior, está a cargo de la auditoría interna y externa.

Factores que Influyen en el Diseño e Implementación

Art. 38.- Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control establecidas para apoyar el Sistema de Control Interno del Hospital, son:

- a) El ambiente y complejidad del Hospital;
- b) La naturaleza y alcance de sus operaciones;

- c) Estructura organizativa;
- d) Sistemas de información; y
- e) Infraestructura tecnológica.

Procesos Relevantes

Art. 39.- El Titular y las jefaturas, definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos del Hospital.

Los controles están orientados a:

- a) Lograr eficiencia, economía, efectividad y transparencia de las operaciones;
- b) La confiabilidad, pertinencia y oportunidad de todo tipo de información; y
- c) El cumplimiento de las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Diversidad de Controles

Art. 40.- Las actividades de control, incluyen una diversidad de controles aplicables a los procesos, algunos se relacionan solamente con un área específica y otros son de aplicación general. Los controles pueden ser: Preventivos, de detección y correctivos, siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Tipos de Actividades de Control

Art. 41.- El Titular, a través de las Divisiones, Unidades Administrativas y Operativas, ha implementado las actividades de control relacionadas, entre otras, con los aspectos siguientes:

- a) Autorizaciones y aprobaciones;
- b) Verificaciones;
- c) Administración de fondos y bienes;
- d) Revisión de informes;
- e) Controles físicos;
- f) Rendición de fianzas;

- g) Indicadores de rendimiento;
- h) Segregación de funciones incompatibles;
- i) Asistencia y permanencia de personal;
- j) Documentación de actividades;
- k) Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos;
- l) Acceso restringido a los recursos, activos y registros;
- m) Conciliaciones;
- n) Rotación de personal en las tareas claves;
- o) Función de auditoría interna independiente;
- p) Autoevaluación de controles;
- q) Actualización de los controles establecidos;
- r) Planes de contingencia;
- s) informes de resultados; y
- t) Uso de tecnologías de información y comunicación.

Rendición de Fianzas

Art. 42.- Los funcionarios y empleados del Hospital, encargados de la recepción, control, custodia e inversión de fondos o valores públicos, o del manejo de bienes públicos estarán obligados a rendir fianza a favor del Hospital, de acuerdo a la ley de la Corte de Cuentas de La Republica, para responder por el fiel cumplimiento de sus funciones.

Los cargos que dentro del Hospital rendirán fianza son los siguientes:

- a) Contador
- b) Director
- c) Encargado de Caja Chica
- d) Encargado de Combustible
- e) Encargado de Fondo Circulante
- f) Guardalmacén
- g) Jefe de Farmacia
- h) Jefe UACI
- i) Jefe UFI
- j) Refrendarios de cheques
- k) Tesorero

- l) Auxiliar de Almacén
- m) Encargado de Despensa

Comités

Art. 43.- Atendiendo la complejidad del Hospital, se organizarán los comités con equipos de profesionales que contribuyan en la gestión hospitalaria, que asesoren y coordinen las actividades, que permitan el logro de los objetivos institucionales.

Art.44- La organización y funcionamiento de los comités, están definidos en el Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional “Dr. Héctor Antonio Hernández Flores” San Francisco Gotera, según su área de acción y acorde con la normativa legal vigente aplicable a los mismos. Los miembros de los comités, serán elegidos o ratificados cuando se crea conveniente, asignándoles funciones ad honórem mediante acuerdo registrado por el Departamento de Recursos Humanos y aprobado por el Titular del Hospital.

Art. 45.- Los comités elaborarán su Plan Operativo Anual, el cual será revisado y aprobado por el Director del Hospital, a quien remitirán informes sobre el trabajo realizado y acciones de mejora recomendadas, con la finalidad de contribuir en la toma de decisiones y mejorar la atención en salud brindada por el nosocomio, atendiendo estándares de calidad.

Unidad Financiera Institucional

Art. 46- La Unidad Financiera Institucional dependerá directamente del titular de la Institución y será responsable de la gestión financiera, de acuerdo a lo regulado en la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado y su Reglamento. Ésta incluirá la realización de las actividades relacionadas a las áreas de: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad.

Art. 47.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional, supervisará los procedimientos vigentes para registrar las operaciones financieras en la

aplicación del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), de acuerdo con los lineamientos y disposiciones legales establecidas por el Ministerio de Hacienda.

Art. 48.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será el responsable de la aplicación a lo establecido en el Art. 15, de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado; así como también, del resguardo y adecuado manejo de facturas y documentos legales.

Presupuesto

Art. 49.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será responsable de elaborar el Presupuesto Anual Institucional, de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento, para ser presentado y aprobado.

Art. 50.- La Dirección conformará un Comité Técnico de Gestión del Presupuesto, para establecer un Presupuesto Operativo, que servirá de base para la formulación del Presupuesto Anual Institucional.

Art. 51.- La ejecución presupuestaria comprenderá los principios técnicos, métodos y procedimientos empleados en las diferentes etapas o fases que integren el proceso presupuestario, orientando los recursos disponibles del presupuesto aprobado.

Art. 52.- Para la ejecución presupuestaria se deberá hacer cumplir lo establecido en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Art. 53.- El técnico de la Unidad Financiera Institucional, con funciones de encargado de presupuesto, será responsable de llevar control de los fondos asignados a la Institución (Fondo general, recursos propios y otros si fueren asignados por el nivel central); de tal manera que, las erogaciones que se realicen correspondan a lo presupuestado; asimismo, coordinará con el jefe de la Unidad Financiera Institucional el pago de los servicios básicos; con el jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional el pago de los bienes y servicios y con el jefe de Recursos Humanos el pago de salarios u honorarios; para la elaboración de la Programación de la Ejecución Presupuestaria (PEP), tomando en cuenta los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, para su posterior registro en el subsistema de presupuesto del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Tesorería

Art. 54.- La gestión de Tesorería comprenderá la recepción, depósito, pago y registro de los recursos financieros; estará a cargo del tesorero institucional, quien tomará las acciones necesarias para garantizar el manejo eficiente y transparente de los mismos, y se regirá por la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado. Las cuentas bancarias institucionales serán respaldadas con una firma principal del tesorero y cualquiera de los refrendarios autorizados, siendo éstos últimos, ajenos a la Unidad Financiera Institucional.

Art. 55.- El tesorero institucional será responsable de gestionar la recuperación oportuna de reintegros de terceros cuando sea requerido. En lo relacionado al pago de remuneraciones, será el jefe de Recursos Humanos el responsable de realizar el cálculo y gestionar el reintegro para su posterior traslado al tesorero institucional.

Art. 66.- El tesorero y el contador del Hospital, previo a ingresar y registrar cualquier obligación en los diferentes subsistemas del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), deberán verificar que la documentación cumpla con los requisitos de ley vigentes; además, del compromiso presupuestario.

Art. 67.- El tesorero emitirá los cheques o realizará abono a cuenta, a nombre del beneficiario que proporcione el bien o servicios, respaldado por el quedan o documento de compromiso de pago. No se firmarán cheques en blanco o realizarán transferencias electrónicas a cuenta, a nombre de personas naturales o jurídicas diferentes a las que haya suministrado los bienes o servicios a la Institución (a excepción que exista un documento legal "notariado" de representación o poder otorgado). Las firmas en los cheques emitidos, serán estampadas manualmente.

Art. 68.- Todos los valores en efectivo y cheques que sean recaudados de manera íntegra en la Tesorería, deberán ser depositados en la Institución bancaria designada por el Hospital, en un lapso no mayor de veinticuatro horas (días hábiles) y estará respaldada por la respectiva documentación.

Refrendarios de Cheques

Art. 69.- A solicitud del jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), la Dirección deberá nombrar y autorizar mediante acuerdo interno, a los

funcionarios responsables de refrenda de cheques. Este acuerdo deberá notificarse de forma oportuna a las instituciones bancarias involucradas, para proceder al registro de las firmas respectivas.

Fondo Circulante de Monto Fijo

Art. 70.-El Hospital creará el Fondo Circulante de Monto Fijo, cumpliendo con lo establecido en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y será aperturado de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

Art. 71.-Los encargados de los fondos circulantes de monto fijo serán nombrados mediante acuerdo interno o resolución emitidas por el titular; quienes serán responsables del manejo, registro y control de los recursos asignados para la operación de dichos fondos; para lo cual deberá establecer y mantener un adecuado control sobre el uso de formularios y cheques; así como, la custodia del efectivo en caja.

Art. 72.-El Fondo Circulante de Monto Fijo se creará mediante acuerdo y se podrá crear una caja chica, la cual dependerá del Fondo antes mencionado, y su manejo se hará a través de cuenta corriente, según su naturaleza y se utilizará específicamente para erogaciones de carácter urgente, de conformidad al Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado.

Art. 73.-El encargado del Fondo podrá solicitar el reintegro de los recursos en el momento que lo estime necesario, asegurándose que éste se realice antes de agotarse en un máximo del sesenta por ciento (60%) del monto autorizado para el manejo de dicho Fondo, a fin de evitar iliquidez en el mismo.

Art. 74.-Para efectos de gestionar el reintegro, el encargado preparará la póliza y la remitirá a la Unidad Financiera Institucional, acompañada de la documentación probatoria (facturas, vales de caja chica, recibos, etc.).

Art. 75.-El encargado del Fondo Circulante deberá tramitar dentro de los primeros quince días calendario del mes de diciembre de cada año, la Póliza de Reintegro de Fondos, correspondiente a los recursos utilizados a esa fecha, con la finalidad de que la Unidad Financiera Institucional proceda a utilizar el compromiso presupuestario que se constituyó para garantizar la disponibilidad presupuestaria al inicio del año o al momento de constitución del Fondo.

Contabilidad

Art. 76.-El contador del Hospital será responsable de recopilar, registrar, procesar y controlar en forma sistemática y cronológica toda la información, referente a las transacciones del Hospital, expresable en términos financieros, con el objeto de proveer información sobre la gestión financiera.

Art. 77.-El contador institucional, quien velará porque el sistema contable esté basado en los principios y normas emanados por la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, quien a su vez será la encargada de efectuar la supervisión técnica.

Art. 78.-Al finalizar cada período mensual y ejercicio fiscal o según se requiera, se generarán los informes financieros contables para uso interno de Dirección del Hospital y para la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, del Ministerio de Hacienda, según lo estipula la ley.

Conciliaciones Bancarias

Art. 79.- Las conciliaciones bancarias formarán parte del control interno y su propósito será comparar los movimientos bancarios con los registros contables institucionales. Se deberá llevar registro de los libros de bancos diariamente y por estricto orden cronológico en cada una de las cuentas.

Art. 80.-Las conciliaciones se ejecutarán dentro de los cinco primeros días hábiles del mes siguiente, para facilitar las revisiones posteriores y serán suscritas por el empleado que las elaboró, y autorizadas por el jefe de la Unidad Financiera Institucional.

Art. 81.- El encargado de las conciliaciones bancarias será responsable del archivo y custodia de los documentos de respaldo. Dependerá directamente del jefe de la Unidad Financiera Institucional.

Art. 82.- El tesorero institucional estará obligado a llevar controles mensuales de los cheques pendientes de cobro para su respectivo seguimiento.

Arqueo de Fondos y Valores

Art. 83.- Deberán practicarse arqueos mensuales y sin previo aviso sobre la totalidad de los fondos y valores.

Art. 84.- Los arqueos serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

Art. 85.- De acuerdo a los resultados obtenidos, se informará oportunamente al jefe inmediato, responsable de la custodia de los fondos; así como también, al director, a efecto de que se tomen las medidas preventivas o correctivas correspondientes.

Art. 86.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional será responsable que toda información procesada a nivel financiero, cumpla con los requisitos mínimos ya establecidos en la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, Ley de la Corte de Cuentas de la República, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Disposiciones Generales del Presupuesto, a fin de que ésta sirva de insumo para la toma de decisiones.

Art. 87.- Los encargados de Tesorería, Presupuesto y Contabilidad, serán responsables de que los registros financieros, según su área de responsabilidad, sean elaborados con oportunidad, eficiencia y profesionalismo, incorporándolos a los módulos a que correspondan del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), deberán contar con la documentación de respaldo respectiva, la cual tendrá que reunir los requisitos de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, para tomarse como válida.

Art. 88.- Será responsabilidad del Jefe de la Unidad Financiera Institucional, evaluar de forma mensual los resultados de los registros financieros que se generen, de manera que garantice que sean confiables, oportunos y útiles en la toma de decisiones de acuerdo a el Manual de Procesos para la Ejecución presupuestaria.

Actividades de Control para el Apoyo Financiero

Art. 89.- Será responsabilidad del Jefe de la Unidad Financiera Institucional, informar trimestralmente o cuando crea conveniente y por escrito a la Dirección, en forma confiable, oportuna, suficiente y pertinente, respecto a presupuesto, tesorería y contabilidad.

Asesoría de Medicamentos e Insumos Médicos

Art. 90.- Los médicos asesores de suministros serán responsables de mantener la adecuada distribución y abastecimiento de medicamentos e insumos médicos, en coordinación con el jefe del Departamento de Abastecimiento. Para ello, el jefe de Abastecimiento deberá contar con la información actualizada de los sistemas de almacenes (insumos médicos, medicamentos y suministros

generales).

Art. 91.- Deberán mantener una comunicación efectiva con el jefe del Servicio de Farmacia y Abastecimiento (Almacén de medicamentos, insumos médicos) e informar mensualmente a la Dirección sobre la situación de existencias, consumos, necesidades e informes de supervisión.

Art. 92.- Los médicos asesores de suministros deberán monitorear las existencias de medicamentos e insumos médicos mensualmente, a fin de evitar el vencimiento de los mismos.

Art. 93.- El médico asesor velará por que se cumplan las normas establecidas por la Dirección Nacional de Medicamentos y las buenas prácticas de prescripción con la finalidad de promover el uso racional de los medicamentos y garantizar la correcta utilización que maximice su uso.

Unidad Organizativa de La Calidad, Verificación y Seguimiento de la Calidad (UOC)

Art. 94.- El director conforme al Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud creará y nombrará al responsable de la Unidad Organizativa de la Calidad, quien será responsable de coordinar con cada uno de los diferentes comités que conformen el Comité de Calidad de la Institución y del monitoreo permanente de los estándares de calidad hospitalario.

Art. 95.- El Comité de Calidad, estará conformado por el coordinador de:

- a. Comité de Fármaco Terapéutico y fármaco vigilancia
- b. Comité de Infecciones Intrahospitalaria, Asociada a la Atención Sanitaria.
- c. Comité de Mortalidad Hospitalaria.
- d. Comité de Medicina Transfusional.
- e. Comité de Emergencias y Desastres.
- f. Comité de Seguridad y Salud Ocupacional.
- g. Comité de Auditoría Clínica.
- h. Comité de Bioética y Ética en la Investigación
- i. Comité de la Actividad Quirúrgica Hospitalaria
- j. Comité lactancia Materna

k. Comité de Contraloría Social

Art. 96.- Cada Comité estará a cargo de un coordinador, quienes tendrán la función de realizar de acuerdo al Manual de Funcionamiento y del Plan Anual Operativo, monitorios permanentes de las actividades realizadas. Dichos comités deberán preparar informes como evidencia del trabajo realizado.

Art. 97.- El jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad, brindará orientación a las unidades para el levantamiento de procedimientos; sin embargo, es responsabilidad de cada jefatura contar con los procedimientos estandarizados de su área; además de mantenerlos actualizados.

Oficina por el Derecho a la Salud

Art. 98.-El titular conforme al reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, creara y nombrara al coordinador de La Oficina por el Derecho a la Salud (ODS); quien será dependencia de la Unidad Organizativa de la Calidad, siendo el jefe de dicha oficina, el responsable de colaborar en la evaluación de la satisfacción de los pacientes de alta y atender sugerencias, consultas, quejas y reclamos que estimen pertinentes, de acuerdo al artículo 21 de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud y el artículo 9 de su Reglamento.

Unidad Jurídica

Art. 99.- La Unidad de Asesoría Jurídica se encargará de brindar asesoría legal al director del Hospital; así mismo, de elaborar opiniones, informes y en general documentos con connotación legal o jurídica, como consecuencia del cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a requerimientos hechos por el titular o quien haga sus veces.

Art. 100.- La función de esta Unidad será de naturaleza asesora en materia legal, mediante la fundamentación e interpretación jurídica, de la normativa constitucional, legal y administrativa, aplicable a cada caso concreto; revisará los contratos, convenios y otros documentos celebrados por el titular en razón de sus funciones, en los que se obligue como parte suscriptora y realizar las gestiones jurídicas que le competan tendientes a materializarlos. Dará seguimiento a los procesos relativos a la imposición de multas por incumplimientos, tomando en cuenta lo dispuesto por las diferentes leyes y reglamentos aplicables al Hospital.

Art. 101.- La Unidad Jurídica asesorará a la Dirección y a los diferentes departamentos, unidades administrativas y operativas del Hospital, previo aval del titular en la interpretación y aplicación de las normas constitucionales, legales y reglamentarias y otras disposiciones; así mismo, emitirá los informes que le sean requeridos.

Art. 102.- Elaborará las resoluciones y acuerdos que deberá aprobar la Dirección del Hospital a requerimiento de ésta, y las demás funciones que las diversas normativas establezcan.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 103.- El titular del Hospital nombrará conforme a la ley de la Corte de Cuentas de la República, la unidad de auditoría interna, con el objetivo de asegurar el control interno; siendo por tal razón necesaria la dotación de recursos indispensable para el cumplimiento de sus gestiones y metas.

Art. 104.- La Dirección y todas las jefaturas colaborarán y realizarán las gestiones necesarias para que tanto la Unidad de Auditoría Interna y la Corte de Cuentas de la República, puedan disponer de la información y las condiciones necesarias para realizar su función.

Art. 105.- La Dirección del Hospital deberá asegurar y garantizar que la función de auditoría interna, se desarrolle de manera independiente; asimismo, velará para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno, contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas para mitigar los riesgos existentes.

Art. 106.- El jefe de la Unidad de Auditoría Interna del Hospital, deberá contribuir al mejoramiento del control interno de los sistemas administrativos, operativos y financieros; para lo cual, deberá efectuar auditoría de las operaciones, actividades, programas del Hospital y de sus dependencias, de acuerdo al cronograma de su Plan Anual de Trabajo.

Art. 107.- El jefe de Auditoría Interna deberá dar respuesta a todas las solicitudes de exámenes especiales o revisiones solicitadas por la Dirección, remitiendo los informes correspondientes.

Art. 108.- El personal de la Unidad de Auditoría Interna deberá cumplir con todo lo establecido en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

Departamento de Enfermería

Art. 109.- El jefe de Departamento de Enfermería será responsable de coordinar la supervisión de los diferentes servicios de atención de enfermería, verificando que se dé cumplimiento a la aplicación de las normas, lineamientos y protocolos de enfermería.

Art. 110.- El jefe del departamento debe cumplir y hacer cumplir las normas y regulaciones técnicas contenidas en el Manual de Procedimientos de Enfermería y Manual de Organización y Funciones de la División de Enfermería, en todas las unidades organizativas donde exista personal de enfermería.

Art. 111.- Todo el personal de enfermería tiene la obligación de cumplir con lo establecido en los Lineamientos Administrativos para el Uso de Uniforme del Personal de Enfermería y velar por su cumplimiento.

Art. 112.- Las jefaturas de servicios de enfermería, en coordinación con el jefe de División deberán establecer la Normativa Interna de Enfermería que incluya los controles necesarios, para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio.

Art. 113.- El jefe del departamento de Enfermería, en coordinación con las jefaturas de los servicios, será el responsable de garantizar que todo el personal de enfermería cumpla con las horas laborales de cada mes, según su Plan de Trabajo.

Central de Equipos y Esterilización

Art. 114.- El jefe de Central de Equipo y Esterilización será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento del Manual Organizativo y de Funcionamiento de la Central de Esterilización Hospitalaria Tomos I, II, III, IV, V y VI.

Art. 115.- La Central de Equipos y Esterilización, es un servicio del Hospital que se encarga de: recibir, clasificar, esterilizar, almacenar y despachar el material de consumo, ropa quirúrgica e instrumental a los servicios del Hospital.

Art. 116.- El jefe del Servicio, en coordinación con el jefe del departamento de Enfermería, deberá establecer la Normativa Interna de Central de Equipos y Esterilización, que incluye los controles necesarios para garantizar una correcta

administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio.

División Médico Quirúrgica

Art. 117.- El jefe de la División Médica Quirúrgica será responsable de coordinar y monitorear el funcionamiento de las diferentes dependencias bajo su cargo; además, deberá elaborar las medidas de control respectivas que le permitirán obtener seguridad razonable en el buen desempeño y manejo de recursos asignados, debiendo informar a la Dirección del Hospital de forma frecuente y oportuna.

Art. 118.- El jefe de la División Médica Quirúrgica será responsable de vigilar el mantenimiento de la disciplina, eficiencia y permanencia del personal médico del que es jefe inmediato; así como, del correcto funcionamiento de las áreas de los servicios que se encuentran bajo su jurisdicción. Para cumplir este objetivo, deberá realizar monitorios semestralmente o cuando crea conveniente de asistencia y permanencia; debiendo crear una herramienta que le permita verificar la producción individual de cada recurso; de lo cual deberá remitir informe por escrito a la Dirección del Hospital para su seguimiento.

Departamentos Médicos

Art. 119.- Las dependencias de la División Médica Quirúrgica son: consulta externa, medicina interna, gineco-obstetricia, centro quirúrgico, neonatología, emergencias, medicina general, cirugía general, pediatría, clínica de úlceras, anestesiología.

Art. 120.- Los jefes de cada una de esas áreas son responsables de planificar, organizar y controlar las actividades de aseguramiento de la atención médica y trabajo administrativo, incluidos en el Plan Operativo Anual; así como también, monitoreo de asistencia, permanencia y producción del personal bajo su cargo.

Unidad de Epidemiología

Art. 121.- El jefe de esta Unidad será responsable de mantener un monitoreo diario en la vigilancia epidemiológica y su digitación en los sistemas informáticos en salud, con la finalidad de brindar las alertas epidemiológicas oportunas, que permitan tomar decisiones a la Dirección.

Art. 122.- Deberá mantener comunicación constante con la Unidad de Planificación y garantizar que la información de los sistemas se encuentre actualizada, de acuerdo a los plazos establecidos por el nivel superior.

Art. 123.- El Jefe de esta Unidad es el responsable de monitorear el cumplimiento de la Normativa de Vigilancia Centinela y coordinar con todos los actores del Sistema de Vigilancia. Al mismo tiempo deberá informar oportunamente a la Dirección, sobre cualquier evento de interés epidemiológico.

Art. 124.- El jefe de la Unidad de Epidemiología será el responsable de cumplir con lo establecido en los Lineamientos Técnicos para el Desarrollo de la Epidemiología Hospitalaria y los Lineamientos Técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en El Salvador (VIGEPES).

División de Servicios de Apoyo

Art. 125.- El Director mediante acuerdo creara y nombrara al responsable de la División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo. Quien coordinara y monitoreara el funcionamiento de las diferentes dependencias bajo su cargo: Laboratorio clínico, fisioterapia, trabajo social, ESDOMED, radiología, farmacia, psicología, nutrición.

Art. 126.- Será responsable de la implementación de medidas de control establecidas en los procedimientos de control interno, que le permitan obtener seguridad razonable en el buen desempeño y manejo de los recursos asignados, debiendo informar a la Subdirección y a la Dirección del Hospital de forma mensual o cuando se considere necesario.

Art. 127.- Los servicios de Diagnóstico y de Apoyo, serán unidades productoras de servicios de salud que funcionarán y brindarán apoyo independientemente; además, ofrecerán servicios complementarios o auxiliares de la atención médica y tendrán por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y apoyo a los pacientes de hospitalización, de acuerdo a la complejidad del Hospital. Los jefes de los servicios de Diagnóstico y de Apoyo, serán responsables de supervisar y monitorear semestralmente, o cuando estime conveniente los procesos de sus áreas, verificando el cumplimiento de las normas y políticas establecidas para cada una de ellas, debiendo informar al jefe inmediato de forma escrita.

Servicio de Radiología e Imágenes

Art. 128.- El jefe de Servicio de Radiología e Imágenes serán responsables de verificar el cumplimiento de la Norma de Radiología Diagnóstica e Intervencionista, Norma de Radioterapia, Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica y Manual de Procedimientos de la Dirección de Protección Radiológica.

Art. 129.- La Unidad de Radiología e Imágenes será responsable de brindar los estudios radiológicos que el médico solicite para el paciente, y velar porque los procedimientos de la Unidad se les de él debido cumplimiento.

Art. 130.- El jefe del Servicio, en coordinación con el jefe de División, deberá establecer la normativa interna, que incluya los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento de la Unidad, previa autorización y visto bueno de la máxima autoridad de la Institución.

Laboratorio Clínico

Art. 131.- El jefe de Laboratorio Clínico será responsable de controlar cada uno de los procesos en su área, verificando el cumplimiento de la Norma Técnica y Lineamientos Técnicos para los Laboratorios Clínicos del Ministerio de Salud. El Laboratorio Clínico será responsable de recibir, procesar y entregar los resultados de los exámenes a las áreas solicitantes, de acuerdo a los procedimientos establecidos en los referidos lineamientos.

Art. 132.- El jefe de Laboratorio Clínico deberá presentar informes mensuales de producción y abastecimiento de insumos y reactivos al jefe de División.

Servicio de Farmacia

Art. 133.- El Servicio de Farmacia se encargará de la recepción, registro, almacenamiento, custodia, control de inventarios y despacho de los medicamentos a los servicios de hospitalización, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos. Por la dirección General de Medicamentos

Art. 134.- EL levantamiento de inventarios físicos se realizará semestralmente y será responsabilidad del jefe de Farmacia informar al titular del Hospital, durante los primeros quince días del mes subsiguiente.

Art. 135.- El jefe del Servicio de Farmacia en coordinación con el jefe de División, deberá establecer la normativa interna que Incluya los controles necesarios para garantizar una correcta administración de los recursos asignados para el funcionamiento del servicio; además, deberá velar por el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Medicamentos y su Reglamento y en la Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción.

Art. 136.- Las recetas de medicamentos, incluidas en el Listado Institucional de Medicamentos Esenciales y Medicamentos Controlados, serán elaboradas, recibidas, procesadas y despachadas de manera electrónica, de acuerdo al Sistema Integrado de Salud (SIS).

Servicio de Trabajo Social

Art. 137.- El jefe del Servicio de Trabajo Social será responsable de brindar apoyo e información a los usuarios de los servicios de hospitalización; además, de brindar información solicitada por las diferentes instituciones relacionadas con la actividad hospitalaria y por los familiares de los pacientes.

Art. 138.- El jefe de Trabajo Social deberá presentar informes semestrales al jefe de División en cumplimiento a la Ley de Deberes y Derechos de Pacientes y Prestadores de Salud y Reglamento General de Hospitales.

Estadísticas y documentos médicos

Art. 139.- El jefe del Servicio de Estadística y Documentos Médicos será responsable de digitar y mantener actualizada toda la información hospitalaria de los sistemas de información en salud; así como, de llevar al día toda la vigilancia en salud institucional y de cumplir con la Norma Técnica para la Conformación, Custodia y Consulta del Expediente Clínico, en lo que aplique internamente.

Art. 140.- Toda información suministrada a través de los sistemas de estadística, deberá coordinarse con las jefaturas de la Unidad de Tecnología y Comunicaciones y de la Unidad de Epidemiología, quienes deberán informar oportunamente a la Unidad de Planificación y a la Dirección.

El expediente clínico

Art. 140.- El expediente clínico es el conjunto de documentos físicos o electrónicos, que recoge toda la información de la atención médica brindada al

paciente. Se mantendrá un expediente clínico por cada paciente.

Art. 141.- Se utilizará el módulo del Sistema Integral de Salud (SIS) de Seguimiento Clínico, el cual sustituirá al expediente clínico en físico, atendiendo las indicaciones del Manual de Usuario.

Art. 142.- Los datos del expediente clínico son para uso exclusivo médico, científico, docente y legal, todo el personal del Hospital estará obligado a mantener reserva sobre el contenido del mismo, según lo dispuesto en la Ley de Acceso a la Información Pública. De igual forma, el incumplimiento a la presente se considerará una falta grave.

Art. 143.- El Servicio de Estadísticas y Documentos Médicos es la instancia responsable de la custodia, manejo y cuidado del expediente clínico, tanto físico como electrónico.

Art. 144.- El expediente clínico debe estar en resguardo en el Hospital; por lo que, se prohíbe terminantemente su extracción total o parcial de la Institución, a excepción de lo dispuesto en la Ley de Acceso a la Información Pública, en cuanto al acceso a los datos personales en casos de interés científico que requerirán autorización previa y expresa del director o por orden de la Fiscalía General de la República, los tribunales judiciales, o de otras disposiciones de las leyes.

Art. 145.- En el caso del expediente clínico electrónico, éste se compartirá a través de la red interna institucional, con las medidas de seguridad informáticas adecuadas, para conformar un expediente único por paciente. No se podrá compartir acceso electrónico a personal no autorizado por la Dirección.

Art. 146.- El contenido y ordenamiento del expediente deberá ser escrito con letra clara y legible, o haber llenado completamente todos los campos obligatorios en el formato electrónico.

Art. 147.- Es obligación de todo médico para ingresar o egresar a un paciente, elaborar y mantener actualizada la historia clínica, adecuadamente firmada y sellada por los diferentes profesionales que participen de la atención del usuario, lo que aplica de igual forma en el expediente clínico electrónico mediante la aplicación de las disposiciones legales vigentes sobre firma electrónica o códigos de verificación. No se podrá compartir la firma electrónica o código de identificación de usuarios para acceder a los expedientes clínicos.

Art. 148.- El cierre y revisión final del expediente clínico lo hará el médico especialista, coincidente con la alta clínica, y en caso de fallecimiento, debe

llenar el certificado de defunción.

Departamento de Recursos Humanos

Art. 149.- El director, subdirector y el jefe de Recursos Humanos, serán responsables de cumplir y garantizar el cumplimiento de las políticas y procedimientos, en lo que se refiere a: contratación, inducción, capacitación, promoción, evaluación y aspectos disciplinarios; garantizando el estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud y otras normativas que regulen la administración de recursos humanos.

Reclutamiento y selección de personal

Art. 150.- La Dirección por medio de la jefatura del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con el resto de jefaturas, deberá realizar procesos de reclutamiento y selección, que permitan reclutar al personal idóneo para los lugares y puestos adecuados, acorde a la disponibilidad de vacantes y personal que las diferentes áreas, para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

Art.151.- Cuando se disponga de una plaza nueva o vacante, deberá darse prioridad a los procesos de reclutamiento y selección por fuente interna, ascensos y promociones, donde podrá participar personal interno prioritariamente y luego de cualquiera de las dependencias del Ministerio de Salud, en aquellos casos que no existan recursos internos con idoneidad para el puesto, se reclutarán y seleccionarán a través de procesos por fuente externa.

Art. 152.- El director será el responsable de tomar la decisión final de la persona idónea para ocupar el cargo, con base al acta de resultados del proceso. En el caso de cargos de confianza, quedará a criterio del director ordenar el reclutamiento por fuentes interna o externa.

Art. 153.- Todo proceso de reclutamiento y selección deberá ser realizado con base a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, relativo al Reclutamiento y Selección de los Empleados y Funcionarios Públicos, a efecto de determinar su capacidad técnica, profesional, experiencia y competencias, verificando que no exista

impedimento legal o ético para el desempeño del cargo.

Contratación de Personal

Art. 154.- Las formas de contratación del personal se podrán realizar bajo el Sistema de Ley de Salarios, Contratos y Servicios Personales. Dichas contrataciones podrán ser financiadas a través del Fondo General de la Nación, fondos propios, préstamos externos o financiamiento de organismos internacionales, según los convenios suscritos. Deberá contar con los procedimientos que garanticen el cumplimiento a lo establecido en la Ley del Servicio Civil, Código de ética del ministerio de Salud, código de ética gubernamental, el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud.

Capacitación por Recursos Humanos

Art. 155.- El Departamento de Recursos Humanos en conjunto con cada una de las jefaturas de la Institución, elaborará anualmente el Plan de Capacitación Institucional, con base a un diagnóstico de necesidades de capacitaciones; para lo cual se deberá identificar una partida presupuestaria que pueda financiar dicho Plan.

Art. 156.- Asimismo, se deberá hacer gestiones de índole financiera y docente, de manera interna y externa, como también llevar un registro de la gestión de las actividades de formación y remitir periódicamente los informes correspondientes, para su incorporación a los expedientes de personal.

Art. 157 El Plan de Capacitaciones estará dirigido al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital.

Inducción de Personal

Art. 158.- El jefe del Departamento de Recursos Humanos será el responsable de establecer un proceso de inducción, a efecto de familiarizar a los empleados con la Institución, de acuerdo al Manual de Inducción, el cual se socializará a todo empleado de nuevo ingreso, reingreso o personal interno que sea promovido a otro cargo; la inducción específica, será impartida por el jefe inmediato del empleado, de tal forma que se le facilite integrarse a la Institución y

desempeñar con éxito el cargo.

Interinatos

Art. 159.- Para garantizar la debida prestación de los servicios de salud se podrá nombrar personal en carácter interino, cuando el empleado o funcionario público propietario de la plaza de Ley de Salarios de carácter médica o paramédica, se encuentre gozando de las licencias sin goce de sueldo que se detallan a continuación:

- a) Enfermedad prolongada
- b) Enfermedad prolongada de personal pensionado
- c) Becas para hacer estudios fuera del país
- d) Desempeñar cargos en Organismos Internacionales 22 DIARIO OFICIAL Tomo N° 390
- e) Ejercer cargos públicos de elección popular f) Motivos personales sin goce de sueldo
- g) Dictamen de invalidez parcial o total

FORMA DE PROCEDER EN NOMBRAMIENTOS INTERINOS

Art. 160.- Los acuerdos de nombramiento interino pueden realizarse por un periodo mínimo de un mes, hasta por un período máximo de tres meses, vencido el plazo y si persiste la causa que motiva el nombramiento debe evaluarse la necesidad de solicitar un nuevo nombramiento por el mismo período, el cual no debe autorizarse en forma continua.

Art. 161.- En caso que el empleado o funcionario público titular de la plaza, se encuentre gozando de licencia sin goce de sueldo por motivo de: Beca por realizar estudios fuera del país, por desempeñar cargos en Organismos Internacionales o para Ejercer cargos públicos de elección popular, por dictamen de invalidez parcial o total, y otros establecidos en la Ley, podrá realizarse el acuerdo de nombramiento por un periodo máximo de un año.

Art. 162.- Vencido el plazo y si persiste la causa que motiva el nombramiento debe evaluarse la necesidad de solicitar un nuevo nombramiento por el mismo período.

REMUNERACION AL PERSONAL INTERINO

Art. 163.- Todo empleado o funcionario público nombrado en carácter interino, debe devengar durante el tiempo que dure el interinato, la remuneración correspondiente al salario básico que la Ley de Salarios señala a favor del empleado que goza de licencia

Pasantías

Art. 164- La Dirección podrá autorizar pasantías en las diferentes unidades organizativas de la Institución, las cuales no podrán exceder un período de seis meses. El recurso autorizado deberá cumplir con el perfil académico y competencias del área en la que desempeñará la pasantía, debiendo regirse por todo el marco normativo institucional.

Art.165.- El Hospital no tendrá ningún compromiso de contratación u otra obligación laboral, con las personas que realicen pasantías.

Evaluaciones al personal

Art. 166.- El Departamento de Recursos Humanos administrará las evaluaciones del personal, utilizando para ello, los formatos proporcionados por el Ministerio de Salud, los cuales suministrará a el Director, sub Director, a los jefes de Divisiones, Jefes de Departamentos las unidades organizativas, quienes serán los responsables de realizar la evaluación del personal a su cargo, cuyos resultados serán del conocimiento del evaluado y formará parte del expediente personal. Se realizarán de forma semestral las evaluaciones al desempeño y tendrán un efecto en el pago del incentivo salarial, según la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud.

Promoción y ascenso

Art. 167- Las promociones y ascensos del personal se harán de acuerdo a cualidades personales, competencia para el cargo, idoneidad, experiencia, grado académico, eficiencia y rendimiento en el desempeño.

Art. 168.- Cuando exista más de un empleado que pueda ser promovido en una plaza nueva o vacante, deberá realizarse proceso de selección interno entre ellos, a fin de obtener al candidato idóneo para ocupar el cargo y solamente en caso de empate, prevalecerá la antigüedad del empleado, conforme al reglamento interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos.

Rotación de personal

Art. 169.- La rotación de personal en cada una de las áreas se realizará cuando la naturaleza de las funciones permita efectuarla, con base a las disposiciones legales y técnicas vigentes, para el caso.

Art. 170.- El director a través del jefe del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con las diferentes jefaturas deberá establecer por medio de los [Lineamientos Técnicos Para la Rotación del Personal](#), sobre la rotación sistemática del personal entre quienes realicen tareas claves y afines.

Art. 171.- Las jefaturas inmediatas serán las responsables de garantizar la rotación de personal en los diferentes puestos de trabajo, afines al cargo de cada empleado; así también, en los diferentes horarios establecidos en las áreas de servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones necesarias para la prestación de servicios.

Acciones disciplinarias

Art. 172.- El Hospital se regirá por la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de Recursos Humanos, y demás leyes aplicables por la administración que regulen las acciones disciplinarias del personal de la Institución.

Art. 173.- El jefe del Departamento de Recursos Humanos será el responsable de darle cumplimiento a lo estipulado, en la Ley del Servicio Civil, el Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomo I, II y III del Ministerio de Salud.

Art. 174.- Todo funcionario o empleado que en el desarrollo de sus funciones y en general, en las actividades institucionales que le sean requeridas, existan indicios razonables que haya cometido alguna o varias de las infracciones contenidas y tipificadas en la Ley de Servicio Civil y otras que le fueran aplicables; será sometido a un proceso administrativo disciplinario, para determinar su presunta participación y responsabilidad en el hecho atribuido. En las diligencias así instruidas, se dará al encausado el derecho de audiencia y defensa.

Art. 175.- Cuando la permanencia del empleado en su puesto de trabajo o en el lugar que se le haya asignado, constituya por cualquier razón objetivamente verificable un grave riesgo o peligro que no ofrezca garantía de acierto, eficiencia y calidad en el desempeño del cargo, el jefe inmediato con el visto bueno del jefe de Servicio, Departamento o División, según corresponda, lo requerirá para determinar los motivos de incumplimiento; si éstos fueren subsanables, incontinente, lo devolverá a sus obligaciones, caso contrario solicitará se habilite

el proceso disciplinario correspondiente al Departamento de Recursos Humanos, en el que se tomarán las providencias necesarias como medidas cautelares y otras que garanticen el correcto e ininterrumpido servicio público de salud. De todo lo actuado se dejará constancia en acta, debiendo firmarla todos los presentes.

Art. 176.- El acta dispuesta en el párrafo anterior, será remitido por el jefe al Departamento de Recursos Humanos, con copia al expediente personal del empleado, solicitando la sanción disciplinaria correspondiente.

Controles de asistencia

Art. 177.- Todo el personal del Hospital deberá marcar o registrar la hora de entrada y salida de su jornada laboral, a excepción del director, fundamentado en el hecho de la labor administrativa que realice dentro y fuera de la Institución, debiendo establecer controles que le permitan justificar ante el organismo fiscalizador, sus ausencias parciales o completas de sus jornadas laborales.

Art. 178.- Los controles de asistencia se harán a través de los medios que establezca la Dirección y de los recursos disponibles, contando con un control de asistencia único para todo el personal del Hospital, en caso de falla del Sistema Electrónico, se optará por el Sistema Manual (tarjeta o libro) con forme al Reglamento Interno de Recursos Humanos. La asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, será responsabilidad de la jefatura inmediata.

Art. 179.- Por la existencia de diferentes horarios de trabajo y dependiendo del área donde el empleado ejerza sus funciones para garantizar el control de asistencia, el jefe inmediato deberá presentar al Departamento de Recursos Humanos, la programación mensual de trabajo de su área. Asimismo, se deberá presentar por escrito las modificaciones a dichas programaciones, derivadas de movimientos de personal por causas variadas, de conformidad con lo regulado en el Capítulo VI, artículo 54 y siguientes, del Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Art. 180.- Los planes de trabajo deberán ser remitidos por cada jefatura al

Departamento de Recursos Humanos, a más tardar en los últimos 5 días hábiles del mes en curso, a fin de efectuar su registro oportuno en el Sistema de Control de Asistencia.

Jornada laboral

Art. 181.- El Hospital deberá brindar servicio las veinticuatro horas del día y el personal que trabaje mediante turnos rotativos corresponderá sujetarse al Plan de Trabajo; quien solicite y justifique conforme al Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, podrá realizar cambio de turno. Todo cambio de turno, deberá ser previamente autorizado por el jefe inmediato, quien evaluará la conveniencia de otorgarlo o no, en base a las necesidades del servicio.

Art. 182.- El jefe inmediato por necesidades en el servicio, podrá realizar cambios en la asignación de horarios del Plan de Trabajo, los cuales tendrá que informar oportunamente al Departamento de Recursos Humanos, con su debida justificación.

Art. 183.- El personal que no tenga rotación de horarios, laborará de acuerdo a la jornada de ocho horas, con base en las Disposiciones Generales del Presupuesto, salvo instrucciones giradas por Decreto u otro, que defina un cambio de horario que afecte al personal del Ministerio de Salud.

Art. 184.- Todo cambio de horario solicitado por el personal administrativo, deberá contar con el visto bueno de la jefatura inmediata; en todo caso, dicho cambio no deberá afectar o interrumpir la prestación de los servicios.

Art. 185.- Queda prohibido a todos los empleados, realizar cambios de turnos en jornadas laborales que ya estén siendo afectadas por uno previamente autorizado.

Art.186.- Queda prohibido a todos los empleados efectuar subcontrataciones con personas ajenas al Hospital para cubrir turnos. Caso contrario, el jefe inmediato o el titular, deberá iniciar el proceso de denuncia pertinente a las instancias internas y/o externas correspondientes.

Art. 187.- Cada jefatura es responsable de remitir al jefe de Recursos Humanos

un informe mensual del tiempo de trabajo en jornada extraordinaria del personal a su cargo, para el debido registro en el Sistema de Control de Asistencia, el cual deberá estar debidamente justificado y cumpliendo con los formatos remitidos por el Departamento de Recursos Humanos.

Prestaciones laborales

Art. 188.- La Dirección velará por el cumplimiento de todas las prestaciones laborales y sociales, reguladas en la legislación nacional vigente y otras que se consideren necesarias, de acuerdo a disponibilidad financiera en cada caso en particular.

Art. 189.- Se catalogarán como otros beneficios que podrán ser otorgados al personal, según corresponda: uniformes y/o tela, licencia para lactancia materna, gimnasio, clínica médica y psicológica, cafetería para empleados, centro de documentación digital, actividades recreativas y culturales, capacitaciones, transporte, seguros colectivos opcionales y viáticos, entre otros.

Trámites de licencias

Art. 190.- Todas las licencias con o sin goce de sueldo, deberán ser solicitadas por cada empleado en forma oportuna al jefe inmediato y éstos deberán tramitarlas de conformidad a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

Art. 191.- A Las jefaturas serán responsables de remitir oportunamente todo trámite de permiso, licencia u otra acción de personal que afecte planillas de pago al Departamento de Recursos Humanos, a fin de no aplicar descuentos o pagos indebidos en planillas.

Art. 192.- Se contará con 72 horas hábiles para la presentación del trámite de permiso o licencia con o sin goce de sueldo al Departamento de Recursos Humanos, posterior a la emisión del documento que justifique la acción, salvo casos en los que pueda demostrarse la demora en el otorgamiento del mismo por parte de fuentes externas o internas. Será obligación de cada empleado presentar oportunamente ante su jefe inmediato, toda solicitud de permiso o licencia con o sin goce de sueldo, salvo casos de emergencia.

Art. 193.- Todo trámite presentado con extemporaneidad, será sujeto del descuento correspondiente.

Expediente de personal

Art. 194.- El Departamento de Recursos Humanos será el responsable del control de los expedientes; así como también, de sus inventarios referentes a todo el personal, debidamente clasificados y actualizados, a fin de garantizar la ubicación inmediata y control de los mismos.

Art. 195.- Los expedientes deberán contener toda la documentación general y datos personales, conforme al Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, para la administración y resguardo de expedientes de personal y tarjetas de registro.

Seguridad e higiene ocupacional

Art. 196.- La Dirección y demás jefaturas según lo establecido en la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo velarán y propiciarán la salud y seguridad laboral de sus empleados en cada puesto de trabajo, brindando las condiciones adecuadas de infraestructura; así como también, la asignación de herramientas de trabajo y equipo adecuado para el mejor desempeño de las funciones, minimizando los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Art. 197.- La Dirección deberá establecer mediante acuerdo institucional el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, con el objeto de identificar, analizar y formular estrategias para minimizar los riesgos laborales de las diferentes áreas del Hospital.

Art. 198.- A fin de evitar accidentes laborales será de carácter obligatorio para todos los empleados, el uso de uniformes; así como también, accesorios y herramientas que garanticen la seguridad en el desempeño de sus funciones.

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

Art. 199.- El jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable de la programación y ejecución de los procesos de

adquisiciones y contrataciones del Hospital y para ello, se regirá bajo la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y su Reglamento y demás instrumentos legales aplicables, emitidos por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC).

Art. 200.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), tendrá un enlace entre la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones y las dependencias del Hospital, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven de la gestión de adquisiciones y contrataciones.

Art. 201.- Así mismo, el jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será el encargado de preparar y consolidar en coordinación con el jefe de la Unidad Financiera Institucional, la programación anual de adquisiciones y contrataciones, con base a los lineamientos emitidos por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones del Ministerio de Hacienda.

Art. 202.- El jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable de garantizar el buen funcionamiento y cumplimiento de funciones de las áreas de Licitación y Libre Gestión; así como, de velar porque los procesos se realicen de forma oportuna y eficiente dentro de la Unidad.

Art. 203.- Deberá evitarse el fraccionamiento de compras, con el fin de modificar la cuantía de la misma y eludir el requisito establecido para las diferentes formas de contratación, reguladas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Art. 204.- Será responsabilidad del jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), remitir trimestralmente a la Dirección del Hospital un informe de las contrataciones realizadas bajo todas las modalidades.

Art. 205.- La jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será la responsable de brindar acompañamiento, seguimiento y control a los procedimientos de los administradores de contrato.

División administrativa

Art. 206.- La división Administrativa será la responsable de las acciones administrativas y operativas, relativas al que hacer institucional, sus dependencias son: Almacén, mantenimiento, activo fijo, transporte, lavandería, servicios generales, unidad de informática, reproducción y dibujo, alimentación y dietas, vigilancia.

Art. 207.- La División Administrativa será la responsable de velar por la dirección, gestión, control y evaluación de los planes operativos de las áreas bajo su cargo; así mismo, deberá realizar supervisión y monitorios para la verificación y cumplimiento de las operaciones o actividades

Almacén

Art. 208.- Los guardalmacenes serán los encargados de la recepción de medicamentos, insumos médicos y no médicos, por medio de registros en los sistemas de kárdex, (informático SINAB), almacenamiento, conservación, custodia, levantamiento y control de inventarios semestralmente, y distribución de los suministros hospitalarios, de acuerdo a políticas, disposiciones y procedimientos establecidos y estará a cargo del guardalmacén, supervisados por el jefe de la División Administrativa.

Art. 209.- El Guardalmacén será el responsable de velar por el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

Art. 210.- Los informes de entradas y salidas mensuales de los almacenes, se entregarán a más tardar los primeros cinco días hábiles correspondientes al mes siguiente, al Área de Contabilidad.

Mantenimiento

Art. 211.- El jefe de Mantenimiento será responsable de elaborar el Plan Anual Operativo, planes anuales de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, Términos de Referencia para la Contratación de Servicios de Mantenimiento Varios a Terceros y realizar las solicitudes de compras de repuestos y materiales; además, velará por el cumplimiento de los procesos estandarizados de mantenimiento. Para el cumplimiento de esta actividad, deberá contar con el apoyo técnico de las áreas que soliciten los mantenimientos.

Art. 212.- El mantenimiento de equipo, mobiliario e infraestructura, deberá

proveerse mediante un programa preventivo y correctivo, cuyo cumplimiento será responsabilidad del jefe del Departamento de Mantenimiento.

Art. 213.- El jefe de Mantenimiento será el encargado de asegurar el buen estado de las instalaciones, equipos médicos y no médicos y mobiliarios; así como también, la provisión de servicios de apoyo a todas las dependencias del Hospital, mediante la dirección, gestión y evaluación de los programas y planes preventivos y correctivos establecidos anualmente, los cuales serán monitoreados por el jefe de la división administrativa

Art. 212.- El jefe de Mantenimiento será responsable de verificar y garantizar la existencia y cumplimiento del Plan Anual Operativo, en las diferentes áreas bajo su responsabilidad; así como, de garantizar la oportuna respuesta a las solicitudes de las diferentes áreas hospitalarias, a través de sus cuatro dependencias: Equipo Básico, Equipo Médico, Planta Física y Mobiliario y Activo Fijo (clasificación).

Activo fijo

Art. 213.- El encargado de Activo Fijo del Hospital, definirá los procedimientos para la constatación física de los inventarios, relativa a existencia y ubicación, los traslados, baja o descargo del equipo y mobiliaria y demás procesos concernientes al activo fijo, de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo del Ministerio de Salud.

Art. 214.- Todas las jefaturas del Hospital y todo servidor público que tenga bajo su cargo bienes muebles, serán responsables de la custodia y cuidado del bien que se le asigne; así como también, de la aplicación oportuna y adecuada de dichos procedimientos. Además, estará obligado a informar de inmediato a la Unidad de Activo Fijo de todo bien que reciba, adjuntando la documentación respectiva para su debido ingreso en el Inventario Institucional, protección y seguridad de los bienes.

Administración del Activo Fijo

Art. 215.- Para el control, conservación, registro, transferencia y descargo de los activos del Hospital, se aplicarán los lineamientos técnicos del activo fijo y el Sistema Informático SIAF, los cuales están aprobados por el Ministerio de Salud y otras regulaciones aplicables.

Art. 216.- La Unidad responsable de llevar el control de los activos fijos institucionales será el Departamento de administración, a través de la Unidad de Activo Fijo del Hospital.

Constatación Física

Art. 217.- Se realizarán constataciones físicas de inventarios en Almacén y

Activos Fijos, por parte de auditoría interna según su plan anual de trabajo, por designación de la dirección o cuando se estime conveniente y por lo menos una vez al año por parte del encargado de activo fijo en su totalidad; en caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes, y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

Sistema de Registro y Bienes

Art. 218.- Se mantendrá un sistema para el registro de las existencias de Almacén y Activos Fijos, que facilite la codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, estado de los bienes, fecha, costo de adquisición, responsable de los mismos y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo. El software a utilizar para el control, tanto en Almacén como en Activos Fijos será el definido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 219.- Se establecerá por escrito el tipo de codificación para la identificación de los bienes, se hará de acuerdo a las características y tipo de bienes, señalando en una parte visible el código correspondiente de acuerdo a los lineamientos técnicos de administración del activo fijo del MINSAL

Baja o Descargo de Bienes

Art. 220.- La aplicación de las disposiciones reglamentarias para la baja o descargo de bienes de consumo, mobiliario y equipo, bienes intangibles, vehículos y otros, serán de carácter estricto; contando para ello con las justificaciones requeridas. Los bienes dados de baja o descargados podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cumplir cualquier disposición institucional apegada a la ley. Estas acciones deberán quedar debidamente documentadas.

Descarte y descargo de bienes

Art. 221.- Para el descarte y descargo de bienes de consumo, mobiliarios, equipos, bienes tangibles, vehículos y otros, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Disposición Final de Medicamentos, Insumos y Químicos Peligrosos, Deteriorados y Vencidos y los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, según sea el caso, contando con las justificaciones requeridas por parte de quien los custodie o resguarde y con la opinión técnica sobre el estado y utilidad.

Art. 222.- El Hospital mediante acuerdo interno de la Dirección, nombrará a la Comisión de Bienes en Desuso (Chatarra) y Comisión de Medicamentos e Insumos Médicos Vencidos, Averiados y no Deseados, para que se inicie el proceso interno de descarte y descargo, las cuales estarán conformadas por un coordinador y por personal de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales para cada proceso. Las gestiones para el descarte y descargo, deberán realizarse por lo menos una vez al año o cuando se considere necesario por las autoridades.

Transporte

Art. 223.- Los vehículos propiedad del Hospital, estarán destinados para el uso exclusivo en las actividades propias de la Institución. Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada diaria, en el estacionamiento dispuesto en las instalaciones del Hospital.

Art. 224.- La exclusividad del servicio de los vehículos consiste en destinarlos y utilizarlos únicamente para los fines propios del Hospital, salvo las excepciones permitidas por las disposiciones legales y casos de emergencia nacional.

Art. 225.- El jefe de división administrativa llevará un control diario de kilometraje y salidas de vehículos, debiendo verificar rutas diarias, según salidas autorizadas y compararlas con el kilometraje recorrido; de lo anterior, emitirá informes mensuales a para su validación

Cuidado de los vehículos

Art. 226.- Los motoristas que tengan a cargo el manejo de los vehículos propiedad del Hospital, estarán obligados al cuidado y conservación de los mismos; así como también, al resguardo apropiado cuando no se encuentren en uso; además informar cuando se tenga un incidente vial o daño material, serán responsables administrativamente por los daños al vehículo, ocasionados por negligencia o mal uso y de las infracciones a las leyes de tránsito.

Art. 227.- Corresponderá a los jefes de división administrativa y de Transporte, establecer los procedimientos administrativos relacionados con el control, mantenimiento, abastecimiento de combustible y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de vehículos, los cuales se encuentran establecidos en el Reglamento para Controlar el Uso de Vehículos Nacionales y en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del MINSAL.

Daños en los vehículos

Art. 228.- En caso de accidentes de tránsito y cuando el responsable del manejo del vehículo fuere culpable, tendrá que responder por daños ocasionados, de acuerdo al valúo realizado por la inspección; caso contrario, habrá que deducir responsabilidades con la intervención de las autoridades respectivas.

Art. 229.- Cuando se compruebe reincidencia en desperfectos y daños ocasionados por el inadecuado uso de vehículos o cuando esto ocurra por negligencia, mala intención o falta de precaución del responsable del vehículo, se procederá de acuerdo a lo que establece la Ley de Servicio Civil.

Prohibiciones

Art. 230.- Se prohíbe el uso de las unidades de transporte en fines de semana, días festivos o vacaciones, sin la autorización respectiva de la Dirección del Hospital o en su defecto de la Subdirección General.

Combustible

Art. 231- El jefe de la división administrativa o quien este designe deberán establecer los controles específicos para la administración y manejo del combustible y presentar informes mensuales al jefe de División Administrativa y a la Dirección del Hospital; de igual forma, coordinará con su jefe inmediato los monitores frecuentes de los consumos de combustible, para garantizar el estricto cumplimiento a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del MINSAL.

Mantenimiento y reparaciones de vehículos

Art. 232.- El jefe de la división administrativa junto con el jefe de Transporte, deberá elaborar y ejecutar un Programa de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los Vehículos y emplear todos los medios que permitan prolongar hasta el máximo posible su vida útil.

Lavandería

Art. 233.- El jefe de Lavandería será responsable de coordinar el lavado y secado de la ropa Hospitalaria; así como también, de la entrega de ésta a los diferentes servicios, apegadas al cumplimiento de los Lineamientos Técnicos

sobre Bioseguridad, aplicados a los hospitales y a los procedimientos establecidos.

Art. 234.- El jefe de lavandería deberá establecer las medidas necesarias que le permitan mantener un control en el manejo, distribución, recolección y descarte de la ropa hospitalaria e informar mensualmente al jefe de división administrativa.

Servicios Generales

Art.234.- El personal de servicios varios será responsable de mantener permanentemente limpias todas las áreas incluyendo zonas verdes del Hospital asignadas; además, realizarán limpieza terminal en áreas de hospitalización de acuerdo a la programación. De igual forma, realizarán funciones de mensajería interna y externa según las necesidades del Hospital; será responsabilidad del jefe de Servicios Generales, garantizar el cumplimiento de dichas funciones.

Portería y Vigilancia

Art. 235.- Los encargados de portería y vigilancia serán responsables por la seguridad y protección de los pacientes, empleados en su lugar de trabajo, de las instalaciones, bienes muebles e inmuebles, así como de las personas que puedan encontrarse en la institución, mediante el correcto funcionamiento del servicio de vigilancia.

Art. 236.-Deberán elaborar plan anual de trabajo entorno a la seguridad del hospital, mantener estricta vigilancia del patrimonio del hospital así como informar a la jefatura inmediata de los problemas surgidos y novedades durante los turnos y cumplir con las funciones descritas en el Manual General de Descripción de puestos tomo I del Ministerio de Salud.

Alimentación y Dietas

Art. 237.- El departamento de alimentación y dietas será el responsable de mantener un stock de alimentos según las necesidades a fin de que los pacientes reciban sus dietas alimenticias con oportunidad y calidad, contribuyendo con la recuperación de la salud.

Art. 238.- Será responsable de la conservación de los alimentos y control de inventarios realizados con oportunidad.

Art. 239.- Cumplir con las demás funciones descritas en el Manual General de Descripción de puestos tomo II del Ministerio de Salud.

Saneamiento Ambiental

Art. 240.- Será responsabilidad de la jefatura de Saneamiento Ambiental, buscar las estrategias y coordinar con otras instituciones y comunidades a fin de cumplir con la programación anual operativa.

Art. 241.- Llevar controles, elaborar plan de Saneamiento Ambiental y aplicar actividades según los lineamientos, leyes, normas, instructivos de la Dirección de Salud Ambiental del ministerio de salud

Segregación de Funciones Incompatibles

Art. 242.- El Titular y jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas, financieras y operativas evitarán la asignación de funciones incompatibles en las unidades y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas tanto interna como externa.

Documentación de Actividades

Art. 243.- Las actividades realizadas en las diferentes Divisiones y Unidades administrativas y operativas, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior.

Actualización de los Controles Establecidos

Art. 244.- Los jefes de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, serán responsables de la verificación de forma trimestral que los controles establecidos, de acuerdo a las operaciones que realizan, son funcionales o si ameritan ser actualizados.

Principio 11: Selección y Desarrollo de Controles Generales Sobre Tecnología

Controles Generales

Art. 245.- El director a través del jefe de la Unidad informática, garantizará el cumplimiento de los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, en el que se establecen los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimiento para el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

Uso de Tecnologías de Información y Comunicación

Art. 246.- El Hospital para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación, de acuerdo a los Lineamientos Técnicos Para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genere, las cuales estarán bajo la responsabilidad del jefe del departamento informática.

Políticas de Seguridad

Art. 247.- El Titular, a través de la jefatura de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas establecerá políticas de seguridad de la información, que contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, que consisten en:

- a) Autenticación: Mediante la identificación del usuario y contraseña; así como, certificaciones emitidas por las autoridades competentes;
- b) Integridad: Medidas preventivas y reactivas en los sistemas de información, que permiten resguardar y proteger la información, garantizando que ha sido modificada por personas autorizadas;
- c) Confidencialidad: La privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin la debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información; y
- d) No repudio: Debe existir evidencia de que un mensaje se envió en realidad y el receptor cuenta con la certeza de la autoría del emisor.

Art. 248.- Los sistemas de información implementados por el Hospital, SIS, SAFI, SIRH, SIMMOW, SUMEVE, VIGEPES, SIAF, SINAB, SIIG E-tab, PERC, SEPS, VACUNAS, dan apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que se han establecido los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad de procesamiento de transacciones.

Art. 249.- Los sistemas de información cuentan con mecanismos de seguridad de la entrada, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permite los cambios o modificaciones necesarias y autorizadas, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones.

Principio 12: Emisión de Políticas y Procedimientos de Control Interno

Políticas y Procedimientos

Art. 250.- El Titular, ha establecido actividades de control aplicables a las áreas administrativa, financiera y operativa, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.

Art. 251.- Conforme a lo establecido en el plan de Supervisión integral Hospitalario para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, las que están documentadas en los instrumentos técnicos debidamente autorizados. Los procedimientos son las actividades definidas para cumplir los objetivos y metas establecidas en Plan Operativo Anual.

Los procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

- a) Son establecidos por escrito;
- b) Realizados oportunamente y por el personal responsable;
- c) Incluyen acciones preventivas y correctivas; y
- d) Son sujetos a evaluación periódica para actualizarlos.

CAPÍTULO IV

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información

Art. 252.- La información es necesaria para que el Hospital ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes de control interno.

Art. 253.- El Sistema de Información, incluye un conjunto de actividades involucrando: Usuarios internos y externos, procesos, datos y/o tecnología, para permitir al Titular obtener, generar, usar y comunicar la información, manteniendo la responsabilidad sobre la misma y facilitando la evaluación del desempeño o progreso hacia el cumplimiento de los objetivos. La información, será de calidad y cumplirá con los siguientes aspectos:

- a) Contenido: Presentará toda la información necesaria;
- b) Oportunidad: Se obtendrá y proporcionará en el tiempo adecuado;

- c) Actualidad: La información más reciente estará disponible;
- d) Exactitud: Corrección y confiabilidad en los datos;
- e) Seguridad: Resguardada y protegida de manera apropiada; y
- f) Accesibilidad: La información podrá ser obtenida fácilmente por los usuarios.

Comunicación

Art. 254.- La comunicación, es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por el Titular.

Principio 13: Información Relevante y de Calidad

Información Relevante y de Calidad

Art. 255.- El Titular, en coordinación con la jefatura de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, implementara la revisión de sistemas de control, conforme a la unidad organizativa de la calidad, para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

Art. 256.- La información, es obtenida a partir de reportes generados por datos previamente alimentados en los diferentes sistemas que sirven como instrumentos de medición para la consecución de los objetivos de la Institución.

Sistema de Información

Art. 257.- El Titular, a través de sus delegados, ejecutará los sistemas de información, SIS, SAFI, SIRH, SIMMOW, SUMEVE, VIGEPES, SIAF, SINAB, SIIG

E-tab, PERC, SEPS, VACUNAS, para obtener y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, para convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

Art. 258.- La información, se obtiene a través de medios físicos y digitales. El volumen de la información de la Institución puede presentar tanto oportunidad como riesgos; por esta razón, se deberán implementar controles que garanticen el uso y manejo adecuado de la información.

Art. 259.- Los sistemas de información desarrollados, de conformidad a los procesos implementados en la Institución y soportados con tecnología, proporcionan oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios.

La información para que sea de calidad, deberá cumplir con las siguientes características:

- a) Accesible;
- b) Apropriada,
- c) Actualizada;
- d) Protegida;
- e) Conservada;
- f) Suficiente;
- g) Oportuna;
- h) Válida;
- i) Verificable;
- j) Pertinente;
- k) Auténtica; y
- l) De no repudio

Principio 14: Comunicación Interna

Comunicación Interna

Art. 260.- El Titular, en coordinación con las jefaturas de Divisiones, Unidades administrativas, financieras y operativas, implementará semestralmente las capacitaciones e inducciones de su personal sobre comunicación interna efectiva, con el propósito de facilitar y apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para esos efectos, la comunicación interna permite: facilitar una

- a) Que cada servidor conozca su rol y tenga acceso a la información que sirve de base para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de su responsabilidad en el Sistema de Control Interno;
- b) Contar con medios alternos de comunicación, en caso de que existan fallas en la operación de los canales establecidos; y
- c) Seleccionar métodos de comunicación que permitan la oportunidad y efectividad en la obtención y entrega de la información.

Niveles de Comunicación

Art. 261.- La comunicación entre El Titular, mandos medios y demás personal está orientada a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Art. 262.- Las comunicaciones, deberán ser frecuentes, a fin de que El Titular en coordinación con la jefatura de las Divisiones y Unidades administrativas, financieras y operativas, analice el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

Canales de Comunicación

Art. 263.- Para que la información fluya a través de la organización, El Titular deberá implementar canales adecuados de comunicación entre las distintas

jefaturas, unidades y departamentos, a través de medios escritos y de tecnologías de información y comunicación.

Efectividad de la Comunicación

Art. 264.- El Titular y la jefatura de las Divisiones y Unidades administrativas, financieras y operativas utilizarán el método adecuado de comunicación, tomando en cuenta el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a) Memorando;
- b) Correo electrónico;
- c) Acuerdos;
- d) Actas;
- e) Carteleras;
- f) Reuniones de trabajo;
- g) Noticias;
- h) Mensajes de texto; y
- i) Video conferencias.
- j) Circulares
- k) Mensajes por chat electrónico tipo Whatsapp.
- l) Sitio web institucional
- m) Publicaciones

Se establecerá el correo institucional como principal medio de comunicación interna.

Principio 15: Comunicación Externa

Comunicación Externa

Art. 265.- Para realizar la comunicación externa, El Titular en coordinación con la jefatura de las Divisiones, Unidades administrativas y operativas, establecerá procedimientos, en aplicación de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y

Prestadores de Servicios de Salud y la Ley de Acceso a la Información Pública, Ley de Ética Gubernamental, Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, etc, para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el que hacer institucional.

Art. 266.- La comunicación con terceros, permite que éstos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con la entidad; siendo necesario que el Titular y las diferentes jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas, financieras y operativas utilizando el método adecuado de comunicación escrita, correo institucional y llamadas telefónicas e incluso mediante reuniones de trabajo, podrán dirigir solicitudes, quejas, avisos, denuncias e informes, a la Fiscalía General de la Republica, Procuraduría de Derechos Humanos, Tribunales de Justicia comunes y Especializados, Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CONNA) entre otras instituciones.

Art. 267.- Deben utilizarse canales apropiados de comunicación como lo son: Encuestas de satisfacción, llamadas telefónicas, buzón de sugerencias para los usuarios de los servicios, representantes legales y murales a fin de obtener una comunicación directa con los niveles organizativos que correspondan.

Art. 268.- Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deberán asegurar el no repudio, aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad.

CAPÍTULO V

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 269.- La supervisión, implica la realización de evaluaciones de forma continua e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Art. 270.- Las evaluaciones al sistema de Control Interno deberán ser elaboradas por cada jefatura de forma anual y recopiladas por cada jefe de División y subdirección.

Art. 271.- El Sistema de Control Interno es flexible, lo que permite reaccionar a los cambios y adaptarse a las circunstancias. Para evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, se considera lo siguiente:

- a) Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por la jefatura de las Divisiones y Unidades administrativa, financiera y operativa: y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones;
- b) Implementación de evaluaciones independientes;
- c) Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno; y
- d) Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control.

Art. 272.- Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno, deben ser informadas oportunamente a la dirección con su respectivo plan de mejora, el cual deberá ser elaborado por el jefe de la división para garantizar una adecuada toma de decisiones.

Principio 16: Evaluaciones Continuas e Independientes del Sistema de Control Interno

Evaluaciones Continuas e Independientes

Art. 273.- El Titular, a través de los equipos de supervisión integral, establecidos en el Plan Operativo Anual desarrollará y lleva a cabo evaluaciones de forma

continua e independiente, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones Continuas

Art. 274.- El Titular, establecerá en los procesos administrativos, financieros y operativos las evaluaciones de forma semestral que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 275.- Las evaluaciones operativas serán afectadas por las jefaturas de cada unidad organizativa, por la subdirección administrativa y por los jefes de División, por lo cual, cada jefatura deberá crear los instrumentos necesarios para realizarlas y elaborarán un informe anual con los resultados, el cual deberá remitir a su jefe inmediato superior.

Evaluaciones Independientes

Art. 276.- El Hospital, es sujeto a evaluaciones independientes por parte de su Unidad de Auditoría Interna del MINSAL y de la Corte de Cuentas de la República, estas evaluaciones se ejecutan periódicamente y determinan si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es desarrollado de manera efectiva.

Art. 277.- El alcance y frecuencia de las acciones de control que realiza la Unidad de Auditoría Interna del MINSAL, dependen de los resultados de la evaluación de riesgos y de la efectividad de las acciones implementadas.

Art. 278.- El sistema de Control Interno será evaluado en cada una de las dependencias del Hospital, en la fase de planificación de las auditorias que se encuentren programadas en el plan anual de trabajo de la unidad de auditoria interna.

Principio 17: Evaluación y Comunicación de Deficiencias de Control Interno

Evaluación y Comunicación de Deficiencias

Art. 279.- El Titular, en coordinación con la jefatura de las Divisiones, Unidades administrativas, financieras y operativas, evaluará y comunicará de forma oportuna las deficiencias de control interno a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Art. 280.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital, las unidades organizativas deben revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

Art. 281.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada al menos cada tres años por el Hospital, o cuando las circunstancias lo ameriten, esta labor estará a cargo de una comisión conformada por miembros de las áreas Administrativa, Financiera y Operativa, nombrada por el Director.

Art. 282.- El proyecto de modificación o actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial, previa cancelación de los derechos de publicación por el Hospital.

Art. 283.- El Titular, a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a los funcionarios y empleados de todos los niveles; así como, de verificar la aplicación de las mismas

en los procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 284.- Derogase el Decreto No 4 emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 9 de abril 2008, publicado en el Diario Oficial No. 85, tomo 379, de fecha 9 de mayo de 2008.

Art. 285.- El presente Decreto, entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los veintiséis días del mes de mayo del año dos mil veintidós.

LIC. ROBERTO ANTONIO ANZORA QUIROZ
PRESIDENTE

LICDA. MARIA DEL CARMEN MARTINEZ BARAHONA
PRIMERA MAGISTRADA

LIC. JULIO GUILLERMO BENDEK PANAMEÑO
SEGUNDO MAGISTRADO