



MINISTERIO DE SALUD

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL
HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, CABAÑAS**

Ilobasco, departamento de Cabañas de 2021



MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, CABAÑAS

AUTORIDADES

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Salud

Dra. Ana Irma Aguilar de Arteaga
Viceministra de Operaciones en Salud

Dra. Carmen Guadalupe Melara de García
Coordinadora Nacional de Hospitales

Dra. Silvia Graciela Guandique Guzmán
Directora Hospital Nacional de Ilobasco



Equipo Técnico

Lic. Pablo Bonilla Santos

Jefe División administrativa (Hospital Regional y Departamental)

Lic. José Iván Miranda Flores,

Jefe Departamento Financiero Contable (Hospital Regional y Departamental)

Lic. Lesser Merlows Martínez Ayala

Jefe Departamento de Recursos Humanos (Hospital Regional y Departamental)

Dra. Berta Julia Cerón Hernández

Colaborador Técnico Médico con funciones de Asesor de Suministros

Dr. Herberth Francisco Cortez Funes

En Funciones de Jefe Departamento Médico Quirúrgico

Lic. Manuel de Jesús Díaz de la Cruz

En funciones de Enfermera Jefe Departamento de Enfermería

Lic. Raúl Ernesto Ángel Monterrosa

Jefe Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales

Licda. Reyna de la Cruz Alvarado Alvarado

Asesor Jurídico y Coordinadora del Equipo Técnico

Licda. Silvia Carolina Romero Fuentes

En funciones de Enfermera Sub Jefe Departamento de Enfermería



FICHA CATALOGRÁFICA

2021 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de:

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, CABAÑAS

Tiraje: 2ª. Edición. 2021.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591-7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Vice ministerio de Políticas de Salud

Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Vice ministerio de Servicios de Salud

Dirección Nacional de Hospitales

Hospital Nacional de Ilobasco, Cabañas

Final 4ta calle poniente, barrio el calvario, tel. 2347-5000

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Vice ministerio de Salud, Vice ministerio de Operaciones de Salud.

Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales.



ÍNDICE

	N° de página
Acuerdo.	1
I. Introducción.	2
II. Objetivos del Manual.	3
III. Descripción y funciones de la Dirección.	4
IV. Descripción de Dependencias que conforman la Dirección.	14
a) Unidad Organizativa de la Calidad (UOC).	14
b) Departamento Medico Quirúrgico.	18
c) Médicos Especialistas.	27
d) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI).	30
e) Unidad Financiera Institucional.	33
f) Departamento de Recursos Humanos	38
g) División Administrativa	42
h) Departamento de Enfermería	59
i) Unidad de Asesoría Jurídica	63
j) Abastecimiento	64
k) Departamento de Servicios Diagnostico y de Apoyo	67
l) Departamento de Epidemiología	94
V. Revisión y actualización del Manual.	96
VI. Vigencia.	96



ACUERDO N°175

EL ÓRGANO EJECUTIVO EN EL RAMO DE SALUD

CONSIDERANDO:

- I. Que el Art. 41 numeral 4 del Código de Salud, establece que corresponde al Ministerio, Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- II. Que el Art. 13 del Reglamento General de Hospitales, establece "Los Hospitales, de acuerdo a su categoría, deben contar con una estructura organizacional similar, para lo cual deben elaborar el manual de organizaciones y funciones y emitirlo, previa revisión y aval de la instancia inmediata superior y autorización del MINSAL".
- III. Que es necesario el ordenamiento y sistematización de la organización y funciones del Hospital Nacional de Ilobasco, Cabañas con el propósito de desarrollar las funciones de forma ágil y oportuna acorde al funcionamiento en Redes Integrales e Integrada de Salud (RIIS);

POR TANTO: en uso de sus facultades legales, ESTA DIRECCION ACUERDA emitir el siguiente:

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO, CABAÑAS.



I. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene el propósito de exponer la conformación organizativa del Hospital Nacional de Ilobasco, categorizado como Básico de Segundo Nivel de atención, dependiente de la Dirección Nacional de Hospitales de segundo nivel de atención, Vice ministerio de Salud y Vice ministerio de Operaciones del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL.

De igual forma contiene los antecedentes, la Visión y la Misión del Hospital y su despliegue en Objetivos y funciones que marcan las directrices y lineamientos generales para la toma de decisiones, en la administración de los procesos que lo integran.

La implementación de las Redes Integrales e Integradas de Salud, en adelante RIIS, para brindar la atención entre los diferentes Niveles, de igual manera se contribuye a la Categorización de Hospitales, la definición de la cartera de prestaciones y la relevancia de la mejora continua de la calidad, así como el compromiso del Órgano Ejecutivo para que todas las instituciones públicas cumplan con la “Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública”, que vincula la calidad en la gestión con los propósitos fundamentales siguientes:

- Toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, bajo el principio de corresponsabilidad social.
- La gestión pública tiene que orientarse para resultados, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, por medio del control social y rendición periódica de cuentas.

Todo lo anterior hace necesario la estructuración del Manual de organización y funciones del Hospital Nacional de Ilobasco, para poder fortalecer la organización, de tal forma que permita proporcionar el servicio de atención que le corresponde de manera eficiente.

Así también este Manual contiene la descripción de las funciones que competen al Hospital, la estructura organizativa y la dependencia jerárquica de los ambientes administrativos y operativos que lo conforman.



MISION

Somos un Hospital Nacional básico de segundo nivel de atención que brinda servicios de salud a la población que lo requiere, con calidad y de forma eficiente, garantizando a los habitantes la cobertura de los servicios oportunos, integrales e integrados como RIIS, con equidad para contribuir a lograr la mejora de la salud.

VISION

Ser una institución hospitalaria, que responda a las necesidades de la población que atendemos y que brinde servicios oportunos, integrales e integrados como RIIS con calidad para la conservación y restablecimiento de la salud de los usuarios haciendo uso de la referencia, retorno e interconsulta oportuna en coordinación con el primero, segundo y tercer nivel de atención.

II. OBJETIVOS DEL MANUAL

General

Disponer de una guía que facilite el desarrollo de las funciones administrativas y operativas del Hospital, estableciendo las funciones de las dependencias organizativas de la Institución.

Específicos

- 1) Establecer las diferentes relaciones entre las dependencias, para el cumplimiento de objetivos y funciones generales y específicas de cada Unidad Organizativa del hospital.
- 2) Servir de apoyo en la capacitación continua del personal tanto de nuevo ingreso, como para el desarrollo del existente.
- 3) Permitir la implementación de estándares efectivos basados en procedimientos sistematizados.

III. DESCRIPCIÓN Y FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección Nacional de Hospitales.

DEPENDENCIAS QUE INTEGRAN LA DIRECCIÓN

- A) Unidad Organizativa de Calidad.
- B) Departamento Médico Quirúrgico.
- C) Médicos Especialistas.
- D) Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI).
- E) Unidad Financiera Institucional (UFI).
- F) Departamento de Recursos Humanos.
- G) División Administrativa.
- H) Departamento de Enfermería.
- I) Unidad de Asesoría Jurídica
- J) Abastecimiento
- K) Departamento de Servicios Diagnósticos y de Apoyo.

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, y controlar las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del Hospital, mediante servicios de emergencia, ambulatorios y de hospitalización, además, coordinar con los diferentes establecimientos del sistema de referencia, retorno e interconsulta, apoyo e intercambio de recursos y soporte técnico, ejerciendo una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente, cumpliendo con el marco regulatorio establecido y modelo de atención, a fin de brindar servicios de salud con calidad.



VISION

Conducir y asegurar los servicios hospitalarios sostenibles, equitativos, eficientes y transparentes, para el logro de la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

OBJETIVOS

General

Dirigir el funcionamiento del Hospital a través de la aplicación de normativas y documentos regulatorios, en el marco de la Política Nacional de Salud, para cumplimiento de los objetivos del Ministerio de Salud.

Específicos

- 1) Cumplir y hacer cumplir las Leyes, reglamentos e instrumentos técnicos jurídicos, establecidos por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Hospitales.
- 2) Establecer y cumplir la atención médica propia del Hospital Básico y de acuerdo al perfil epidemiológico de este nivel.
- 3) Cumplir con catálogo de prestación de servicios propio de la categoría en los procesos de atención médico-quirúrgica, para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa de Especialidad.

FUNCIONES

General

Gestionar la atención de pacientes que requieran servicios en salud de forma espontánea ya sea hospitalaria o ambulatoria, y los que sean referidos de y a otros niveles de atención en las cuatro especialidades básicas, para resolverles sus problemas de salud, según el sistema de referencia y retorno.



Específicas

1. Ejercer la representación legal del hospital.
2. Desarrollar el proceso para el establecimiento de los objetivos estratégicos del hospital, a partir de estos definir las acciones y tareas que deberán reflejarse y controlarse en los planes de trabajo a nivel institucional.
3. Coordinar la formulación de los planes estratégicos y operativos, así como monitorear la ejecución y evaluación.
4. Cumplir y hacer que se cumplan las actividades encaminadas a la atención del usuario.
5. Acordar convenios específicos con otras instituciones dentro del marco de los convenios generales firmados por el o la Titular del Ramo y otros que, como institución se consideren convenientes.
6. Desarrollar, hacer cumplir y evaluar el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria.
7. Evaluar el cumplimiento de las funciones de las personas que ocupan los puestos de las jefaturas bajo su cargo.
8. Cumplir y hacer cumplir reglamentos, normas de control interno y demás disposiciones legales dictadas por las autoridades competentes.
9. Convocar y presidir el Consejo Estratégico de Gestión y otras reuniones de Carácter administrativo y técnico, que por su nivel e importancia así lo requieran.
10. Establecer las coordinaciones pertinentes y las relaciones adecuadas con las organizaciones sindicales y gremiales del hospital y con los organismos y organizaciones del territorio, de acuerdo con los lineamientos que dicta el Ministerio de Salud para este fin.
11. Dirigir el proceso de integración en su institución y participar activamente en el Consejo de Gestión de Red, micro red, departamental y Regional, para la ejecución y seguimiento del funcionamiento en RIIS.
12. Aprobar y controlar la emisión de informes oficiales del hospital incluidos los Datos estadísticos, dictámenes periciales, resúmenes de historias clínicas y otros



- documentos probatorios de la actuación médica.
13. Cumplir y hacer cumplir las medidas para garantizar el control económico, la prevención y el enfrentamiento de las indisciplinas, ilegalidades, delitos y la corrupción.
 14. Autorizar la realización de consultas, procedimientos diagnósticos, intervenciones quirúrgicas u otras actividades médicas por parte de profesionales procedentes de otra institución en su hospital.
 15. Planificar, organizar y controlar las medidas para la preparación del recurso Humano y trabajadores del hospital con el objetivo de dar cumplimiento a los planes de desastres, emergencias y contingencias.
 16. Gestionar ante los titulares del ramo los recursos necesarios para el buen funcionamiento del hospital.
 17. Proponer las modificaciones al presupuesto anual asignado y la inversión de los recursos económicos del hospital, vigilando los diversos gastos que deban hacerse.
 18. Mantener la debida coordinación técnica administrativa en el sistema hospitalario de redes.
 19. Cumplir y facilitar la aplicación de la Ley de Acceso a la Información Pública en las diferentes unidades de su responsabilidad.
 20. Cumplir y hacer que se cumplan las actividades encaminadas a la atención del paciente hospitalario.
 21. Impedir que se realice al interior de las instalaciones hospitalarias, actividades comerciales, tales como promoción, publicidad, incluyendo actividades académicas con este fin, visita médica, entrega de muestras médicas, sucedáneas de la lactancia materna, cupones de descuento para estudios diagnósticos y cualquier otra actividad de promoción o publicidad.
 22. Emitir los acuerdos y resoluciones hospitalarias necesarias, para la organización



- y funcionamiento del hospital. La Dirección Nacional de Hospitales emitirá los instrumentos técnico jurídico necesario para definir la estructura de tales documentos.
23. Cumplir las demás funciones y responsabilidades que se le asignen por la dirección nacional de hospitales de segundo nivel de atención del Ministerio de Salud y las demás contempladas en el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo.
 24. Planificar, ejecutar y evaluar de manera conjunta en función de las RIIS para definir intervenciones que contribuyan a la calidad de la atención.
 25. Trabajar coordinadamente en base al Sistema de Emergencias Médicas.
 26. Elaborar informes y otros requerimientos sobre los servicios que proporciona el Hospital que soliciten los Titulares y la Dirección Nacional de Hospitales.
 27. Dirigir los procesos de atención médica integral y administrativa, de acuerdo con la Misión y Objetivos; con base en las políticas establecidas para el uso coordinado y racional de los recursos asignados.
 28. Coordinar la elaboración e integración del Plan Operativo Anual del Hospital y del proyecto de presupuesto y presentarlo a las autoridades superiores para su consideración y aprobación.
 29. Procurar y promover que el presupuesto autorizado se ejerza de acuerdo con los objetivos, metas trazadas, los indicadores y procesos generales establecidos.
 30. Cumplir y hacer cumplir las medidas para garantizar el control financiero, la prevención y la solución de las faltas administrativas y los posibles delitos poniéndolos en conocimiento de la autoridad competente.
 31. Aprobar y controlar la emisión de informes oficiales del Hospital, incluidos los Datos estadísticos, dictámenes periciales, resúmenes de historias clínicas y otros documentos probatorios de la actuación médica.
 32. Contribuir de forma integrada con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, con el funcionamiento efectivo en RIIS, para mantener la salud de la población que lo solicita.



33. Vigilar la aplicación de los indicadores autorizados para la evaluación y medición del desempeño, productividad, calidad y eficiencia de los procesos y servicios médico-administrativos, así como difundir la metodología para su aplicación.
34. Desarrollar coordinadamente con los establecimientos del Primer nivel de Atención, de la Región de Salud y SIBASI respectivo, la referencia, retorno e interconsulta, los procesos de planificación, organización, ejecución y control de las acciones de salud en RIIS.
35. Participar en el Consejo de Gestión Municipal, en el marco de las RIIS.
36. Participar en el análisis y vigilancia epidemiológica de las condiciones de salud/enfermedad atendidas en el Hospital.
37. Participar en la elaboración del Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) y las necesidades de medicamentos, insumos médicos y reactivos de laboratorio dando seguimiento a las existencias y consumos asegurando la disponibilidad de estos para la continuidad de los servicios de salud.
38. Monitorear y evaluar la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), verificando el cumplimiento de las funciones de los diferentes comités que la integran, principalmente en las funciones tales como:
 - a) De ética, para supervisar al personal que cumplan con las normas éticas y morales en el desempeño de sus funciones.
 - b) De auditoría, para realizar la evaluación del resultado de la calidad en el proceso de atención médica, de forma integral y permanente, proponiendo las soluciones pertinentes a los problemas identificados.
 - c) De actividad quirúrgica, para supervisar las atenciones y procedimientos, que se llevan a cabo durante el preoperatorio, el acto anestésico quirúrgico, el postoperatorio y el alta.
 - d) De evaluación de la mortalidad, para análisis de la atención proporcionada a casos de personas fallecidas en la institución, con la finalidad de identificar las causas.



- e) De la prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria, para contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, vigilando que se cumplan las medidas sanitarias para evitar y controlar este tipo de infecciones.
 - f) De Fármaco vigilancia, para participar en la formulación de estrategias que permitan el desarrollo de actividades relacionadas con el control y uso racional de medicamentos, con base al LIME.
 - g) De evaluación de medicina transfusional, para implementar estrategias viables y factibles, que aseguren el uso eficiente de la sangre y sus componentes, mediante la promoción, implementación, seguimiento y evaluación sistematizada de las buenas prácticas de su uso.
 - h) De lactancia materna, para promover la lactancia materna, fomentando el apego precoz y la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad, iniciando con la promoción de esta, desde el control prenatal.
 - i) De seguridad y salud ocupacional, para supervisar que se cumplan los requisitos de seguridad y salud ocupacional, a fin de garantizar un nivel adecuado de protección y seguridad para el personal.
 - j) Desastres, emergencias y contingencias, para supervisar el cumplimiento de las medidas de manejo del riesgo y desastres, realizando actividades para la elaboración de planes de emergencia y contingencia.
39. Las demás que señalen las Leyes, Reglamentos y otros Instrumentos Técnicos Jurídicos aplicables.

CONSEJO ESTRATEGICO DE GESTION

El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital Nacional de Ilobasco, es el órgano presidido por la Dirección, para apoyar y participar en el diseño, Planificación, implementación, control y evaluación de las Políticas Estrategias y Programas de la institución.



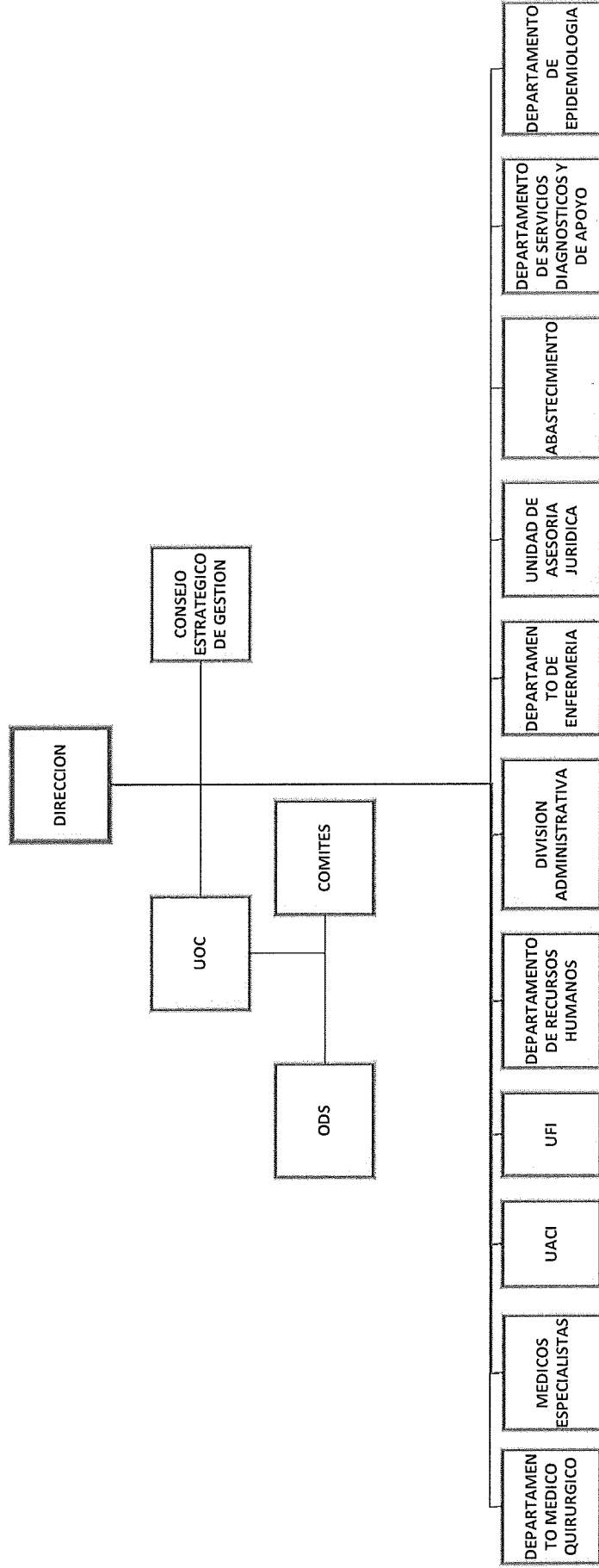
El Consejo Estratégico de Gestión está conformado por la Dirección, Jefe del Departamento Médico Quirúrgico, jefe de División Administrativa, el Jefe del Departamentos de Servicios Diagnósticos y de Apoyo, jefe Departamento de Enfermería, Epidemiólogo, Asesor de Medicamentos, Jefe de Estadísticas y Documentos de Salud, Jefe UOC, Jefe de Laboratorio Clínico. Se podrá incorporar como invitados a los técnicos respectivos de acuerdo a los temas a discutir y a las características y complejidad del Hospital.

La Dirección del Hospital y el Consejo Estratégico de Gestión tienen además como órganos asesores, a los Comités y Comisiones Permanentes y Temporales.

En lo referente a los Comités y Comisiones, sus integrantes serán nombrados por la Dirección para el estudio o seguimiento de problemas o situaciones Institucionales o de salud, para plantear propuestas de solución.

La periodicidad de las reuniones del Consejo Estratégico de Gestión, será de acuerdo a las necesidades institucionales que se requiera a convocatoria de la Dirección. Para Su funcionamiento se debe elaborar, discutir y aprobar los Planes mensual y anual, que permita definir el orden para la sesión correspondiente. Deben participar en la elaboración y evaluación del Plan Operativo Anual.

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION





RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Consejo Estratégico de Gestión, Departamentos, Unidades, Comités y demás dependencias del Hospital.

Para: coordinar las diferentes acciones relacionadas con la gestión institucional.

Externas

Con: Dirección Nacional de Hospitales.

Para: coordinar oportunamente el desarrollo de la gestión local tanto en lo financiero como en lo operativo en cumplimiento de las directrices emanadas de la Dirección Nacional de Hospitales.

Con: Gobernación Departamental de Cabañas.

Para: Coordinar, organizar y colaborar en diferentes actividades según competencia.

Con: Región Paracentral de Salud.

Para: Coordinación y trabajo en RIIS.

Con: Consejo de Gestión de la Micro Red.

Para: Coordinar la prestación de servicios de salud en la respectiva Micro Red Articulando las acciones con el Nivel Local, con la UCSF, del área de responsabilidad.

Con: Consejo de Gestión de la Red Departamental de Salud.

Para: Coordinar la prestación de servicios de salud, articular las acciones en el departamento y el abordaje de las determinantes sociales de la salud.

Con: Diferentes instituciones gubernamentales.



Para: Coordinar acciones que potencien el funcionamiento del Hospital en la atención de las personas.

Con: Sistema Nacional de Protección Civil.

Para: Coordinar acciones de prevención y mitigación de riesgos en el caso de emergencias y desastres.

Con: Alcaldías Municipales.

Para: Coordinar el funcionamiento y seguimiento de acuerdos de las reuniones de la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) y los Consejos de Gestión de las Redes, que permitan un abordaje integral para epidemias, emergencias y desastres.

DESCRIPCIÓN DE DEPENDENCIAS QUE CONFORMAN LA DIRECCIÓN

A) UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Somos una unidad organizativa de profesionales multidisciplinaria que trabaja, estudia y analiza las necesidades en calidad de nuestro hospital con el fin de cumplir con los objetivos y metas establecidas a corto y mediano plazo buscando una mejora continua en la atención de nuestros usuarios.



VISIÓN

Ser una unidad organizativa de calidad hospitalaria conocida por todo el personal con capacidad de dar respuesta adecuada y oportuna a los diversos problemas que se presenten tomando como base las estrategias de calidad, con el fin de buscar permanentemente la mejora en la atención al usuario.

OBJETIVOS

General

Mejorar la calidad de la atención en los servicios hospitalarios que permita aportar el funcionamiento eficiente y eficaz del establecimiento de salud, enmarcado dentro de la RIIS; implementando un liderazgo organizado y coherente con el enfoque de Derecho a la Salud.

Específicos

1. Formar una estructura que facilite y permita el desarrollo integral y permanente de la calidad de los servicios hospitalarios.
2. Evaluar la calidad de los procesos hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH).

FUNCIONES

- a) Capacitar al personal sobre la Estrategia de Mejoramiento Continuo de los Servicios Hospitalarios (EMCSH).
- b) Cumplir con los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con la EMCSH.
- c) Proponer al Consejo Estratégico de Gestión soluciones de impacto, a través de la UOC según evaluación periódica de los indicadores de calidad.
- d) Promover la participación de los diferentes Comités.
- e) recolectar, analizar e informar los estándares de calidad y sus resultados:

1. Evaluar la calidad de atención hospitalaria mediante el análisis de documentos, en especial el expediente clínico.
2. Identificar los factores de riesgo para los pacientes, proponiendo las medidas para la prevención de los mismos, creando así un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos.
3. Evaluar los resultados de la implementación de la mejora a los problemas detectados.

SERVICIOS QUE LA CONFORMAN

1. Oficina por el Derecho a la Salud (ODS)

MISIÓN

Realizar acciones para el diagnóstico e investigaciones sociales de los casos atendidos en los servicios del establecimiento, contribuyendo con el tratamiento y recuperación de los pacientes; brindando atención de calidad a la población, velando por el cumplimiento del derecho humano a la salud, con trato digno respetuoso.

VISION

Ser la oficina que brinde apoyo a los usuarios orientando, informando acompañando y solventando sus necesidades, garantizando así la satisfacción del usuario por los servicios prestados.

FUNCIONES

1. Clasificación, análisis y seguimiento a quejas, avisos, reclamos, peticiones, consultas, sugerencias y felicitaciones, notificando a dirección y jefaturas correspondientes.
2. Participar en la apertura de buzones de sugerencias.
3. Difundir los Derechos y Deberes de los pacientes.
4. Aplicación y análisis de encuestas de satisfacción de los pacientes.
5. Monitoreo, investigación y seguimiento de procesos de resolución de solicitudes y quejas.



6. Seguimiento a los mecanismos e instancias de participación social en salud que se desarrollan en el hospital: encuestas, buzones de sugerencia y otros.
7. Coordinar actividades con la Unidad por el Derecho a la Salud de Nivel Central Ministerio de Salud, según necesidad.
8. Elaboración Mensual de informes de procesos de atención realizada.
9. Capacitar al personal en temas de Derechos Humanos, Ley de Derechos y Deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud.
10. Mantener el resguardo de la información documental y electrónica de la oficina.

COMITES QUE LA CONFORMAN

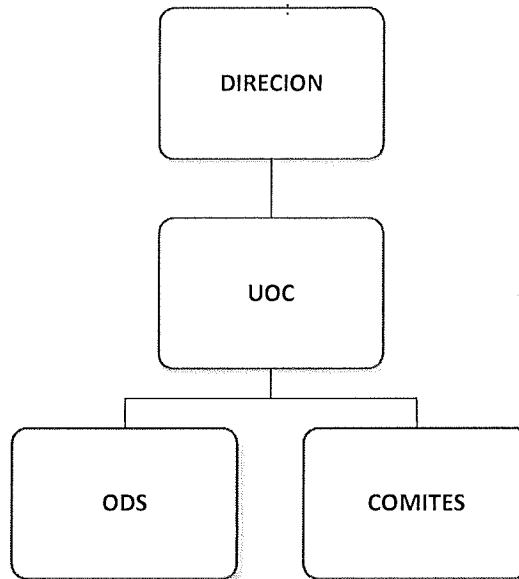
- 1) Comité de Bioética Hospitalaria
- 2) Comité de Auditoría Clínica
- 3) Comité de la Actividad Quirúrgica Hospitalaria.
- 4) Comité de Mortalidad Hospitalaria, incluye Comité de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
- 5) Comité para la Prevención y Control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- 6) Comité Fármaco Terapéutico y Fármaco vigilancia.
- 7) Comité Transfusional Hospitalario.
- 8) Comité de Lactancia Materna.
- 9) Comité de Seguridad y Salud Ocupacional.
- 10) Comité para Desastres, Emergencias y Contingencias.

Y otros de acuerdo a la complejidad, estructura orgánica o aspectos legales en las que participe el Hospital, lo cual requerirá aprobación de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Coordinación de Redes Complejas.

Los Comités serán constituidos y designados mediante Acuerdo institucional, y sus integrantes serán designados para el plazo de dos años, pudiendo ser designados nuevamente para otro período.



ORGANIGRAMA



B) DEPARTAMENTO MÉDICO QUIRURGICO

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades técnico-administrativas del Departamento Médico-Quirúrgico del Hospital, de acuerdo a la normativa, guías y protocolos de atención establecidos, a fin de brindar servicios de salud en forma eficiente, equitativa y de calidad.

OBJETIVOS

General

Proporcionar servicios médicos a pacientes que demanden y ameriten atención en este hospital.



Específicos

- 1) Brindar atención médica de forma oportuna.
- 2) Proporcionar atención a los usuarios, cumpliendo las guías clínicas de atención médicas establecidas por el MINSAL.
- 3) Facilitar la gestión de las Áreas que conforman el Departamento Médico Quirúrgico, con la finalidad de cumplir los objetivos del hospital.

FUNCIONES

General

Planificar, programar y coordinar las actividades médico-asistenciales y académicas, así como en las diferentes actividades delegadas por la dirección.

Específicas

- 1) Coordinar y evaluar el cumplimiento de los planes de trabajo de las dependencias de responsabilidad; conforme con los objetivos, políticas y estrategias dictadas por las instancias competentes de la Institución.
- 2) Vigilar el mantenimiento de la disciplina, trabajo, eficiencia y del servicio de salud proporcionado por el personal de su responsabilidad, así como del correcto funcionamiento de las áreas de servicio que se encuentran bajo su jurisdicción.
- 3) Supervisar, asesorar y evaluar el trabajo de los médicos Generales en los diferentes servicios del hospital.
- 4) Coordinar las acciones para la investigación de Auditorias Médicas, educación continua, prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria y de los mecanismos para la evaluación y seguimiento de la atención médica.
- 5) Coordinación con médico asesor de suministros y Departamento de Enfermería para lograr el oportuno abastecimiento de equipo, medicamentos e instrumental, para una adecuada atención a los usuarios
- 6) Apoyar al Director(a) del Hospital en el desarrollo de los procesos médico-administrativos para que la atención médica se brinde en forma integral.



- 7) Coordinar se proceda de acuerdo con los instrumentos técnicos jurídicos, en los casos de pacientes implicados en situaciones judiciales y que hayan ingresado al Hospital.
- 8) Elaborar y presentar informes y reportes según requerimiento de la Dirección.
- 9) Coordinar con las Áreas de su dependencia la elaboración del plan de trabajo anual.
- 10) Verificar el cumplimiento de los instrumentos técnico jurídico
- 11) Actualizar al personal de salud acerca de diferentes normas y lineamientos de vigilancia sanitaria.
- 12) Revisar y Actualizar Plan de Emergencias, Desastres y Contingencias.
- 13) Proponer al Director/a del Hospital, proyectos de mejoras.
- 14) Formar parte del Concejo Estratégico de Gestión.
- 15) Facilitar información para la aplicación de la Ley de Acceso a la Información Pública, cuando sea solicitado.
- 16) Asumir todas aquellas funciones que le delegue el director.

DESCRIPCIÓN DE ÁREAS QUE CONFORMAN EL DEPARTAMENTO MÉDICO QUIRÚRGICO

1. Médicos Generales
2. Unidad de Cuidados Paliativos

1. Médicos Generales

MISIÓN:

Brindar atención de salud preventiva, curativa y de hospitalización a pacientes de leve a mediano riesgo, así como también desarrollar actividades, cumpliendo con la normativa, guías y protocolos de atención establecidos, contribuyendo a brindar servicios de salud con calidad a la población.

VISION:



Ser un departamento que responda a las necesidades operativas que se necesiten para brindar una atención adecuada e idónea para que el recurso médico tenga la cualidad de atender a los usuarios de una manera preventiva y curativa en las diferentes áreas, emergencia, hospitalización y consulta externa, para el logro de una mejor atención de la población en general.

Objetivos.

General

Establecer los procesos para la organización, coordinación, control y evaluación en los procedimientos operativos del Departamento Médico del Hospital.

Específicos

1. Brindar atención médica integral e integrada en el ciclo de vida con base a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
2. Participar en actividades de educación continua de la institución.
3. Cumplir con las normas, protocolos y/o procedimientos establecidos.

Función general

Planificar, organizar, dirigir, controlar el cumplimiento de las normas, guías clínicas y protocolos emitidos por el Ministerio de salud y el hospital en la aplicación de los procedimientos operativos mediante las auditorías de expedientes clínicos en los casos que lo ameriten.

Funciones Específicas

1. Realizar una evaluación completa al ingreso de cada paciente asignado a su servicio y escribir una historia clínica.
2. Establecer plan de diagnóstico y tratamiento siguiendo lo establecido en las guías terapéuticas.



3. Conocer el estado, evolución y resultado de los exámenes de laboratorio y gabinete y estar alerta a los cambios de la condición del paciente e informar al médico especialista o al médico jefe de turno.
4. Establecer una buena relación médico – paciente, manteniéndolo a él y a su familia informado de toda la evolución y pronóstico.
5. Responder oportunamente al llamado del personal médico o paramédico ante situaciones de emergencia en los pacientes ingresados en los servicios.
6. Gestionar prontamente las inter consultas, indicadas a sus pacientes.
7. Registrar diariamente en el expediente clínico la evolución, planes terapéuticos, indicaciones y procedimientos diagnósticos necesarios, deberá incluir sello y firma de responsable.
8. Elaborar el retorno de alta de sus pacientes asignados en el respectivo servicio.
9. Asistir regularmente a las sesiones clínicas y académicas programadas.
10. Pasar visita con el médico especialista, según estos lo consideren necesario y cumplir las indicaciones que estos hagan.
11. Realizar procedimientos en el servicio bajo la instrucción y supervisión del médico especialista del servicio.
12. Velar porque los pacientes ingresados tengan sus indicaciones al día, notas de evolución diarias y exámenes de laboratorio y gabinete completos, o sugerir algunos que hagan falta.
13. Asumir los roles de primero o segundo ayudante cuando se trate de cirugías mayores, de urgencia o electivas, en las áreas quirúrgicas. Podrá realizar procedimientos de cirugía menor ambulatoria o en algunos casos de cirugía mayor que requieran hospitalización.
14. No abandonar el hospital durante el día o el turno a menos que sea autorizado por su jefe inmediato y siempre que existan motivos justificados.
15. Realizar los turnos asignados de acuerdo a la distribución establecida.
16. Colaborar con el Médico especialista durante los turnos en el manejo de los pacientes delicados.
17. Realizar actividades administrativas asignadas por la jefatura correspondiente.



18. Generar información solicitada por la jefatura inmediata.
19. Registrar oportunamente las actividades desarrolladas en instrumentos establecidos.
20. Cumplir con lo establecido en el plan de emergencias y desastres.
21. Cumplir el reglamento interno de la institución.

2. Unidad de Cuidados Paliativos.

MISION

Ayudar a todos los pacientes que adolecen una enfermedad crónica priorizada a recibir una atención oportuna, a través de la identificación temprana, evaluación y tratamientos para el manejo del dolor agudo- crónico y otros problemas que sean de orden físico, psicosocial o espiritual y al final de la vida; con el equipo multidisciplinario, mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus allegados.

VISION

Ser la Unidad del dolor y cuidados paliativos que brinda atención a pacientes y cuidadores con enfermedad crónica priorizada o potencialmente mortal.

OBJETIVOS

General

Brindar la atención integral con calidad por el equipo multidisciplinario, con involucramiento de la familia, en cuidados paliativos a los pacientes que consultan o se encuentran ingresados en el hospital nacional de Ilobasco.

Específicos

1. Identificar pacientes que ameriten cuidados paliativos y manejo del dolor.
2. Brindar seguimiento a pacientes que ameriten cuidados paliativos y manejo del dolor.



3. Involucrar a la familia y comunidad para apoyo en cuidados paliativos, manejo del dolor y fases del duelo.
4. Socializar temas sobre cuidados paliativos y manejo del dolor al personal multidisciplinario.
5. Formar una alianza con el comité fármaco terapéutico para abastecimiento de los fármacos indispensables para la atención paliativa y manejo del dolor.

FUNCION GENERAL:

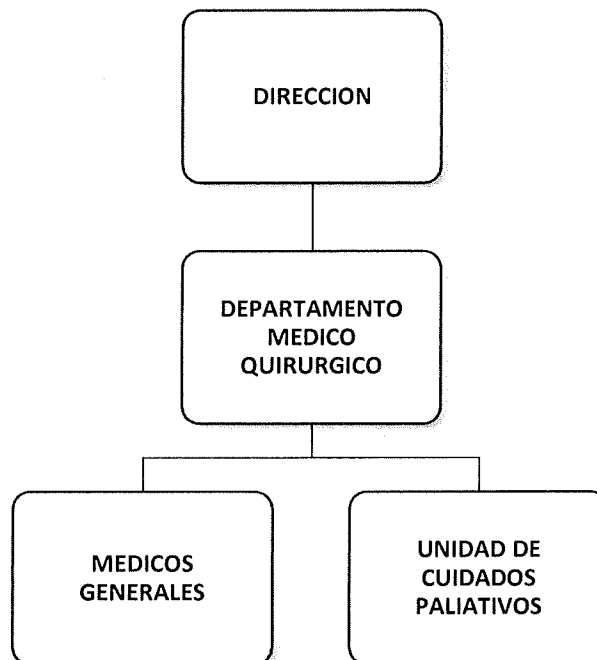
Brindar atención a todo paciente con enfermedades crónicas priorizadas que ameriten un abordaje integral para el manejo del dolor y cuidados paliativos.

FUNCIONES ESPECIFICAS:

1. Evaluación multidisciplinaria como unidad del dolor y cuidados paliativos de los pacientes ingresados en el área de hospitalización que ameriten dicha atención y discusión del caso.
2. Atención de pacientes en la unidad del dolor y cuidados paliativos de consulta externa.
3. Atención de Interconsultas del área de emergencia y hospitalización.
4. Reuniones de la unidad del dolor y cuidados paliativos con el grupo de apoyo familiar cuando es necesario como parte del confort y tratamiento de soporte del paciente.
5. Coordinar con trabajo social en aquellos casos en los que hay riesgo social.
6. Coordinación con fisioterapia para proporcionar terapia física y ocupacional.
7. Coordinación con personal de enfermería para la realización de cuidados generales.
8. Coordinación con psicología para el soporte emocional del paciente con enfermedad crónica y familiares; además seguimiento en su fase de duelo.
9. Coordinación con especialidades médicas para manejo del dolor agudo y crónico.
10. Coordinación con anestesiología para el manejo del dolor agudo postquirúrgico.
11. Coordinación con alimentación y dietas para la evaluación nutricional del paciente que lo amerite.

12. Promoción y educación de la atención paliativa.
13. Coordinar con los miembros de otras unidades del dolor y cuidados paliativos, para la referencia oportuna de aquellos pacientes que ameritan atención sub-especializada por la complejidad de su patología.
14. Llevar un informe sobre el abastecimiento de los medicamentos de la unidad del dolor y cuidados paliativos.
15. Participar en reuniones del comité farmacoterapéutico.
16. Realizar actividades en conmemoración al día mundial de cuidados paliativos.
17. Reuniones con coordinadores generales y de otros hospitales según calendarización.
18. Reuniones previa programación de la UDCP.
19. Capacitar al personal hospitalario (medico, enfermeras y personal paramédico) sobre temas de cuidados paliativos.

ORGANIGRAMA





RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Dirección.

Para: Apoyo administrativo.

Con: Departamento de servicios Diagnósticos y de Apoyo.

Para: Asegurar la continuidad de los servicios Diagnósticos y de Apoyo como la calidad de estos.

Con: **Medico Asesor de Suministros.**

Para: Asegurar el abastecimiento oportuno de los suministros necesarios para que los usuarios reciban servicios de calidad.

Con: Departamento de Recursos Humanos.

Para: Coordinar las acciones relacionadas con los recursos humanos.

Con: **Médicos Especialista y Generales.**

Para: Coordinar la prestación de servicios de salud.

Externas

Por designación de la Dirección

Con: Hospitales de referencia y establecimientos de salud de las RIIS.

Para: Coordinar las acciones para la prestación de servicios de salud.



C) MEDICOS ESPECIALISTAS

OBJETIVOS

General

Brindar atención médica a pacientes de acuerdo a una de las ramas básicas de la Medicina, mediante la aplicación de procedimientos médicos y/o quirúrgicos de complejidad diagnóstica y terapéutica, con base a la normativa, guías y protocolos de atención establecidos a fin de brindar servicios de salud con calidad y oportunidad a la población, contribuyendo con la recuperación de la salud del paciente.

Específicos

- 1) Dar tratamiento y seguimiento a pacientes que ameritan evaluación por médicos especialistas.
- 2) Cumplir con el sistema de referencia, retorno e interconsulta cuando amerite.
- 3) Brindar servicios de salud con calidad y oportunidad a la población, contribuyendo con la recuperación de la salud del paciente.
- 4) Contar con el equipo médico básico para la atención de la especialidad.

FUNCIONES

General

Brindar atención a los usuarios, en las diferentes áreas del establecimiento.

Específicas

1. Brindar a cada usuario la atención médica de calidad.
2. Cumplir los instrumentos técnico jurídicos regulatorios establecidos por el MINSAL.
3. Efectuar una valoración diagnóstica de los problemas clínicos que detecte, utilizando el método clínico.
4. Pasar visita en los servicios de hospitalización según corresponda.



5. Prescribir los medicamentos previstos en el LIME institucional y cuando sea imprescindible un medicamento que no esté en nuestro listado, tramitarlo personalmente con asesora de medicamentos, para realizar las gestiones con carácter institucional e inter institucional o la referencia del paciente.
6. Informar al usuario y a su responsable de su estado de salud y de las medidas diagnósticas y terapéuticas que se imponen o aconsejan en su caso, siguiendo los principios de ética médica.
7. Efectuar el alta de cada usuario informando a éste o en su defecto a los familiares o acompañantes sobre los problemas de salud que se han detectado, las condiciones de salud en que el usuario queda, dejando registro en el expediente en forma explícita de las prescripciones a cumplir y las visitas posteriores a realizar ya sean en la consulta externa, en el Ecos Familiar o Ecos Especializado respectivo.
8. Firmar hoja de egreso y escribir resultados en la hoja para la contra referencia o retorno al Médico coordinador de equipo comunitario de salud familiar.
9. Participar en las reuniones técnicas administrativas del hospital, así como en las correspondientes al servicio o departamento al cual pertenece.
10. Participar en las actividades de los comités hospitalarios que le compete, a fin de contribuir con su ayuda a evaluar la marcha y calidad de la atención médica que el hospital brinda a sus usuarios.
11. Participar en la atención médica que se brinda en los diferentes servicios, de acuerdo con las asignaciones de horas establecidas y las necesidades médicas de la institución.
12. Realizar el llenado correcto y oportuno de todos los documentos médico-legales relacionados con la asistencia médica.
13. Ser responsable de la atención integral de los usuarios bajo su cuidado, en este sentido responderá por esta atención, por lo que está facultado para solicitar a otros especialistas una actuación rápida y efectiva al ser ínter consultados.
14. Participar en las auditorías medicas según su especialidad, cumpliendo lo establecido para aplicación de principios éticos en las investigaciones.



15. Coordinar el cumplimiento de trabajo al personal subalterno, exigiendo disciplina y responsabilidad en la ejecución de las tareas asignadas.
16. Cumplir con las normas, reglamentos, protocolos y/o procedimientos institucionales establecidos.
17. Llevar el registro oportuno de las actividades realizadas haciendo uso de los formularios correspondientes y presentar informes con oportunidad cuando le sean solicitados.
18. Realizar consulta de especialidad, evaluaciones e interconsultas en las áreas que lo soliciten.
19. Brindar atención en el ámbito de las especialidades que le competen, a los usuarios referidos de los diferentes establecimientos de salud.
20. Mantener el funcionamiento de las especialidades básicas, particularmente con la evaluación, supervisión y cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos y monitoreando la ejecución de las actividades programadas.
21. Coordinar las referencias, retornos e interconsultas de los pacientes con otros establecimientos de las RIIS según patologías y a tercer Nivel de Atención cuando corresponda a subespecialidades.
22. Vigilar que en las áreas se cumpla con las medidas de salud y seguridad ocupacional, así como las de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
23. Participar en las actividades académicas del Hospital.

Las demás que señale la Dirección

ORGANIGRAMA





D) UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Somos la Unidad responsable de la programación y ejecución de los diferentes procesos de compra de forma oportuna, para dar cumplimiento a los objetivos de la institución.

VISIÓN

Ser la dependencia que asegure el aprovisionamiento de bienes y servicios, en calidad y cantidad, para satisfacer de manera eficiente y oportuna las necesidades del Hospital para proporcionar los servicios de salud a la población que lo demande.

OBJETIVOS

General

Darle cumplimiento a los diferentes Instrumentos técnicos jurídicos que regulan los procesos de adquisición y contratación necesarios para el buen funcionamiento de la institución.

Específicos

1. Realizar los procesos de compra que aseguren el abastecimiento eficiente y oportuno de los bienes y servicios requeridos.
2. Gestionar capacitación para las unidades solicitantes y Administradores de Contratos, sobre el cumplimiento de los procesos de compra que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
3. Generar información eficaz, oportuna y confiable de los procesos de compra realizados en la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.



FUNCIONES

General

Planificar, Coordinar, Dirigir y Controlar las diferentes actividades referentes a la Adquisición, contratación de las obras, bienes y servicios.

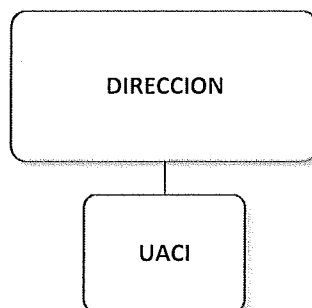
Específicas

- 1) Formular y evaluar el plan de trabajo de la Unidad.
- 2) Cumplir con las políticas, lineamientos y disposiciones técnicas que sean establecidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC) y ejecutar todos los procesos de adquisiciones y contrataciones objeto de Ley y su Reglamento.
- 3) Ejecutar los procesos de adquisiciones y contrataciones, conformando un expediente de todas sus actuaciones, del proceso de contratación, desde el requerimiento de la unidad solicitante hasta la liquidación de la obra, bien o servicio.
- 4) Mantener el enlace con la UNAC, en cuanto a las actividades técnicas, flujos y registros de información y otros aspectos que se deriven de la gestión de adquisiciones y contrataciones.
- 5) Elaborar en coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI) y unidades solicitantes, la programación anual de compras, adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios y darle seguimiento a la ejecución de dicha programación, de acuerdo con la política anual de contrataciones de la Administración Pública, el Plan de Trabajo Institucional, el presupuesto y la programación de la ejecución presupuestaria del ejercicio fiscal en vigencia y modificaciones.
- 6) Adecuar conjuntamente con la unidad solicitante las bases de licitación o de concursos, términos de referencia o especificaciones técnicas.
- 7) Realizar la recepción y apertura de ofertas y levantar el acta respectiva.
- 8) Solicitar la asesoría de peritos o técnicos idóneos, cuando así lo requiera la naturaleza de la adquisición o contratación.



- 9) Permitir el acceso al expediente de contratación, a las personas involucradas en el proceso, después de notificado el resultado y a los administradores de contrato.
- 10) Mantener actualizada la información requerida en los módulos de registro y llevar el control y la actualización del banco institucional de ofertantes y contratistas, de acuerdo al tamaño de la empresa.
- 11) Exigir, recibir y devolver las garantías requeridas en los procesos que sea necesario, así como gestionar el incremento de las mismas en la proporción en que el valor y el plazo del contrato aumente.
- 12) Informar por escrito al titular de la Institución, de forma trimestral o de acuerdo a lineamientos establecidos, sobre las contrataciones que se realicen.
- 13) Brindar a la comisión de evaluación de ofertas, o a la comisión de alto nivel la asistencia que se requiera para el cumplimiento de sus funciones.
- 14) Proporcionar oportunamente a la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC), toda información que requiera.
- 15) Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.
- 16) Cumplir con otras actividades inherentes a su cargo, que le sean designadas por su jefatura inmediata.

ORGANIGRAMA





RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Dirección del Hospital.

Para: recibir lineamientos.

Con: Unidad Financiera.

Para: realizar la programación anual de compras.

Con: Departamentos y Unidades administrativas.

Para: Recibir solicitudes de compras de acuerdo al presupuesto asignado.

Externas

Con: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones UNAC del Ministerio de Hacienda.

Para: solicitar, recibir normas y Lineamientos técnicos para la ejecución de los procesos de adquisiciones y contrataciones.

Con: Proveedores.

Para: solicitar cotizaciones de las diferentes obras, bienes y servicios, así como para las contrataciones de estos.

E) UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Administrar los recursos financieros en forma eficiente, oportuna y transparente, aplicando el marco legal, con el propósito de apoyar la provisión de servicios de salud a la población.



VISIÓN

Contar con una Unidad Financiera descentralizada con capacidad de gestión de los recursos financieros, conformada por un equipo idóneo y tecnología para la consecución de los objetivos y metas institucionales.

OBJETIVOS

General

Asegurar el funcionamiento del establecimiento, mediante la planificación, gestión, ejecución y control de los recursos financieros.

Específicos

1. Disponer de los recursos financieros, para cumplir con los compromisos adquiridos por la institución.
2. Contar con personal capacitado en aspectos técnicos y legales aplicables al área financiera.
3. Disponer de tecnología actualizada, para la implementación del sistema informático, para el desarrollo de las funciones financieras.

FUNCIONES

General

Gestionar la obtención de los recursos financieros ante la UFI del Nivel Superior, a fin de cumplir con el pago de los compromisos adquiridos por la institución.

Específicas

1. Cumplir con la presentación de información financiera requerida por el Nivel Superior en las fechas establecidas.
2. Cumplir con los periodos establecidos para los cierres mensual y anual de las operaciones financieras.
3. Certificar fondos para que la UACI realice los procesos de Adquisiciones de Bienes y Servicios.



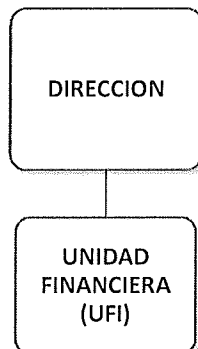
4. Realizar la ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto institucional.
5. Realizar asignación, requerimiento y validación de fondos de acuerdo a disponibilidad financiera.
6. Efectuar el proceso de pago de Remuneraciones, bienes y servicios y su correspondiente registro.
7. Registrar contablemente el inventario de los bienes muebles e inmuebles del Hospital.
8. Resguardar y archivar los documentos de respaldo generados en la Unidad financiera.
9. Velar por el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos aplicables al área.
10. Brindar asesoría y orientación relacionada con los recursos financieros de la institución.
11. Coordinar el proceso de formulación presupuestaria institucional.
12. Presentar el Proyecto de Presupuesto Institucional a la Dirección, para su aprobación y respectiva remisión a la Dirección General del Presupuesto, en los plazos establecidos en las disposiciones legales y técnicas vigentes.
13. Verificar y validar la compatibilidad de la Programación de la Ejecución Presupuestaria (PEP) con respecto al Plan Anual de Trabajo y la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones, así como con los lineamientos internos y los proporcionados por el Ministerio de Hacienda.
14. Verificar y validar la compatibilidad de las modificaciones presupuestarias con la disponibilidad de las asignaciones presupuestarias a modificar.
15. Efectuar el seguimiento y evaluación a nivel operativo, de los resultados obtenidos durante la ejecución del presupuesto.
16. Garantizar que los compromisos presupuestarios, se elaboren en forma oportuna y con base a la documentación que establecen las disposiciones legales y técnicas vigentes.
17. Velar por la capacitación e información periódica del personal que conforma la UFI, en los aspectos legales y disposiciones normativas vigentes.



18. Mantener actualizadas las cuentas de usuario y derechos de acceso asignados al personal de la UFI, que opera la aplicación informática SAFI e informar oportunamente, sobre cualquier cambio que afecte la condición de los mismos.
19. Velar porque el personal técnico de la UFI cumpla con el perfil del puesto en el cual se desempeña.
20. Autorizar los requerimientos de fondos, previo a su remisión a Tesorería del Ministerio de Salud.
21. Tramitar con autorización de la Dirección, la apertura o cierre de las cuentas bancarias a ser manejadas por la institución, previa autorización de la Dirección General de Tesorería.
22. Organizar y supervisar la ejecución del cierre contable mensual y anual de las operaciones de la Institución, dentro de los plazos establecidos en las disposiciones legales y técnicas vigentes.
23. Autorizar y presentar información financiero-contable institucional, en los plazos establecidos en las disposiciones legales y técnicas vigentes y de acuerdo a requerimientos de las Autoridades Superiores, de la Dirección General de Contabilidad Gubernamental y los Organismos de Control.
24. Analizar y dar seguimiento a los resultados de las Conciliaciones Bancarias, efectuadas a las cuentas cuyo manejo es responsabilidad de la Unidad Financiera Institucional.
25. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, en cuanto a la información oficiosa o cuando le sea requerido.
26. Cumplir con otras funciones establecidas por la Dirección de la Institución y el Ministerio de Hacienda en materia de Administración Financiera.



ORGANIGRAMA



RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNA

Internas

Con: Dirección del Hospital.

Para: proporcionar información de la ejecución presupuestaria, recibir lineamientos, firma de documentos y coordinación de actividades.

Con: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones.

Para: apoyar en la elaboración del programa de compras, en todo lo relacionado a las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios.

Con: Unidad de Recursos Humanos.

Para: solicitar información en lo referente a presupuesto de recurso humano, Ley de Salarios, refrendas, autorizaciones de contratos de personal y planillas mensuales de pago.



Con: Auditoría externa.

Para: proporcionar información del que hacer del área, cuando sea requerida.

Externas

Por designación de la Dirección.

Con: Unidad financiera del Ministerio de Salud.

Para: asignación presupuestaria, transferencias de fondos.

Con: Dirección General de Presupuesto, Dirección General de Tesorería y la Dirección General de Contabilidad Gubernamental del Ministerio de Hacienda.

Para: unificar la ejecución presupuestaria, las economías salariales y la liquidación anual de presupuesto.

Con: Corte de Cuentas de la República.

Para: auditar los estados financieros de la institución

Con: Proveedores y con las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Para: pagos y descuentos salariales.

F) DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Seleccionar al personal para las diferentes disciplinas, así como fomentar valores y cambio de actitud en el personal, que les permitan el desempeño de sus funciones de una mejor manera, y así contribuir a la prestación de los servicios de salud con calidad.



VISIÓN

Ser el departamento que logre la provisión y el desarrollo integral del Recurso Humano, por medio de la aplicación de los procesos y normativa, para que la institución alcance los niveles óptimos de eficiencia.

OBJETIVOS

General

Planificar y controlar los procesos de contrataciones y remuneraciones, capacitación y desarrollo, mediante el sistema de información de recursos humanos y prestaciones laborales en la institución.

Específicos

Desarrollar actividades educativas para la prevención de enfermedades y accidentes de trabajo.

- 1) Seleccionar personal para la institución.
- 2) Mantener actualizado el Sistema de información de recursos humanos.

FUNCIONES

General

Planificar, Organizar, ejecutar y controlar las actividades de los recursos humanos.

Específicas

- 1) Realizar, gestionar y tramitar los procesos de personal de la institución.
- 2) Controlar el registro de asistencia, trámite de licencias y demás acciones del personal de la institución.
- 3) Aperturar, actualizar, archivar y resguardar expedientes y tarjetas de registros del personal.
- 4) Brindar inducción general al personal de nuevo ingreso.

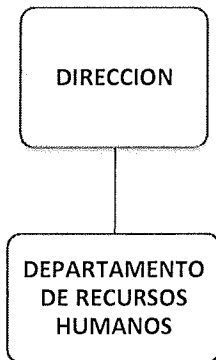


- 5) Coordinar el proceso de evaluación al desempeño del personal y la aplicación del escalafón correspondiente.
- 6) Elaborar y presentar informes y reportes según requerimiento.
- 7) Brindar asesoría y orientación en materia de recursos humanos a la Dirección y al personal.
- 8) Velar por el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos aplicables a la dependencia.
- 9) Planificar, organizar, dirigir y controlar los procesos que integran el sistema de recursos humanos (reclutamiento, selección, nombramiento y contratación, promoción, inducción, gestión del desempeño, relaciones laborales, salarios, bienestar social y laboral, capacitaciones, entre otros).
- 10) Elaborar el Plan Anual Operativo.
- 11) Elaborar propuestas, acuerdos y resoluciones de las diferentes acciones de personal.
- 12) Elaborar la Refrenda de los empleados.
- 13) Participar en la elaboración del anteproyecto de presupuesto y en la formulación presupuestaria de Recursos Humanos.
- 14) Elaborar propuestas de re clasificación de plazas en el presupuesto anual.
- 15) Elaborar y remitir a la jefatura inmediata, informes referentes al personal del establecimiento según lo requiera.
- 16) Velar por el buen funcionamiento y disciplina del personal del establecimiento.
- 17) Dar seguimiento a programas de prestaciones sociales e incentivos según lineamientos del MINSAL, para los trabajadores.
- 18) Elaboración de la Planilla Mensual de Remuneraciones de los diferentes sistemas de pago, así como las aportaciones institucionales y provisionales (ISSS, AFP, INPEP e IPSFA).
- 19) Coordinar la conformación de la Comisión de Servicio Civil en el establecimiento.
- 20) Verificar y analizar cuadro de Evaluaciones del Desempeño del personal.
- 21) Coordinar con el equipo de trabajo de formación y capacitación para ejecutar y evaluar el Plan Anual de Capacitaciones.



- 22) Coordinar con encargado de Sistema de Actualización del Registro de Obligados (SARO) para que los empleados que manejan fondos y bienes del Estado, cumplan con el requisito de presentar ante la Corte Suprema de Justicia su Declaración de Patrimonio, con el propósito de salvaguardar el patrimonio del Estado.
- 23) Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.
- 24) Realizar otras funciones inherentes al cargo que le sean encomendadas por la jefatura inmediata.

ORGANIGRAMA



RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Dirección del Hospital.

Para: Rendir informe, recibir recomendaciones y toma de decisiones.

Con: Otras dependencias del Hospital.

Para: Atender solicitudes y reclutamiento de personal, recibir y enviar informe de las acciones del personal.



Externas

Por designación de la Dirección

Con: La Unidad de Recursos Humanos del MINSAL.

Para: recibir Lineamientos para los procesos de contratación.

Con: Ministerio de Hacienda. AFP. INPEP, ISSS e IPSFA.

Para: para efectuar todos los procesos requeridos de acuerdo a las normas respectivas.

Con: Todas las instituciones involucradas, Fiscalía, Ministerio de Trabajo, Tribunal de Servicio Civil entre otras.

Para: Atender y efectuar demandas cuando sea requerido.

G) DIVISION ADMINISTRATIVA

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Somos responsables de realizar procedimientos de carácter administrativo con la finalidad de obtener la eficiencia y eficacia en cada proceso, para el uso efectivo y adecuado de los recursos humanos, materiales y técnicos.

VISIÓN

Seremos responsables de coordinar y supervisar las diferentes unidades que la conforman, como también cada uno de los procesos y procedimientos que se realicen de forma integral, generando calidad y transparencia, a través de los instrumentos técnicos jurídicos pertinentes.



OBJETIVOS

General

Coordinar oportunamente las diferentes actividades de las unidades que la integran.

Específicos

- 1) Promover el manejo adecuado en la administración de los recursos humanos, materiales y técnicos.
- 2) Verificar que los recursos asignados y disponibles sean utilizados de manera racional en las diferentes dependencias.
- 3) Ejercer controles efectivos sobre procesos y procedimientos de carácter administrativo que se realicen.

FUNCIONES

General

Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades relacionadas con el apoyo administrativo a las diferentes dependencias.

Específicas

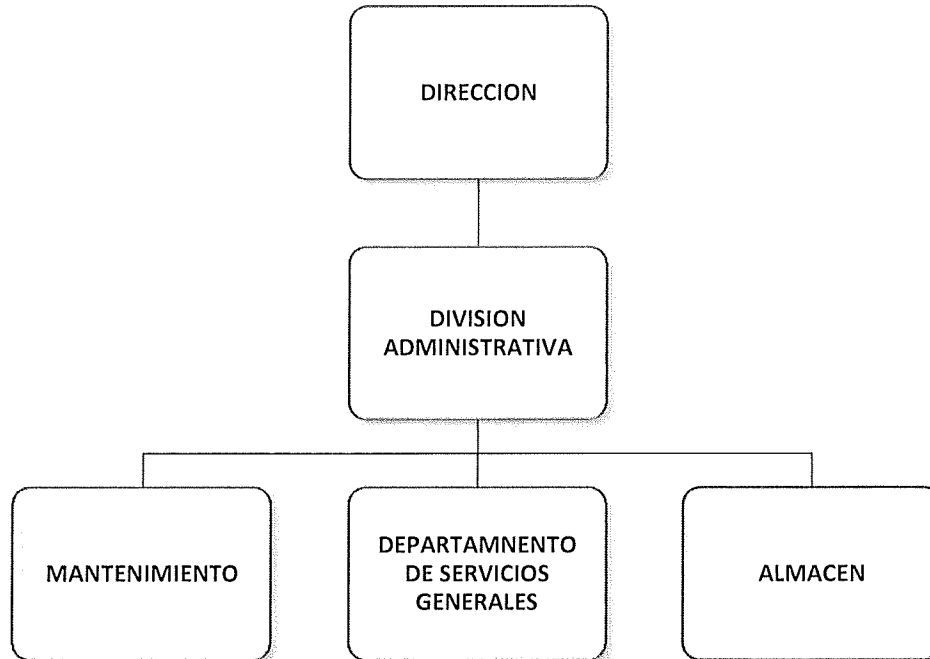
1. Administrar los recursos humanos, materiales y técnicos para el cumplimiento de la misión y objetivos.
2. Proporcionar transporte oportunamente para el traslado de pacientes, personal y según necesidad de la institución.
3. Coordinar la dotación de mobiliario y equipos de oficina de las diferentes dependencias de la institución.
4. Resguardo del archivo y documentos de respaldo generados en la división.
5. Elaborar, supervisar y evaluar la ejecución del plan operativo anual.
6. Colaborar con la Dirección en la formulación de políticas y normas administrativas.
7. Brindar asistencia técnica en los procesos de planificación, organización, dirección y control administrativo financiero.
8. Coordinar y conducir la elaboración de inventarios físicos.



9. Participar en la elaboración, revisión y presentación del presupuesto institucional, coordinando con los departamentos involucrados.
10. Participar en la elaboración de proyectos enfocados al mejoramiento y equipamiento del sistema hospitalario.
11. Velar por el mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos del establecimiento, maquinaria, equipo hospitalario, instalaciones e infraestructura, así como por el sistema de abastecimiento de agua.
12. Controlar y autorizar la entrega de combustible, para los vehículos al servicio del establecimiento.
13. Coordinar y supervisar las acciones de recepción, almacenaje, despacho y distribución de los suministros del almacén del establecimiento.
14. Coordinar con la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, en lo relativo a plan de compras anual, licitaciones, compras por libre gestión, entre otros.
15. Sugerir estrategias internas, para la solución de problemas en su área de competencia.
16. Supervisar el desarrollo de los sistemas de control de su área de competencia.
17. Coordinar la elaboración y actualización de manuales, procedimientos y normas institucionales.
18. Coordinar, supervisar y evaluar la aplicación de leyes, reglamentos, normas y procedimientos administrativos.
19. Presentar informes sobre el trabajo realizado.
20. Brindar asesoría a Dirección en aspectos administrativos.
21. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido



ORGANIGRAMA



RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Dirección del Hospital.

Para: Remitir informes que se requieran Institucionalmente.

Con: Dependencias Administrativas y técnicas del Hospital

Para: Coordinar procesos de adquisiciones de bienes y servicios, participar en los procesos relacionados a gestión de recursos humanos, financieros, compras de insumos y servicios, conservación y mantenimiento de vehículos, áreas físicas, eléctricas y combustibles, coordinar con todas las áreas para el uso racional de los recursos asignados a la institución, brindar apoyo de transporte a todas las áreas tanto administrativas como técnicas para la ejecución de actividades.



Externas

Por designación de la Dirección.

Con: Corte de Cuentas de la República y otras Instituciones del Estado.

Para: Preparar informes oficiales que sean requeridas en las diferentes auditorías, coordinar y apoyar en la ejecución de los planes y proyectos del Hospital.

DESCRIPCIÓN DE ÁREAS QUE CONFORMAN LA DIVISION ADMINISTRATIVA

1. Mantenimiento.
2. Departamento de Servicios Generales.
3. Almacén.

1. MANTENIMIENTO

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir y controlar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, mobiliario e instalaciones del hospital, en el marco del plan anual operativo, a fin de facilitar la disponibilidad, operación y funcionamiento de los mismos, para contribuir de manera efectiva, continua y confiable en el cuidado de la salud de la población.

VISION

Ejecutar los planes de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo, mobiliario e instalaciones del hospital, a fin de facilitar la disponibilidad y funcionamiento, para contribuir de manera efectiva, continua y confiable en el cuidado de la salud.

OBJETIVOS

General

Desempeñar actividades básicas para asegurar la disponibilidad y utilización del equipo e infraestructura adecuada para brindar servicios continuos y eficaces para diagnóstico, terapia y rehabilitación de la salud.



Específicos

- 1) Lograr que el equipamiento de baja y mediana complejidad de equipos básicos y planta física, reciban un adecuado mantenimiento preventivo y correctivo, acorde a los recursos técnicos y financieros disponibles.
- 2) Que el personal del departamento de mantenimiento realice su trabajo conforme lo establecen los procedimientos respectivos, principalmente aquellos que garanticen su seguridad personal y la de terceros.
- 3) Realizar las gestiones necesarias, para procurar que se cuente con los materiales y repuestos para la ejecución del mantenimiento preventivo, correctivo y otros.

FUNCIONES

General

Planificar y ejecutar el Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipos Médicos de baja y mediana complejidad, equipo básico y la planta física.

Específicas

- 1) Elaborar planes, ejecutar y corroborar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos de baja y mediana complejidad, de equipos básicos y la planta física, conforme a los recursos materiales disponibles.
- 2) Brindar asesoría técnica en materia de equipos y planta física a las diferentes áreas que lo demanden a través de la Dirección o por disposiciones legales, con efecto de dar especificaciones técnicas, compra, recepción, mantenimiento externo y otros afines.
- 3) Realizar diagnóstico y evaluación de equipos para su reparación, sustitución o descarte.
- 4) Brindar asesoría técnica en la determinación de las necesidades de compra de equipos, repuestos y materiales, así como la contratación de servicios de mantenimiento.
- 5) Velar por el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos aplicables al Área.
- 6) Elaborar y presentar informes y reportes del Área según requerimiento.

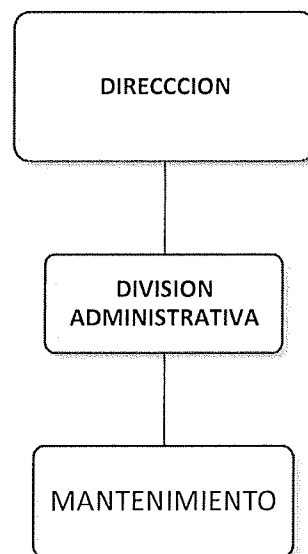


- 7) Brindar soporte técnico en hardware y software a los equipos de cómputo propiedad del Hospital, acorde a las capacidades y recursos materiales disponibles.
- 8) Determinar objetivos y metas de trabajo del Departamento.
- 9) Formular y gestionar el presupuesto anual del Departamento, coordinando con las demás secciones en su elaboración, para lograr los objetivos establecidos y dar la atención debida a las solicitudes de trabajo.
- 10) Calendarizar semanalmente el mantenimiento preventivo y correctivo a realizar por las diferentes secciones.
- 11) Participar en la selección de proveedores de insumos y materiales a utilizar en el Departamento.
- 12) Gestionar la compra de servicios, materiales y algunos equipos, a través de la UACI y/o fondo circulante para darle continuidad a las actividades del Departamento, de acuerdo a las necesidades.
- 13) Asignar prioridades a los trabajos demandados.
- 14) Resolver problemas técnicos que le sean planteados en su Departamento.
- 15) Mantener comunicación y solicitar asesoría al Departamento de Mantenimiento general del MINSAL, para atender las necesidades del servicio, cuando se considere pertinente
- 16) Registrar y mantener archivos de indicadores técnicos.
- 17) Mantener debidamente informado a su jefe inmediato de las acciones realizadas y programadas.
- 18) Formular proyectos de mejora, presentando propuestas a corto y mediano plazo, para responder a las solicitudes de las diferentes dependencias del establecimiento.
- 19) Efectuar reuniones mensuales con sus subalternos.
- 20) Participar en reuniones convocadas por la jefatura inmediata.
- 21) Determinar las necesidades de capacitación del personal a su cargo y gestionar la programación de actividades, a fin de impulsar acciones que propicien el mejoramiento de su desempeño.



- 22) Participar como instructor en cursos de capacitación.
- 23) Controlar la utilización de equipos, herramientas, materiales y/o repuestos a ser utilizados en el servicio.
- 24) Supervisar, evaluar, verificar y controlar los trabajos realizados por sus subalternos, a través de mecanismos establecidos y ajustar su operatividad periódicamente, de acuerdo a las necesidades reales.
- 25) Evaluar y asesorar en la adquisición y/o remodelación de bienes, infraestructura y equipos, por medio de gestiones realizadas (proyectos/presupuestos), para orientar a las diferentes Secciones del Departamento en la ejecución de sus actividades.
- 26) Dar seguimiento a las órdenes de trabajo en ejecución.
- 27) Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





2. ALMACEN

MISIÓN

Dirigir y supervisar la recepción, almacenamiento, custodia y distribución de suministros en almacén del hospital, garantizando calidad en los procesos, para el adecuado funcionamiento de los servicios, a fin de contribuir con la atención de salud de pacientes y usuarios.

VISION

Ser el área responsable de garantizar la custodia, almacenamiento y rotación oportuna de medicamentos, insumos médicos y no médicos, a las diferentes áreas del hospital, para brindar una atención de salud a los usuarios.

OBJETIVOS

General

Velar para que los suministros que ingresan al establecimiento, tengan un almacenamiento oportuno y adecuado, manteniéndolos en condiciones de protección, conservación, seguridad y custodia, para abastecer oportunamente a las distintas áreas del hospital.

Específicos

- 1) Recepción de suministros necesarios para el adecuado funcionamiento de la institución.
- 2) Proveer oportunamente suministros a las diferentes áreas que solicitan para cubrir demanda.
- 3) Almacenar adecuadamente los suministros existentes, manteniendo controles de inventarios físicos y sistematizados, para la generación de información precisa, oportuna y confiable que contribuya en la toma de decisiones.



FUNCIONES

General

Planificar, Organizar y supervisar las diferentes actividades del almacén, para el buen funcionamiento del mismo.

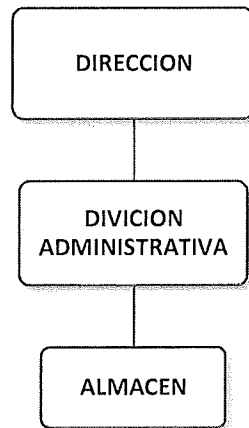
Específicas

1. Realizar la recepción, almacenamiento, registro y despacho de suministros que ingresan al almacén.
2. Generar oportunamente los inventarios con sus respectivos informes, para ser remitidos a la Administración y la Unidad Financiera Institucional.
3. Generar periódicamente al médico asesor de suministro los informes sobre medicamentos e insumos médicos sin movimientos de consumo o próximos a vencer.
4. Ordenar y clasificar los suministros de acuerdo al Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
5. Mantener actualizado el Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB).
6. Elaborar y ejecutar el plan anual de despacho de suministros.
7. Identificar y reportar los productos e insumos obsoletos, vencidos o en mal estado y gestionar su descargo ante la Dirección, así mismo informar de inmediato, hurto, robo, de suministros, para los trámites correspondientes de acuerdo las disposiciones legales e instrumentos técnicos jurídicos.
8. Realizar inventario físico de suministros, por lo menos una vez al año o cuando sea necesario.
9. Asegurar que el funcionamiento del Almacén sea el adecuado respecto a orden, seguridad y limpieza.
10. Resguardar y archivar los documentos relacionados con los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de suministros.
11. Coordinar y supervisar al personal; en la recepción, almacenamiento, custodia y distribución de suministros.



12. Velar por las adecuadas condiciones de las instalaciones del almacén, así como de las herramientas y equipos de trabajo.
13. Preparación física de suministros y su correcto despacho.
14. Velar por la rotación de existencias.
15. Controlar el registro oportuno de los movimientos de suministros en el sistema automatizado.
16. Remitir oportunamente a la UFI los movimientos de entradas y salidas de todos los bienes, en las fechas establecidas.
17. Elaborar informes y presentarlos mensualmente a la jefatura inmediata.
18. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA



3. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, ejecutar y evaluar las actividades de Servicios Generales, el que incluye las siguientes áreas: Servicios auxiliares, telefonía e impresiones; la jefatura de lavandería; además administrar los servicios de vigilancia y limpieza.



VISION

Supervisar las actividades de Servicios Generales: vigilancia, limpieza, jardinería, telefonía, transporte, provisión de combustible, lavandería, costurería e impresiones, para contribuir con el adecuado funcionamiento de las instalaciones del hospital.

OBJETIVOS

General

Dirigir, organizar y supervisar las actividades de las diferentes áreas bajo la responsabilidad de servicios generales.

Específicos

- 1) Organizar el área de telefonía e impresiones, lavandería, jardinería, limpieza y vigilancia.
- 2) Supervisar las diferentes áreas bajo la responsabilidad de servicios generales.

FUNCIONES

General

Planificar, organizar, dirigir y controlar la ejecución de actividades con cada sección de responsabilidad, velando porque se cumplan los objetivos y metas de la Institución.

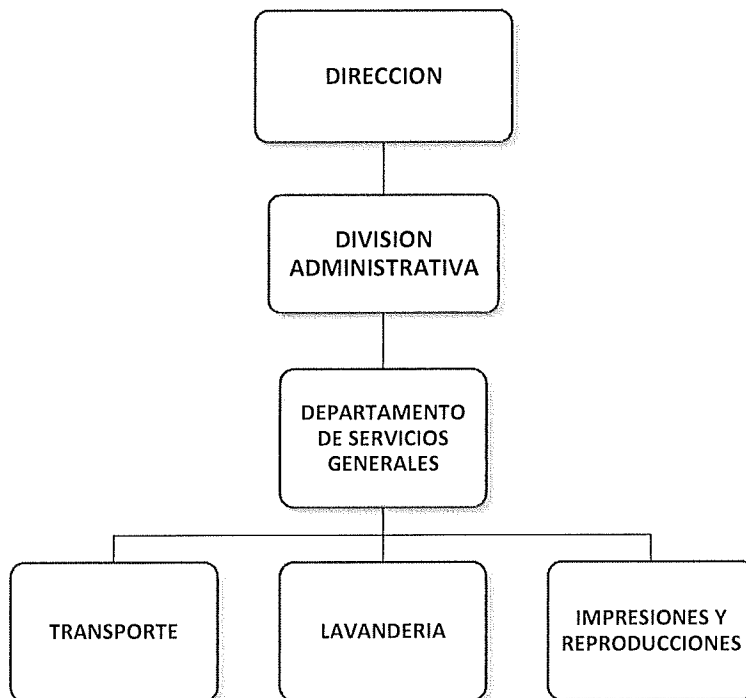
Específicas

1. Gestionar ante la UACI, la compra de materiales e insumos para realizar las actividades de servicios auxiliares.
2. Aplicar las normas internas para las áreas que conforman los servicios generales.
3. Participar en la elaboración de los términos de referencia a través de los instrumentos establecidos, para la adquisición de suministros y servicios, de ser necesario.



4. Coordinar con el supervisor interno los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones; además, velar por el mantenimiento de zonas verdes, con el fin de garantizar al usuario un ambiente higiénico.
5. Supervisar y controlar la reproducción de documentos impresos, para su uso en la prestación de los servicios de salud.
6. Supervisar al jefe del servicio de Lavandería.
7. Controlar a través de los informes las comunicaciones telefónicas internas y externas.
8. Participar en comités de apoyo que la Institución solicite de acuerdo a su necesidad, con el fin de mejorar la calidad de atención al usuario.
9. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





3.1 TRANSPORTE

MISION

Planificar, organizar, dirigir y coordinar todas las actividades que se realizan en la Sección de Transportes, para controlar el uso de vehículos y combustible institucionales.

VISION

Conducir vehículos automotores livianos y pesados para transporte de pacientes, personal, materiales y equipos a los diferentes destinos requeridos, contribuyendo con la prestación de servicios de salud de calidad a la población.

OBJETIVOS

General

Brindar servicios de transporte de calidad a pacientes y personal del hospital, contribuyendo de esta manera con el logro de objetivos y metas institucionales.

Específicos

1. Planificar las actividades diarias de la Sección de Transporte del hospital.
2. Cumplir con el plan de trabajo y planes de actividades diarias.
3. Elaboración del presupuesto anual del combustible para vehículos del hospital.

Función General

Conducir vehículos automotores livianos y pesados, transporte de pacientes, personal, materiales y equipos a los diferentes destinos requeridos, contribuyendo con la prestación de servicios de salud de calidad a la población.

Funciones Especificas

1. Coordinar actividades diarias de la Sección de Transporte del hospital.
2. Elaborar plan de trabajo y planes de actividades diarias, según turnos establecidos en el hospital, para garantizar la prestación de los servicios de transporte.



3. Participar en la elaboración del presupuesto anual del combustible para vehículos del hospital.
4. Coordinar transporte para desplazamiento de pacientes y usuarios, programando diariamente los vehículos de acuerdo a las solicitudes de transporte ingresadas.
5. Controlar el estado diario de vehículos como: aseo, revisión mecánica, revisión eléctrica, combustible, entre otros.
6. Controlar y autorizar a los motoristas la entrega de combustible para los vehículos asignados.
7. Presentar con oportunidad los informes administrativos- técnicos.
8. Coordinar el cumplimiento del mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos, velando por la actualización del registro de tipo de mantenimiento proporcionado.
9. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





3.2 LAVANDERÍA

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar todas las actividades que se realizan en la Sección de Lavandería, para mantener en forma óptima la dotación de ropa limpia a los diferentes servicios del establecimiento.

VISIÓN

Ser un área con personal capacitado, para brindar servicio de calidad y eficiencia en los procesos de lavado, desinfección y distribución de la ropa hospitalaria, a través de procesos, normas y procedimientos sanitarios y técnicos vigentes.

OBJETIVOS

General

Establecer normas y procedimientos para el tratamiento y manejo de la ropa utilizada en casos sépticos e infecciosos, así como mantener un registro y control de la producción en el área.

Específicos

- 1) Establecer un sistema de registro diario y mensual de las libras de ropa lavada.
- 2) Establecer controles cuantitativos del trabajo realizado en el área.
- 3) Asegurar las existencias de ropa en los diferentes servicios.

FUNCIONES

General

Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades que se realizan en la sección de Lavandería.



Específicas

1. Elaborar y establecer controles cuantitativos de las labores desarrolladas.
2. Elaborar programas de capacitación para ampliar conocimientos al personal del área.
3. Establecer un sistema de registro diario y mensual de cantidades de ropa lavada, confeccionada y zurcida para efectos del Sistema de Producción, Eficiencia, Resultados y Costos (PERC)
4. Reportar al jefe inmediato de cualquier anomalía en el área.
5. Presentar información a Recursos Humanos sobre incapacidades, vacaciones anuales, etc.
6. Elaborar el plan anual del área.
7. Proyectar la distribución del presupuesto anual de la sección mediante la detección de necesidades en los servicios.
8. Actualizar inventario de materiales, equipos e insumos, basándose en los registros y comprobación práctica.
9. Asegurar existencias de ropa limpia para satisfacer necesidades de los servicios.
10. Establecer normas y procedimientos para el tratamiento y manejo de la ropa utilizada en casos sépticos o infecciosos.
11. Efectuar pedidos de materiales e insumos al almacén.
12. Reportar oportunamente a mantenimiento, desperfectos de las máquinas y equipos.
13. Velar por el estricto cumplimiento de las normas y procedimientos vigentes de bioseguridad e higiene ocupacional en los diferentes procesos, asegurando los cuidados higiénicos.
14. Supervisar las tareas de lavado de ropa conforme a planes y procedimientos, para contar con una distribución adecuada de ropa limpia en los diferentes servicios.
15. Realizar la evaluación del desempeño al personal.
16. Realizar actualización y mejora de los procesos desarrollados por el personal bajo su cargo, para adecuarlos a las normativas y directrices.



17. Elaborar y presentar informes mensuales de actividades, producción, consumo de materiales y existencias.
18. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA



H) DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DEPENDENCIA JERÁRQUICA

Dirección del Hospital.

MISIÓN

Proporcionar atención de enfermería en los diferentes servicios del hospital, con profesionalismo aplicando valores éticos y morales, comprometidos/as para satisfacer las necesidades de salud de la población con eficacia, eficiencia y calidad.



VISIÓN

Brindar atención integral e integrada en salud en coordinación con las RIIS, garantizando servicios profesionales con responsabilidad, eficacia y eficiencia.

OBJETIVOS

General

Cumplir lineamientos operativos para la organización y funcionamiento del personal de enfermería en aspectos de atención en salud, administración y gerencia, atención directa, docencia e investigación que garantice la calidad, eficacia y eficiencia al usuario.

Específicos

- 1) Fortalecer las competencias técnicas mediante la aplicación de guías clínicas de atención, procedimientos, proceso de atención de enfermería en el niño y adulto.
- 2) fortalecer los conocimientos técnicos del personal de enfermería.
- 3) Aplicar el proceso administrativo en el cuidado de enfermería.

FUNCIONES

General

Brindar atención de enfermería a la población que lo demanda, cumpliendo con el sistema de referencia, retorno e interconsulta.

Específicas

- 1) Atender al usuario que demanda los servicios, en coordinación con el personal de las RIIS.
- 2) Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta con equipo de gestión institucional, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo del cuidado.

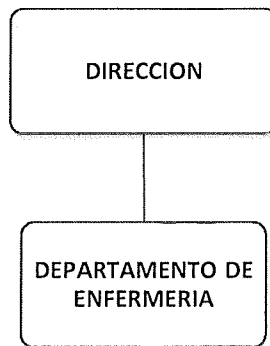


- 3) Realizar supervisiones hospitalarias facilitadoras a cada servicio según programación establecida.
- 4) Realizar vigilancia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, por el personal de enfermería involucrado.
- 5) Aplicar estrategias de mejora de la calidad técnica de la atención de enfermería.
- 6) Colaborar en la elaboración del Plan Operativo Anual de la institución.
- 7) Asesorar a las enfermeras, jefes de servicios, supervisora en las asignaciones y distribución del personal.
- 8) Mantener y aplicar las normas disciplinarias en el desempeño.
- 9) Participar en la actualización y propuesta de instrumentos técnicos jurídicos institucionales.
- 10) Planificar acciones de cuidado en la atención de los pacientes y promover esfuerzos cooperativos.
- 11) Supervisar la aplicación correcta del proceso de atención de enfermería en la atención al paciente.
- 12) Promover la aplicación del plan de educación continua con el personal y usuario.
- 13) Elaborar y evaluar el plan operativo anual de trabajo.
- 14) Proporcionar asesoría técnico administrativa al personal de enfermería en base a necesidades.
- 15) Elaborar y actualizar documentos técnicos administrativos del departamento de enfermería.
- 16) Coordinar las actividades de enfermería, asegurando la eficacia en la prestación de los servicios de salud.
- 17) Participar en la elaboración del plan de emergencias y desastres para apoyar el cumplimiento del mismo.
- 18) Gestionar la dotación del recurso humano.
- 19) Verificar el buen uso de los materiales y el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asignados en las diferentes áreas.
- 20) Participar activamente en la vigilancia epidemiológica.



- 21) Efectuar evaluaciones del desempeño al personal de enfermería bajo su responsabilidad.
- 22) Coordinar con las instituciones formadoras del recurso de enfermería, para asegurar la integración docencia servicio.
- 23) Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA



RELACIONES DE TRABAJO INTERNAS Y EXTERNAS

Internas

Con: Dirección del Hospital y demás dependencias de la institución.

Para: Coordinar el trabajo relacionado con la prestación integral de la atención de enfermería.

Externas

Por designación de la Dirección.

Con: SIBASI

Para: Reuniones de las RIIS municipal, Intermunicipal Departamental

Con: Región Paracentral de Salud

Para: Reuniones técnico-administrativas de enfermería



Con: MINSAL

Para: Reuniones técnico-administrativas de enfermería.

Reuniones con comités locales de enfermería.

I) UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA

MISION

Brindar asesoría jurídica de alto grado de complejidad para los niveles de política, dirección y operación del establecimiento, aplicando leyes, normas y procedimientos establecidos, en protección de los intereses institucionales.

VISION

Asesorar legalmente a jefaturas para que sus actuaciones estén apegadas a derecho, cuando sea requerido, en el marco de las leyes, reglamentos y demás normativas aplicables, para defender con eficiencia los intereses de la Institución.

Funciones Básicas

- 1- Brindar asesoría en materia jurídica a la Dirección y jefaturas del establecimiento.
- 2- Colaborar y brindar asistencia en estudios jurídicos en diversas áreas del derecho.
- 3- Elaborar informes de asesoría a la Dirección, a fin de que disponga de información necesaria para la toma de decisiones.
- 4- Orientar a la Dirección en toma decisiones para la solución de casos.
- 5- Integrar comisiones para estudios jurídicos y de otros caracteres que señale la Dirección.
- 6- Asesorar y acompañar procesos de divulgación de leyes, reglamentos, normas y lineamientos, cuando sea requerido por la Dirección.
- 7- Revisar y dar visto bueno a documentos provenientes de otras áreas, dentro y fuera del hospital, como convenios con otras instituciones, previa firma de los mismos por parte de la Dirección, aplicando disposiciones en materia jurídica, para garantizar la legalidad de los mismos.



- 8-Estudiar y dar el visto bueno a contratos de bienes y servicios.
- 9- Elaborar escrituras públicas a favor del establecimiento.
- 10- Formular anteproyectos de ley, reglamentos, acuerdos, resoluciones, entre otros.
- 11- Representar judicial y extrajudicialmente al establecimiento en toda clase de diligencias.
- 12-Ejercer la función pública notarial.
- 13-Realizar procedimientos administrativos sancionatorios.
- 14-Ejecutar otras labores de su competencia relacionadas con el cargo.

ORGANIGRAMA



J) ABASTECIMIENTO

MISIÓN

Coordinar que los medicamentos, insumos, equipos médicos básicos y oxígeno que se encuentren en adecuado abastecimiento; a fin de satisfacer las demandas de los usuarios y de la institución.

VISION

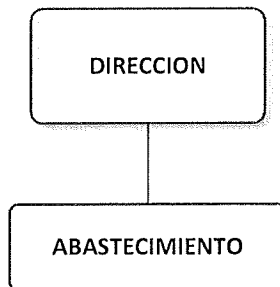
Ser el recurso responsable de abastecer los suministros médicos de la institución, para contribuir a brindar servicios integrales con calidad para la conservación y restablecimiento de la salud de nuestros usuarios



Funciones Básicas

1. Coordinar y supervisar el abastecimiento de los suministros médicos.
2. Supervisar los niveles de consumo, existencia y vencimiento de suministros médicos en el establecimiento.
3. Coordinar las actividades del Comité de Fármaco Vigilancia Institucional.
4. Gestionar la compra de medicamentos en casos de urgencia.
5. Efectuar trámites de compra o transferencias de medicamentos, insumos y equipo médico para evitar desabastecimiento o vencimientos.
6. Formar parte de la representación del Hospital en el Comité de Terapéutica Nacional.
7. Establecer controles adecuados para garantizar la calidad de los suministros médicos.
8. Velar por el registro de informes correspondientes y oportunos.
9. Participar en la formulación de normas internas según competencia.

ORGANIGRAMA



Relaciones de trabajo internas y externas

Internas

Con: Dirección del Hospital

Para: Recibir lineamientos de nuevas disposiciones, dar cumplimiento a metas programadas y brindar asesoría en temas relacionados al cargo



Con: Departamento Médico.

Para: Coordinar para la atención, diagnóstico y tratamiento complementario.

Con: Mantenimiento

Para: Coordinar seguimiento de las diferentes fallas de equipos hospitalarios.

Con: Almacén

Para: Consolidar información, coordinar la recepción de productos que ingresan al área, actualizar existencias y producto con corto vencimiento

Con: Farmacia

Para: Consolidar información, registrar los consumos de mes para evitar desabastecimiento, actualizar existencias y productos con corto vencimiento

Con: Las diferentes áreas que hacen uso de insumos médicos

Para: Registrar el consumo de insumos médicos de mes

Con: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones

Con: Coordinar las actividades para las Compras por Libre Gestión de medicamentos, insumos médicos, Oxígeno y equipo básico

Externas

Por designación del Director

Con: Otras Unidades y Dependencias del Ministerio de Salud.

Para: Coordinación de actividades relacionadas con la atención de los usuarios.

Con: Abastecimiento MINSAL

Para: Recibir lineamientos inherentes al cargo



Con: UACI del MINSAL

Para: Coordinar la Compra Conjunta de medicamentos

K) DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y DE APOYO

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades técnico-administrativas de acuerdo con la normativa, guías y protocolos de atención establecidos, a fin de brindar servicios de salud para el diagnóstico y apoyo del tratamiento médico en forma eficiente, equitativa, con oportunidad y calidad.

Visión

Ser el departamento modelo en organización y coordinación en el apoyo al área médica brindando servicios integrales con transparencia, Eficiencia, Equidad, Gratuidad, Oportunidad, Calidad para contribuir al diagnóstico y tratamiento en la mejora de la salud de los usuarios/as.

OBJETIVOS

General

Brindar atención y apoyo diagnóstico para complementar tratamientos y procedimientos a los usuarios en los diferentes servicios del hospital

Específicos

- 1) Laboratorio Clínico y Radiología brindan exámenes complementarios para un adecuado diagnóstico.
- 2) Anestesióloga suplementa procedimientos anestésicos para los pacientes que lo ameriten.
- 3) Farmacia dispensa los medicamentos indicados por los médicos.
- 4) Estadística brinda información y maneja expedientes clínicos.
- 5) Alimentación y Dietas realiza preparaciones dietéticas según indicación médica.
- 6) Saneamiento Ambiental realiza vigilancia sanitaria.



- 7) Psicología brinda apoyo a los pacientes que lo ameriten.
- 8) Fisioterapia brinda terapia física y ocupacional en pacientes ambulatorios y hospitalizados.

FUNCIONES

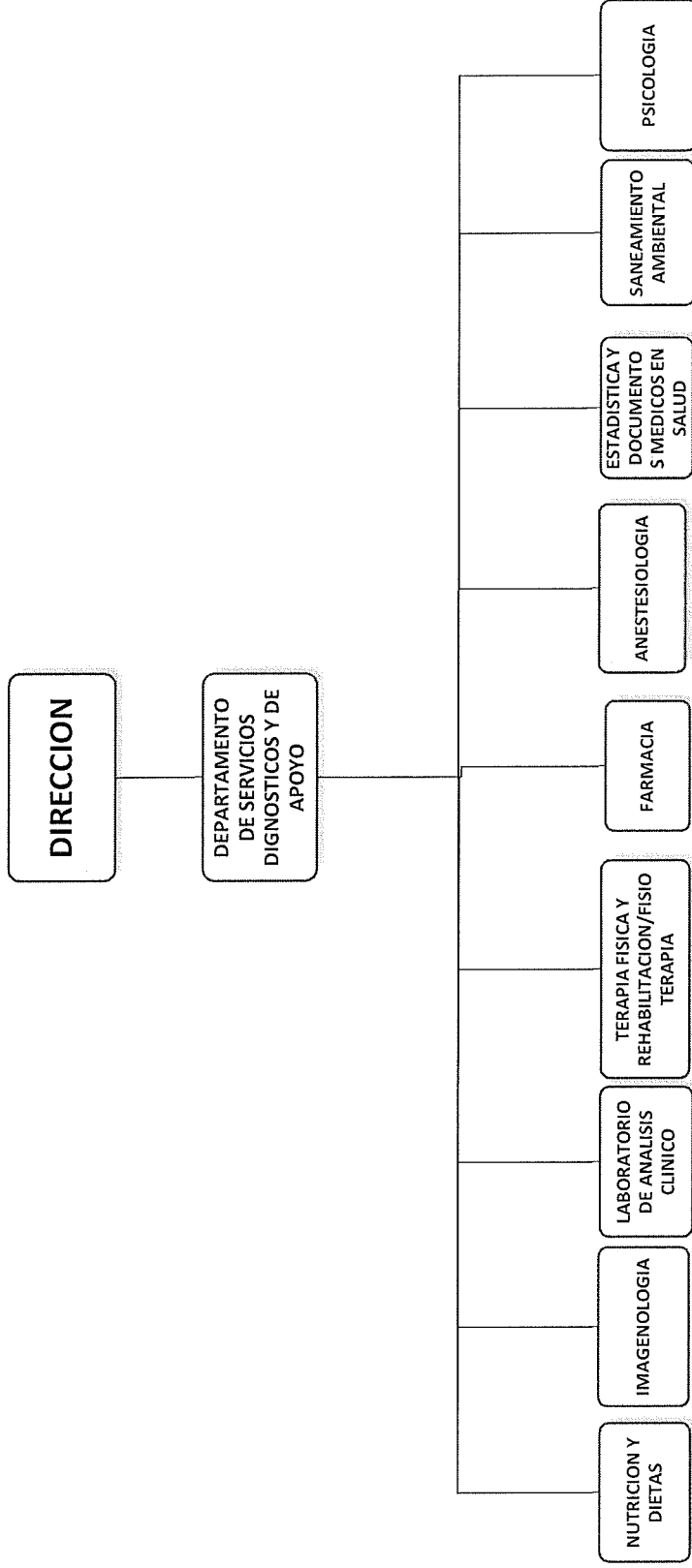
General

Planificar, organizar y supervisar las actividades relacionadas con la atención, apoyo diagnóstico, tratamientos y procedimientos complementarios a los usuarios.

Específicas

1. Planificar, Organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar los procedimientos de los Servicios de apoyo y Diagnóstico que presta al hospital a través de los servicios a su cargo, con el fin de restaurar la salud del usuario.
2. Monitorear el cumplimiento de planes, que contribuyan a regular el buen funcionamiento de cada uno de los servicios bajo su responsabilidad.
3. Gestionar la recolección de la información de producción de los diferentes servicios para su análisis, evaluación y toma de decisiones.
4. Formar parte del Consejo Estratégico del Hospital.
5. Presentar informes con oportunidad cuando le sean solicitados.
6. Cumplir con otras asignaciones que le sean encomendadas por la jefatura inmediata según competencia.
7. Facilitar información para la aplicación de la Ley de Acceso a la Información Pública, cuando se lo soliciten.
8. Cumplir y hacer cumplir los instrumentos técnicos jurídicos de los servicios complementarios.

ORGANIGRAMA





DESCRIPCIÓN DE ÁREAS QUE CONFORMAN

1. Nutrición y Dietas.
2. Imagenología.
3. Laboratorio de análisis clínicos.
4. Terapia Física y Rehabilitación/ Fisioterapia.
5. Farmacia.
6. Anestesiología
7. Estadística y Documentos Médicos en Salud.
8. Saneamiento Ambiental
9. Psicología

1- NUTRICIÓN Y DIETAS

MISIÓN

Proporcionar un servicio de alimentación de acuerdo a un presupuesto asignado, administrando, asesorando y supervisando la provisión en condiciones óptimas de higiene a paciente hospitalizados, considerando características fisiológicas, patológicas y culturales, así como educación alimentaria nutricional a pacientes ambulatorios que atiende el hospital.

VISION

Ser un servicio de apoyo para el tratamiento médico, mediante la aplicación integral de la nutrición, en la recuperación, protección y fomento de la salud, de acuerdo a las necesidades de pacientes atendidos por el hospital.

OBJETIVOS



GENERAL:

Brindar una alimentación balanceada, preparada bajo condiciones óptimas de higiene, así como: educación alimentaria nutricional considerando las características fisiopatológicas y hábitos alimentarios de la población atendida por el hospital.

ESPECIFICOS:

- 1- Brindar una alimentación higiénica, presentable al paciente hospitalizado.
- 2- Contribuir con la alimentación adecuada para la recuperación y fomento de la salud de pacientes hospitalizados.
- 3- Contribuir a la recuperación de la salud mediante la educación alimentaria nutricional, de pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- 4- Preparar y distribuir oportunamente las dietas a pacientes hospitalizados.

FUNCIONES

General

Planificar, organizar, ejecutar y controlar las diferentes actividades relacionadas con la preparación y distribución de dietas a pacientes hospitalizados.

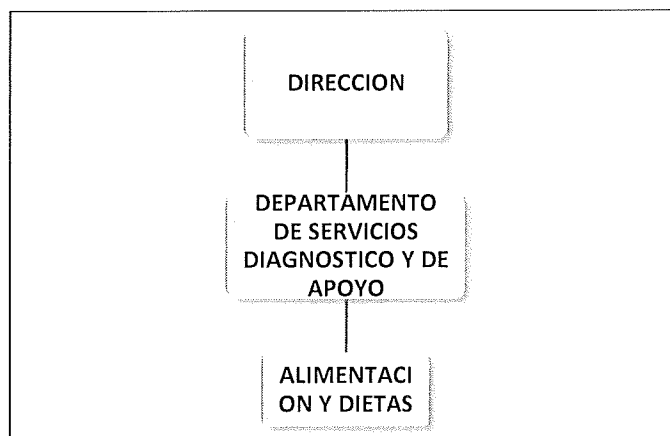
Específicas

1. Elaborar y distribuir los diferentes menús de dietas corrientes y terapéuticas según requerimiento médico.
2. Brindar atención nutricional a pacientes referidos en la institución.
3. Mantener limpios y ordenados los equipos y utensilios que son utilizados en la preparación de dietas.
4. Elaborar y presentar informes y reportes según requerimiento.
5. Supervisar los procesos en el Servicio de Nutrición para garantizar la provisión de atenciones nutricionales brindadas en el establecimiento.
6. Planificar anualmente las actividades que se desarrollan en el servicio de Alimentación y Dietas.
7. Planificar la proyección anual de necesidades del área.



8. Administrar los recursos asignados al Servicio de Alimentación y Dietas ejerciendo controles que cuantifiquen la calidad, cantidad e inversión realizada para un mejor control del presupuesto y contratos.
9. Intervenir y monitorear nutricionalmente al paciente hospitalizado y de la consulta externa referido para contribuir con la recuperación de su salud.
10. Coordinar actividades y funciones con personal médico y de enfermería, desarrollando acciones oportunas mediante adecuados tratamientos nutricionales acordes a las necesidades calóricas y de nutrientes y a la patología presente, para contribuir a la recuperación del paciente.
11. Programar y organizar actividades de capacitación relacionada con el proceso alimentario y terapia nutricional especializada con personal médico y de enfermería.
12. Velar por el cumplimiento de normas, leyes, reglamentos y procedimientos que contribuyan a mejorar el desarrollo de todas las funciones que se ejecutan.
13. Formar parte de los diferentes comités del hospital que así lo requieran.
14. Realizar evaluaciones del desempeño del personal bajo responsabilidad
15. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





2- IMAGENOLOGÍA

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades del servicio, para garantizar la Realización de estudios radiológicos convencionales y especiales, aplicando normas de protección radiológica, manuales, a fin de apoyar de manera efectiva a los médicos en la formulación del diagnóstico de cada paciente.

VISIÓN

Ser un departamento de apoyo que realice estudios radiológicos que contribuyan a un mejor diagnóstico para la recuperación del paciente.

OBJETIVOS

General

Elaborar estudios radiológicos de rutina, para ayudar en el diagnóstico de las enfermedades, mediante el empleo de radiaciones ionizantes, de manera que se ejecuten de forma segura y beneficien al usuario.

Específicos

Realizar estudios radiológicos convencionales con fines diagnósticos, en apoyo a la mejoría clínica de los pacientes.

Controlar el uso de las radiaciones ionizantes para la determinación correcta del diagnóstico.

Facilitar la toma de radiografías con equipos portátiles, a las áreas que sean necesarias

FUNCIONES

General

Planificar, organizar, dirigir, controlar, monitorizar, supervisar y evaluar las actividades técnicas – administrativas del área.



Específicas

1. Elaborar, revisar, actualizar y difundir los documentos de gestión propios del servicio, según los procedimientos establecidos.
2. Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones relacionadas al área.
3. Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad del paciente y del personal.
4. Gestionar y controlar el manejo adecuado de los insumos radiológicos de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas.
5. Velar por el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados al Área.
6. Elaborar y presentar informes y reportes del servicio según requerimiento.
7. Elaborar, dar seguimiento y evaluar el plan operativo anual.
8. Coordinar las actividades técnicas y administrativas del Departamento.
9. Realizar informes mensuales del consumo del material radiográfico y diferentes estudios radiológicos.
10. Colaborar con el personal técnico en la realización de estudios radiológicos convencionales y especiales, cuando sea necesario.
11. Vigilar la aplicación dosimétrica al personal por termo luminiscencia.
12. Recibir informe sobre las dosis de radiación recibidas por el personal ocupacionalmente expuesto.
13. Supervisar el buen estado de las máquinas y equipo del servicio.
14. Elaborar requisiciones de insumos y materiales radiológicos en caso de ser necesario.
15. Elaborar y presentar informes con oportunidad a la jefatura inmediata para toma de decisiones.
16. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.



ORGANIGRAMA



3- LABORATORIO CLÍNICO

MISIÓN.

Planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar los procesos técnico-administrativos del área, verificando la aplicación de normas, protocolos y procedimientos en la realización de las diferentes pruebas de laboratorio que permitan garantizar la calidad en la provisión de los servicios a fin de lograr resultados confiables, contribuyendo con el diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes.

VISIÓN

Ser un departamento que proporcione a los usuarios un servicio de calidad en toma, procesamiento y reporte de resultado de exámenes para contribuir a mejorar el diagnóstico y recuperación del paciente.



OBJETIVOS

General

Brindar los resultados de exámenes clínicos con calidad a los usuarios/as para contribuir al diagnóstico clínico, así como ser un centro de referencia de los establecimientos de las RIIS, ISSS y Centros Preventivos.

Específicos

1. Realizar el procesamiento de los análisis clínicos de hematología, uroanálisis, coprología, química clínica, banco de sangre.
2. Brindar el servicio de medicina transfusional.
3. Proceso de exámenes para el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, chagas y Malaria.

FUNCIONES

General

Procesar las pruebas de laboratorio para fortalecer el diagnóstico médico y contribuir a la pronta recuperación del paciente tanto ambulatorio como el hospitalizado.

Específicas

1. Elaborar, ejecutar y evaluar el plan de trabajo anual, para el cumplimiento de objetivos.
2. Realizar pruebas según protocolos de procedimientos establecidos para garantizar la calidad de resultados.
3. Brindar a los pacientes una atención de calidad en la prestación de los servicios.
4. Proporcionar información oportunamente de los datos para ser registrados en el sistema de información en ESDOMED, para evaluar la cantidad de trabajo realizado.
5. Efectuar pedidos mensuales de materiales, reactivos e insumos según necesidad, para evitar desabastecimiento de éstos.



6. Hacer buen uso de materiales, reactivos e insumos para evitar su inadecuada utilización y desabastecimiento de estos.
7. Participar activamente en la programación de necesidades para elaboración del presupuesto, a fin de que se compre lo necesario y se dé respuesta a la población demandante.
8. Registrar oportunamente las actividades en los tabuladores diarios de resultados.
9. Elaborar y presentar con oportunidad los informes requeridos por la jefatura inmediata.
10. Funcionar como centro de referencia para las Unidades comunitarias de salud familiar, que no cuentan con laboratorio clínico.
11. Responder por escrito y oportunamente a través del Enlace, al Oficial de Información, cuando le sea requerido.
12. Toma de muestras y Procesamiento de pruebas hematológicas, coprología, química clínica, uroanálisis, bacteriología y banco de sangre.
13. Realización de perfil de exámenes de la embarazada en inscripción prenatal y obstetricia, con previa indicación médica.
14. Supervisar el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos establecidos para la toma, conservación, análisis de muestras, transporte y transfusión de hemoderivados.
15. Cumplir con lo establecido en los instrumentos técnicos jurídicos sobre desechos sólidos hospitalarios, en lo relacionado a la segregación, manejo almacenamiento temporal y disposición final.
16. Llevar un registro de las muestras recibidas y enviadas para análisis de laboratorio, los resultados obtenidos y entrega oportuna de los mismos a pacientes ambulatorios, servicios hospitalarios, UCSF, Ecos Familiares, ISSS y Centros Preventivos.
17. Estandarizar nuevas técnicas con el personal de laboratorio, emitidas por el Instituto Nacional de Salud.



18. Coordinar con los laboratorios de la Red Nacional de Salud para el envío y procesamiento de pruebas que por categorización de Hospitales no se cuenta con reactivo.

ORGANIGRAMA



4- FISIOTERAPIA

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de fisioterapia, para garantizar la realización de tratamientos físicos y ocupacionales en cuanto a detección, prevención y atención de secuelas invalidantes de los sistemas músculo-esquelético, neurológico, vascular y respiratorio.

VISIÓN

Brindar la mejor atención a los usuarios con discapacidad física, aplicando técnicas terapéuticas que contribuyan a la mejora y recuperación de la salud.



OBJETIVOS

General

Prevenir y disminuir las secuelas discapacitantes en pacientes atendidos con participación de la familia en la atención del paciente y en el restablecimiento de la salud, dando continuidad al tratamiento clínico, mediante una comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario.

Específico

Proporcionar tratamientos fisioterapéuticos y de terapia ocupacional a pacientes que padecen problemas en los sistemas músculo-esqueléticos, neurológicos, vasculares y respiratorios, evaluando y ejecutando planes de prevención y atención fisioterapéutica y de terapia ocupacional, basados en trayectorias clínicas para contribuir con la rehabilitación e incorporación a la sociedad.

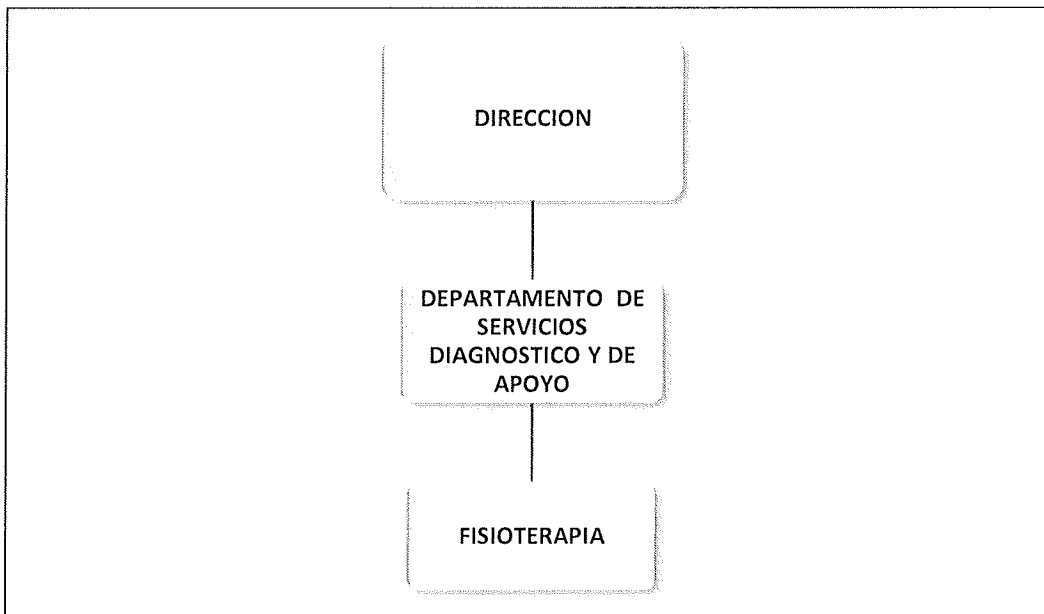
Funciones Específicas

1. Elaborar el plan anual operativo.
2. Planificar, organizar y dirigir las actividades del Servicio de Fisioterapia.
3. Brindar interconsultas de fisioterapia y terapia ocupacional en los servicios de hospitalización y consulta externa.
4. Brindar atención fisioterapéutica a los pacientes referidos.
5. Coordinar el trabajo con los diferentes servicios de la Institución.
6. Realizar visitas a los servicios de hospitalización, acompañando a equipo de cuidados paliativos.
7. Recomendar y/o sugerir al médico sobre las diferentes técnicas y el equipo de rehabilitación que necesitará el paciente.
8. Solicitar material y equipo a utilizar en el servicio de forma oportuna para evitar desabastecimientos.
9. Colaborar en la implementación de programas que requieren ayuda de fisioterapia.



10. Solicitar con oportunidad el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos para que estén disponibles en la atención de los pacientes.
11. Canalizar referencias hacia otras instituciones.
12. Velar porque el paciente reciba todas las consultas multidisciplinarias que amerite en la institución, según tratamiento indicado.
13. Brindar inducción específica a personal de nuevo ingreso/servicio social.
14. Llevar control de inventarios.
15. Gestionar la compra de equipos e insumos necesarios.
16. Participar en los procesos de adjudicación de equipos e insumos médicos de fisioterapia.
17. Realizar reuniones periódicas con personal del servicio.
18. Realizar evaluaciones al personal del servicio.
19. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





5- FARMACIA

MISIÓN

Planificar, organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar las actividades del Servicio de Farmacia para manejo, control y despacho de medicamentos a pacientes ingresados y ambulatorios de acuerdo con prescripciones médicas, así también llevar los registros digitales y manuales de los medicamentos despachados, facilitando el control de estos y evitando desabastecimientos.

VISION

Ser un servicio a través del cual se dispensan los medicamentos necesarios para la recuperación de la salud del usuario.

OBJETIVOS

General

Abastecer oportunamente de medicamentos a los diferentes servicios de la institución y despacho a pacientes ambulatorios, según prescripción médica.

Específicos

1. Coordinar con almacén para mantener el abastecimiento de la institución.
2. Comunicación continua con el asesor de medicamentos, para evitar desabastecimiento.
3. Orientar a los pacientes en el uso adecuado de los medicamentos.

FUNCIONES

General

Recepcionar, almacenar, despachar y registrar los medicamentos.

Específicas

1. Realizar oportunamente los pedidos de medicamentos tomando en consideración el cálculo de máximos y mínimos, para asegurar el abastecimiento requerido.



2. Clasificar y conservar los medicamentos, conforme las normas e instrumento técnicos respectivos.
3. Despachar los medicamentos y proporcionar orientación sobre su prescripción a los pacientes.
4. Controlar los estupefacientes y psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas establecidas.
5. Registrar las entradas, salidas y existencias de los diferentes medicamentos.
6. Revisión periódica de medicamentos identificando los de lento o nulo desplazamiento, próximos a caducar, informando a los diferentes servicios para su movilización.
7. Planificar, organizar, supervisar y controlar las actividades realizadas en el Servicio de Farmacia.
8. Elaborar y ejecutar el plan operativo anual del Servicio de Farmacia.
9. Dar seguimiento al recibo de recetas con inconsistencia haciendo la respectiva consulta a la jefatura inmediata en caso de duda o casos especiales.
10. Dar seguimiento a las recetas dispensadas por el personal de acuerdo con las normas de prescripción y uso establecido.
11. Dar seguimiento a la dispensación de pedidos de medicamentos provenientes de los diferentes servicios de atención.
12. Realizar requisiciones al área de almacén de acuerdo con las necesidades Institucionales, para mantener abastecido el área.
13. Verificar que se mantengan actualizados los registros de medicamentos sobre existencias, consumos y saldos, utilizando los siguientes formularios: Kardex, requisiciones, control mensual de recetas y recetas diarias entre otros, para la adecuada planificación, organización y control de medicamentos existentes.
14. Asesorar técnicamente al personal bajo su responsabilidad atendiendo dudas técnicas y administrativas, para concientizarlos sobre la importancia de brindar atención de salud con calidad.
15. Dar a conocer la producción a ESDOMED.

16. Verificar la recepción, almacenamiento y distribución de los medicamentos verificando buenas prácticas de almacenamiento para evitar su deterioro.
17. Verificar existencia de medicamentos próximos a vencer.
18. Velar porque las condiciones ambientales sean adecuadas para conservar la calidad de los medicamentos.
19. Verificar que se realice el inventario de existencias de medicamentos por lo menos una vez al año.
20. Brindar una atención de calidad al paciente, las 24 horas del día.
21. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información cuando le sea requerido.
22. Elaborar y presentar informes y reportes según requerimiento del Jefe Inmediato.

ORGANIGRAMA





6- ANESTESIOLOGÍA

MISIÓN

Garantizar una atención de calidad para administrar anestesia al paciente sometido a una intervención quirúrgica de acuerdo a normas, guías y protocolos establecidos, a fin de contribuir a la recuperación y mejoría del mismo.

VISION

Que el personal de Anestesiología brinde atención de salud con calidad, minimizando los riesgos en el usuario a través de la participación ciudadana por medio de una orientación diaria al recibir el servicio y por ende contar con una población satisfecha de la especialidad del servicio otorgado

OBJETIVOS

General

Brindar servicios de anestesiología aplicando técnicas adecuadas para cada procedimiento, dando cumplimiento a la norma técnica del Servicio de Anestesiología establecida por el Ministerio de Salud.

Específicos

- 1- Realizar una adecuada valoración preanestésica con el fin de reducir los riesgos y complicaciones anestésico- quirúrgicas.
- 2- Ejecutar diversas técnicas anestésicas individualizando en cada caso para reducir el tiempo de recuperación.
- 3- Desarrollar el programa de educación continua en técnicas anestésicas, mejorando así la atención.

FUNCIONES



General

Ejecutar oportunamente con eficiencia, las técnicas anestésicas, brindando una atención integral y especializada; así como la participación en las distintas actividades de educación continua.

Específicas

1. Elaborar, ejecutar y evaluar el plan anual operativo.
2. Coordinar las técnicas anestésicas en los diferentes actos quirúrgicos.
3. Programar y distribuir al personal para brindar anestesia en las diferentes cirugías electivas y de emergencia.
4. Dar seguimiento a la visita preanestésica al paciente que será sometido a una cirugía y revisión del expediente clínico para su preparación.
5. Brindar asistencia post operatoria y en problemas anestésicos coordinando con personal de área.
6. Verificar la existencia de medicamentos e insumos médicos, revisando existencias, a fin de prevenir desabastecimientos.
7. Gestionar de forma oportuna los pedidos de medicamentos y equipos a través de formularios correspondientes, a fin de evitar desabastecimientos.
8. Controlar la entrega de medicamentos y materiales en el servicio.
9. Supervisar y monitorear al personal en la ejecución operativa de sus funciones.
10. Elaborar informe mensual estadístico y consumo de insumos médicos.
11. Evaluar al personal bajo su cargo.
12. Elaborar y desarrollar el plan de educación continua.
13. Realizar inventario técnico del material y equipo del Servicio.
14. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.
15. Controlar el manejo adecuado de los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes de acuerdo con los instrumentos técnicos jurídicos establecidos.
16. Estandarizar la participación del personal de Anestesia ante una emergencia.
17. Otras actividades para apoyar el cumplimiento de metas del área.



18. ORGANIGRAMA



7- ESTADÍSTICA Y DOCUMENTOS DE SALUD

MISIÓN

Garantizar el adecuado funcionamiento del área, disponiendo de estadísticas oportunas, confiables y representativas para la institución, garantizando el cumplimiento de los planes operativos, enmarcados en los procesos, lineamientos y normas del quehacer estadístico e información en salud, a fin de brindar servicios de salud en forma eficiente, equitativa, oportuna y de calidad.

VISIÓN

Ser el departamento de estadística y Documentos Médicos, con recursos humanos calificados y competentes; contar con los recursos físicos, tecnológicos, mobiliario y equipo en cantidades necesarias, para contribuir a la mejor atención del usuario



OBJETIVOS

General

Atender oportunamente a los pacientes a través de la inscripción, mantenimiento y conservación de expedientes clínicos y proporcionar información estadística con calidad.

Específicos

1. Mantener la calidad de atención de las actividades a los usuarios.
2. Proporcionar información de acuerdo con los instrumentos técnicos jurídicos.
3. Contribuir a la gestión hospitalaria por medio de la participación en los diferentes comités.

FUNCIONES

General

Atender al usuario que solicite los servicios, organizar y mantener actualizada la información estadística.

Específicas

1. Capacitar al personal acerca de la aplicación de las normas y procedimientos necesarios, para el desempeño de las actividades de los Sistemas de Información estadística.
2. Ingresar y actualizar datos estadísticos, codificación y otras afines.
3. Cumplir con los Sistemas de Información Estadística y de Documentos Médicos, conforme a los instrumentos técnicos jurídicos relacionados.
4. Proveer la información estadística en salud que requieran los diferentes niveles organizativos del ministerio, autoridades superiores y dependencias del hospital a fin de apoyar la gestión hospitalaria.
5. Administrar sistemas de admisión y archivo de expedientes clínicos.
6. Organizar y controlar la recolección, revisión, codificación y tabulación de la información.
7. Codificar, con base a la Clasificación de Enfermedades y de Procedimientos, los motivos de atención, de enfermedad y de muerte y los procedimientos de



- diagnóstico y de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos según formatos establecidos.
8. Velar por el cumplimiento del Reglamento General de Hospitales y demás instrumentos técnicos jurídicos aplicables.
 9. Elaborar la planificación anual operativa.
 10. Evaluar periódicamente el cumplimiento de las actividades asignadas al personal.
 11. Garantizar el cumplimiento de normas y lineamientos de recolección de fuentes primarias.
 12. Asesorar al personal estadístico, médico, paramédico y otros recursos de apoyo multidisciplinario, en materia de estadística y documentos médicos.
 13. Garantizar el cumplimiento de los procedimientos de la custodia y conservación del expediente clínico.
 14. Elaborar y revisar informes requeridos por las autoridades correspondientes.
 15. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA





8- SANEAMIENTO AMBIENTAL

MISIÓN

Realizar acciones de planificación, organización, dirección y control de los recursos y las actividades de Salud Ambiental, mediante promoción, prevención y educación, para dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos, aplicando el marco regulatorio vigente, con el fin de disminuir los riesgos que afectan la salud de la población.

VISION

Ser un apoyo mediante acciones de planificación, organización, dirección, coordinación, ejecución y control de las actividades de los programas correspondientes de salud ambiental, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos que permitan contribuir en mejorar las condiciones de salud de la población.

OBJETIVOS

General

Cumplir medidas sanitarias orientadas a lograr un medio ambiente libre de riesgos para la salud institucional.

Específicos

1. Vigilancia del agua para consumo humano.
2. Control de desechos sólidos comunes y peligrosos.
3. Vigilancia y control de vectores y roedores.
4. Control de la higiene de los alimentos.
5. Vigilancia de las aguas residuales.

FUNCIONES

General



Planificar, organizar, ejecutar y controlar las medidas sanitarias relacionadas con el medio ambiente, zoonosis y eliminación de vectores de acuerdo con los instrumentos técnicos jurídicos.

Específicas

1. Inspeccionar fuentes de abastecimiento, sistemas de desinfección, tanques de almacenamiento y la red de distribución del agua potable.
2. Tomar muestras de agua para análisis bacteriológico, físico-químico y trazas de metales y lecturas de cloro residual.
3. Inspeccionar el almacenamiento, procesamiento y distribución de alimentos y productos para garantizar que se encuentran en condiciones adecuadas para el consumo humano.
4. Vigilar y controlar la adecuada disposición y tratamiento de aguas residuales.
5. Apoyar la gestión del permiso ambiental hospitalario y realizar acciones encaminadas al cumplimiento de las adecuaciones en el permiso ambiental.
6. Inspeccionar la generación, separación, clasificación, recolección, transporte y disposición temporal de desechos sólidos comunes, bioinfecciosos y anatomopatológicos.
7. Inspeccionar las instalaciones hospitalarias para controlar la crianza y proliferación de vectores.
8. Elaborar el plan de trabajo de salud ambiental.
9. Coordinar y planificar intra e interinstitucionalmente actividades que competen al cargo cuando sea requerido.
10. Brindar asesoría, adiestramiento y capacitación al personal sobre segregación, transporte y disposición final de desechos bioinfecciosos hospitalarios.
11. Participar en la elaboración del diagnóstico situacional de salud ambiental.
12. Elaborar y presentar con oportunidad los informes de actividades para la toma de decisiones.
13. Participar en investigaciones epidemiológicas cuando le sean requeridas.



14. Responder por escrito y oportunamente al Oficial de Información, cuando le sea requerido.

ORGANIGRAMA



9- PSICOLOGÍA

ÁREA CLÍNICA

MISIÓN

Proporcionar servicios psicológicos a pacientes que lo requieran o soliciten, atendiendo problemas que limitan su recuperación total y la integración biopsicosocial satisfactoria en su medio, contribuyendo así, con el proceso de rehabilitación integral de los mismos; así también realizar acciones de promoción y prevención en salud mental.

VISION

Ser un recurso caracterizado por la calidad de atención psicológica, con el objetivo de atender la demanda de servicios de salud mental de manera eficiente e inmediata.



ÀREA DE RECURSOS HUMANOS

MISIÓN

Participar en los procesos de reclutamiento y selección de personal aplicando técnicas y herramientas actualizadas, con base a la normativa legal vigente y demás disposiciones emanadas por el Nivel Superior, para proveer de personal idóneo a la institución a fin de contribuir a la prestación de servicios de salud a la población.

VISIÓN

Realizar procesos de selección de manera oportuna y responsable para la elección de los mejores recursos que ocuparan plazas.

OBJETIVOS

General

Garantizar la efectividad, eficiencia y eficacia del ejercicio profesional al servicio del bienestar individual y social respetando la dignidad e integridad de las personas, adoptando una actitud abierta y respetuosa en el cumplimiento de los principios, normas éticas y legales que regulan el Ejercicio de la Profesión de la Psicología en El Salvador.

Específicos

1. Aplicar procesos estandarizados para la atención psicológica con la utilización de protocolos y normativas.
2. Asegurar servicios ágiles y de pronta respuesta a la demanda de provisión de recursos humanos idóneos en el establecimiento con valores y actitudes que faciliten la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Funciones Específicas

1. Elaborar Plan anual de salud mental.



2. Proporcionar servicios de atención psicológica a pacientes para contribuir al restablecimiento de su equilibrio emocional.
3. Realizar entrevista a familiares del paciente para identificar factores influyentes en la recuperación emocional y/o física del mismo, si fuere necesario.
4. Gestionar la referencia de los pacientes a otro centro de atención.
5. Brindar consejería en los casos que se requiera pre y post prueba de VIH y la intervención en crisis o post resultados positivos.
6. Realizar acciones de coordinación del comité de salud mental institucional.
7. Participar en equipos multidisciplinarios para implementar mejoras en la atención al usuario.
8. Participar en brigadas de salud mental en casos de Emergencia Nacional y desastres.
9. Realizar programación de actividades de promoción y prevención de la salud mental, así como procesos de capacitación.
10. Elaborar informes de casos atendidos cada mes.
11. Participar en programas de educación con temas de salud mental.
12. Velar por el registro adecuado de la información correspondiente.
13. Participar en el proceso de reclutamiento y selección de personal para los diferentes puestos en concurso, utilizando baterías de pruebas psicológicas de idoneidad, actualizadas, según perfil requerido para cada puesto, a fin de garantizar la calidad de los procesos.
14. Administrar y calificar pruebas psicológicas, integrando los resultados a fin de elaborar los perfiles psicológicos de los aspirantes, aplicando los procedimientos y lineamientos establecidos, para garantizar transparencia en los procesos.
15. Realizar entrevistas de selección según procedimientos y lineamientos establecidos para garantizar la transparencia.
16. Realizar otras funciones de su competencia que le sean delegadas por la jefatura inmediata o la Dirección.



ORGANIGRAMA



L) DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Misión

Interpretar, analizar, notificar, divulgar y evaluar los procesos de vigilancia de salud pública y epidemiológica, relacionados con los servicios de salud, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, salud ambiental.

VISION

Ser el departamento modelo en organización y coordinación brindando servicios integrales, determinando los eventos relacionados con el estado de salud de los usuarios del Hospital Nacional de Ilobasco con énfasis en la prevención y control de las enfermedades de vigilancia.

Funciones Básicas

1. Participar en la elaboración del plan operativo anual de epidemiología del establecimiento de salud.
2. Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar las actividades propias de las Unidades de Vigilancia Sanitaria de responsabilidad a Nivel Hospitalario.



3. Coordinar las acciones epidemiológicas y de estadística con el Sistema Nacional de Salud, sobre el cumplimiento de la normativa de vigilancia sanitaria establecida en el Código de Salud y el Reglamento Sanitario Internacional.
4. Proporcionar asesoría sobre los procesos técnicos y administrativos a las Unidades de Vigilancia Sanitaria a Dirección y Consejo de Gestión.
5. Apoyar técnicamente en la elaboración de documentos e instrumentos técnicos relacionados con el funcionamiento y vigilancia sanitaria.
6. Normar e implementar la sala situacional con enfoque integral y participativo del equipo multidisciplinario.
7. Supervisar, auditar y brindar asistencia técnica a los equipos responsables de las diferentes áreas según necesidad.
8. Coordinar la obtención e intercambio permanente de la información proveniente de sectores del Sistema Nacional de Salud, cuya actividad se vincula a la salud de la población.
9. Interpretar, analizar, notificar, divulgar y evaluar la información epidemiológica para la toma de decisiones en salud del establecimiento.
10. Integrar y analizar las estadísticas de morbilidad y mortalidad general y por servicios para la toma de decisiones y adecuación de los programas, con el fin de asesorar a las autoridades con propuestas técnicas que orienten las actividades del establecimiento en base al perfil epidemiológico.
11. Definir y proponer a las autoridades del establecimiento las intervenciones epidemiológicas pertinentes en caso de brotes de enfermedades entre otros, que afectan la salud de la población.
12. Formular el plan de capacitación anual en la Unidad y recomendar las líneas de capacitación institucional en el área de epidemiología.
13. Realizar estudios de investigación epidemiológica de los casos y brotes que lo ameriten y disponer medidas inmediatas de control en situaciones de emergencia.
14. Mantener actualizados los registros de la vigilancia epidemiológica.
15. Asesorar, supervisar, monitorear y evaluar el desarrollo de las intervenciones y la calidad de la información epidemiológica del establecimiento.
16. Participar en la elaboración, implementación, supervisión y monitoreo del plan de emergencias, prevención y mitigación de desastres cuando sea requerido.
17. Colaborar con los comités de infecciones asociadas a la atención sanitaria, mortalidad materna entre otros que tienen que ver con epidemiología
18. Llevar registro adecuado de las acciones realizadas y presentar informes con oportunidad a la jefatura inmediata para la toma de decisiones.
19. Colaborar y atender otras delegaciones afines al cargo.



ORGANIGRAMA



IV. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL

El presente Manual debe ser revisado y actualizado periódicamente o cuando amerite debido a cambios sustanciales de la organización.

V. VIGENCIA

El presente Manual entrará en vigencia a partir de esta fecha. COMUNÍQUESE.

Dado en el Hospital Nacional de Ilobasco, en la ciudad de Ilobasco, departamento de Cabañas a los treinta días del mes de agosto de dos mil veintiuno.



DIOS UNION LIBERTAD


DRA. SILVIA GRACIELA GUANDIQUE GUZMÁN
DIRECTORA HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

ACUERDO N° 173

LA DIRECCION DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al artículo 62 del Decreto N° 1 de fecha 16 de enero del 2018, publicado en el Diario Oficial N° 34 Tomo 418 de fecha 19 de febrero de 2018; Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República, Con base en las presentes normas, cada Institución pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), para regular el funcionamiento de su Sistema de Control Interno de acuerdo a sus necesidades, naturaleza y características particulares, en un plazo no mayor a un año, contado a partir de la vigencia del presente acuerdo.

- II. Que las Normas de Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Ilobasco, en el Artículo 56 establece que el reglamento Interno de Recursos Humanos del Hospital Nacional de Ilobasco, constituye la base fundamental para el buen desarrollo del personal dentro del Hospital. Que permita la capacitación del capital humano de acuerdo a la legislación y normativa interna aplicable, principalmente lo relativo a: Reclutamiento, selección, inducción, capacitación y desarrollo, promoción, control y evaluación, el que debe ser de estricto cumplimiento por parte de la Dirección y todas las jefaturas en el Hospital.

- III. Que es necesario dictar una nueva regulación relativa a la organización y atribuciones del Departamentos de Recursos Humanos, que responda a las nuevas políticas y estructura organizativa del Hospital.

POR TANTO,

En uso de sus facultades que le confiere la Ley, y de conformidad a los Arts. 41 numeral 4, y 270 del Código de Salud, ACUERDA, dictar el siguiente:

REGLAMENTO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL

CAPITULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

OBJETO

Art. 1.- El presente Reglamento Interno, tiene por finalidad regular la estructura y atribuciones del Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional de Ilobasco, que en adelante se denominará "Hospital".

AMBITO DE APLICACIÓN

Art. 2.- Este reglamento será aplicable en todas las Divisiones, Unidades, Departamentos, Secciones y Áreas del Hospital.

AUTORIDAD COMPETENTE

Art. 3.- La autoridad competente para la aplicación del presente Reglamento es la DIRECCION, y por medio de delegación los jefes de los diferentes Niveles de Organización del Hospital a través del Departamento de Recursos Humanos respectivo.

El Departamento de Recursos Humanos del Hospital estarán a cargo de una Jefatura, cuyo perfil está definido en el MANUAL GENERAL DE DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO.

Art. 4.- Se delega a las Jefaturas de los diferentes Niveles de Organización del Hospital, como responsables de velar por el cumplimiento y aplicación de este Reglamento, por parte de los empleados y funcionarios.

TERMINOLOGÍA

Art. 5.- Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

Banco de Candidatos Elegibles: Es el conjunto de personas en un proceso de selección elegibles para ocupar una plaza, la Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, debe mantener la base de datos según parámetros establecidos en la Ley.

Banco de Oferentes de Servicios: Es el detalle de currículum vitae que debe mantener la Jefatura de Recursos Humanos del Hospital.

Candidato Elegible: Es el empleado o funcionario público que trabaja en el Hospital, que a través de un proceso de Reclutamiento de personal, está calificado para desempeñar un puesto; de igual manera es toda persona que aún no está trabajando en el Hospital, pero que a través de un proceso de selección está calificado para ocupar un puesto.

Cargos de Confianza: Se considerará cargo de confianza el de DIRECCION y SUB DIRECCION. Debido a que según el artículo 65 del Reglamento General de Hospitales el Director y Subdirector son nombrados por el titular de Ramo de Salud, a propuesta de la Dirección Nacional de Hospitales con el Visto Bueno del Vice Ministerio de Servicios de Salud.

Declaración de Responsabilidades Éticas: Se enmarca en los Principios de Transparencia, Confidencialidad, Disciplina y Lealtad institucional establecidos en la Ley de Ética Gubernamental.

Dependencia: Cualquiera de las Divisiones, Unidades, Departamentos, Secciones y Áreas que conforman la Estructura Organizativa del Hospital.

Perfil del Cargo: Los requisitos académicos, competencias conductuales y técnicas que requiere el mismo; establecidos en el MANUAL GENERAL DE DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO.

Personal Paramédico: Son los empleados o funcionarios de las diferentes carreras de las Ciencias de la Salud, que prestan apoyo técnico y realizan labores auxiliares en los servicios de diagnóstico y tratamiento médico.

Descripción de cargo: Son las funciones, deberes y responsabilidades del cargo.

Inducción de personal: Proceso por medio del cual se proporciona al nuevo empleado información general del Hospital, Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, Segregación, Manejo, Transporte,

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

almacenamiento y disposición final de los desechos Hospitalarios comunes, bio-infecciosos y especiales; así como también la información específica de la Unidad Organizativa a la que ha ingresado.

Reclutamiento: Es el llamado por cualquier medio de comunicación, orientado a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro del Hospital.

Reclutamiento de personal por Fuente Interna: Es un llamado por cualquier medio de comunicación, que se realiza con personal interno del Hospital y demás dependencias del Ministerio, que reúne requisitos para optar a plaza vacante o nueva.

Reclutamiento de personal por Fuente Externa: Es un llamado por cualquier medio de comunicación, a personas ajenas a la Institución, para optar a plaza vacante o nueva.

Selección: Es el proceso por medio del cual se escogen entre los mejores candidatos elegibles y el que a juicio de la Dirección del Hospital, cumpla mejor los requisitos del proceso de selección para ocupar un puesto determinado.

CAPITULO II

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN, DE EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS PÚBLICOS

DEL PROCESO

Art. 6.- Los procesos regulados en este capítulo, se aplicarán a aquellos cargos que no tengan procedimiento específico de contratación. Cuando exista una plaza vacante o nueva, es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos iniciar el proceso de reclutamiento y selección de personal, para lo cual debe contar con la solicitud de la Jefatura del Área donde exista la necesidad del recurso y la autorización de la Dirección del Hospital.

MEDIOS DE RECLUTAMIENTO

Art. 7.- El reclutamiento de personal puede desarrollarse utilizando cualquier medio de información que se adapte a las necesidades del proceso y naturaleza

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

del puesto, tales como: Banco de Oferentes de Servicios, Banco de Candidatos Elegibles, anuncios a través de cualquier medio de comunicación, agencias de empleo o bolsas de trabajo, Instituciones Educativas, asociaciones profesionales, Instituciones Públicas y otros.

PRIORIDAD DEL RECLUTAMIENTO

Art. 8.- Cuando se disponga de una plaza vacante o nueva, debe darse prioridad al reclutamiento interno en el Hospital y demás dependencias del Ministerio, siempre que exista un aspirante a la plaza que reúna los requisitos del puesto y con un desempeño evaluado como mínimo de muy bueno en las dos últimas evaluaciones con base a lo establecido en la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio.

En el reclutamiento interno podrán participar: Empleados de la misma disciplina, con cargo nominal o funcional dentro de la unidad, división, departamento, sección o área; empleados dentro del Hospital de distinta disciplina o profesión y, empleados provenientes de otros establecimientos del MINSAL.

OFERTA DE SERVICIOS PERSONALES

Art. 9.- Toda persona interesada en prestar sus servicios al Hospital, debe presentar en la Jefatura de Recursos Humanos, su oferta de servicios personales por medio del currículum vitae, adjuntado copia de los siguientes requisitos: Documentos Personales, Atestados que comprueben nivel académico, dos referencias personales, dos referencias laborales y en el caso de los aspirantes que no tengan experiencia laboral únicamente agregarán dos referencias personales, mismas que preferentemente no sean de partidos políticos. En el caso de profesionales de la Salud deberán presentar copia de número de Junta de Vigilancia actualizado.

COMITÉ DE SELECCIÓN

Art. 10.- Para cada proceso de selección debe conformarse un Comité de Selección, integrado por: La Jefatura de Recursos Humanos o su delegado,

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

Jefatura de la Unidad Solicitante y un Psicólogo. Dicho Comité será coordinado por la Jefatura de Recursos Humanos.

REQUISITOS DE SELECCIÓN

Art. 11.- En el proceso de selección de personal para plaza nueva o vacante por fuente de reclutamiento externa, debe realizarse:

- a) Entrevista, será realizada por Recursos Humanos y el Jefe de la Unidad solicitante. La entrevista deberá realizarse en un mismo momento con la participación del psicólogo.
- b) Prueba psicológica.
- c) Prueba técnica, la que se dividirá en dos partes una teórica y otra práctica, dependiendo de la naturaleza de la plaza se podrá prescindir de la prueba práctica.
- d) Análisis curricular: verificación de estudios realizados, experiencia, referencias laborales y personales.
- e) Constancia de salud no mayor de tres meses, y exámenes de laboratorio: General de Heces y de Orina, VDRL. Los requisitos regulados en este literal, únicamente se solicitarán al candidato que gane el concurso de la plaza en proceso de selección.

En el proceso de selección de personal para plaza nueva o vacante, por fuente de reclutamiento interna, se realizará entrevista, prueba psicológica y técnica.

DE LA PONDERACIÓN

Art. 12.- Los porcentajes de ponderación que el Comité de Selección aplicará para cada uno de los criterios a evaluar, son: Entrevista (20%), análisis curricular (5%), prueba psicológica (30%) y

Prueba técnica (45%); dichos porcentajes podrán ser modificados en consenso por el Comité de Selección, en casos excepcionales debidamente justificados y aprobado por la Dirección del Hospital.

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

Además, el Comité de Selección, debe participar en la selección de los candidatos idóneos, debiendo presentar a la Dirección del Hospital a través de la Jefatura de Recursos Humanos, el resultado final del proceso.

Cuando se trate de una sola plaza en concurso, el Comité de Selección debe presentar a la Dirección del Hospital, el acta de resultados con la terna de candidatos idóneos; en el caso de dos o más plazas de la misma denominación, se presentará el acta de resultados con los aspirantes que obtuvieron los mejores puntajes de acuerdo al número de plazas en concurso, en ambos casos se anexará el proceso de selección.

SELECCIÓN DE CANDIDATO

Art. 13.- La Dirección del Hospital es la responsable de tomar la decisión final de selección de la persona idónea para ocupar un cargo, con base al acta de resultados del proceso.

Cuando no se cuente con candidatos idóneos para ocupar la plaza, la Dirección del Hospital debe ordenar que se inicie un nuevo proceso.

A los participantes en el proceso de selección que lo soliciten, se les notificará el resultado global de la calificación obtenida.

BANCO DE CANDIDATOS ELEGIBLES

Art. 14.- La Jefatura de Recursos Humanos debe contar con un Banco de Candidatos Elegibles, que hayan superado los parámetros establecidos en los procesos de selección, con la finalidad de ser considerados, en el caso que resultare una plaza vacante de la misma naturaleza del proceso en el que participaron; este banco debe actualizarse como mínimo una vez al año.

La calidad de candidato elegible se mantendrá durante un año después de finalizado el proceso de selección en que participó, durante dicho período la Dirección del Hospital podrá nombrar o contratar a un candidato elegible en una plaza vacante de igual naturaleza.

PLAZO PARA REALIZAR PROCESO

Art. 15.- El proceso de Reclutamiento y Selección de personal, en plaza nueva o vacante debe realizarse en un período no mayor de un mes calendario, a partir de la fecha de autorización de la Dirección del Hospital, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

CAPITULO III

PROMOCION DE PERSONAL Y CASOS ESPECIALES

PROMOCION DE PERSONAL

Art. 16.- En el caso de las promociones de personal derivadas de Reclutamiento Interno, la contratación o nombramiento debe realizarse de conformidad a lo establecido en el Art. 8 de este Reglamento. En los casos que existan dos o más empleados que reúnan los requisitos para ser promovidos, deberá realizarse un proceso de concurso interno entre ellos, para tal efecto se conformará un comité de selección en el cual se invitará al representante por parte de los trabajadores de la Comisión de Servicio Civil respectiva y se evaluarán los siguientes criterios: Entrevista, Evaluación Curricular, en la que únicamente se tomarán en cuenta las Evaluaciones al desempeño y la antigüedad, prueba técnica, que será conformada por una teórica y otra práctica, y la prueba psicológica. En caso de empate el Comité de selección deberá considerar la antigüedad.

CASOS ESPECIALES

Art. 17.- En el caso de plazas de Médicos Residentes, los procesos de reclutamiento y selección deben regirse por los instrumentos regulatorios respectivos o por los lineamientos emitidos, por quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo. No obstante lo anterior, se les aplicará las demás disposiciones reguladas en el presente Reglamento.

CAPITULO IV

NOMBRAMIENTO, CONTRATACIÓN, REFRENDA, PERMUTAS, TRASLADOS E INDUCCION DE PERSONAL

DEL PROCESO

Art. 18.- Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos, realizar el proceso de nombramiento o contratación de personal en el Hospital, de acuerdo con lo establecido en la Ley, Reglamento, Norma Administrativa ó Técnica, según sea el caso.

DE LA REFRENDA

Art. 19.- El Acuerdo de Refrenda de Nombramientos del personal nombrado por Ley de Salarios, debe emitirse anualmente de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.

DE LA PRÓRROGA DE CONTRATO

Art. 20.- La Resolución de Prórroga de Contratos por Servicios Personales Fondo General, debe emitirse de acuerdo a lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y en su caso por el Ministerio de Hacienda.

RENOVACIÓN DE CONTRATO

Art. 21.- Para la renovación de contratos del personal por Servicios Personales Fondos General, debe contarse con la autorización del Ministerio de Hacienda. Los contratos generados de dicha renovación deben ser firmados por la Dirección del Hospital y por el empleado o funcionario público contratado.

PERÍODO DE PRUEBA

Art. 22.- Toda persona de nuevo ingreso que es nombrada o contratada, debe pasar por el período de prueba de tres meses, aplicando subsidiariamente los artículos 18 literal g) de la Ley de Servicio Civil y Disposiciones Generales del Presupuesto.

INFORME DEL PERÍODO DE PRUEBA

Art. 23.- Es responsabilidad de la Jefatura Inmediata del empleado o funcionario público que está en período de prueba, elaborar un informe sobre el desempeño laboral demostrado durante el periodo de prueba, a la Dirección del Hospital, para que sea debidamente nombrado en propiedad o contratado.

Dicho informe debe enviarse oportunamente antes de la fecha de término de finalización del período de prueba, adjuntando la evaluación al desempeño correspondiente.

DEL NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD O EXTENSIÓN DEL CONTRATO

Art. 24.- De conformidad a lo resuelto por la Dirección del Hospital, la Jefatura de Recursos Humanos correspondiente, debe realizar el nombramiento en propiedad o la extensión de contrato, al empleado o funcionario público.

En caso que la persona no supere el período de prueba satisfactoriamente, de acuerdo a lo establecido en el informe emitido por el Jefe Inmediato y en la evaluación al desempeño del periodo de prueba, no será nombrada en propiedad o contratada. Dicha acción se formalizará por medio de Acuerdo para el caso de plazas por la modalidad de Ley de Salarios y por Resolución Administrativa para el caso de plazas por la modalidad de contrato.

TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO

Art. 25.- Para dar toma de posesión de cargo como empleado o funcionario público, todo nombramiento o contratación se debe contar con la autorización de quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, según sea el caso. Además, debe emitirse el Acuerdo respectivo o la formalización del contrato, por parte de la autoridad correspondiente.

El empleado o funcionario público que incumpla con lo anterior, debe responder en su carácter personal por las consecuencias legales que ocasione.

DECLARACION DE RESPONSABILIDADES ETICAS

Art. 26.- Todo empleado o funcionario público al servicio del Hospital, previo a la toma de posesión del cargo, deberá presentar por escrito declaración de responsabilidades éticas según lo establecido en el Artículo 5 de la Ley de Ética Gubernamental.

El documento que contenga la declaración de responsabilidades éticas será entregado al Departamento de Recursos Humanos, que procederá a archivarla en el expediente personal del empleado o funcionario.

La declaración de responsabilidades éticas no implica limitación alguna al deber de denuncia, establecido en las leyes.

En el caso de inobservancia de alguno de los contenidos establecidos en la declaración de responsabilidades éticas por parte de un empleado o funcionario público al servicio del Hospital, éste quedará sujeto a la imposición de las sanciones disciplinarias establecidas en las leyes correspondientes.

NOMBRAMIENTO DE PERSONAL EN CARÁCTER INTERINO

Art. 27.- 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
- 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. 28.- 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.

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.

La Dirección del Hospital, previa resolución razonada, podrán autorizar interinatos en plazas que se encuentren en trámite de Despido o Destitución y en plazas vacantes, por causales diferentes a las reguladas en el Art. 27 de este Reglamento. El acuerdo de nombramiento podrá realizarse por un periodo máximo de un año.

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. 29.- 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.

FINALIZACION DE INTERINATO

Art. 30.- Vencido el plazo del interinato, debe darse por terminado el mismo sin responsabilidad para la institución.

El personal nombrado en carácter interino, deberá cumplir con todos los deberes u obligaciones que el cargo le imponga.

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

En caso de incumplimiento, la Dirección del Hospital dará por finalizado el interinato de forma inmediata, aunque el plazo no hubiere concluido.

Lo anterior debe respaldarse con un informe debidamente documentado, emitido por el Jefe Inmediato del recurso que realiza el interinato.

CARGO EN CARÁCTER AD HONOREM

Art. 31.- Cuando exista la necesidad institucional de recurso humano y no se pueda cubrir con plaza vacante o con el personal existente, la Dirección del Hospital podrá autorizar la asignación de un cargo en carácter ad honorem a la persona que así lo solicite y que no labore en el Hospital.

REQUISITOS

Art. 32.- La persona con asignación en carácter ad honorem debe cumplir con el perfil requerido para el cargo y con las leyes, reglamentos, normas administrativas y técnicas, que regulan lo relativo a los Recursos Humanos; el nombramiento debe formalizarse a través de Acuerdo Ejecutivo, el cual puede ser renovado cada año si persiste la necesidad.

En caso de incumplimiento de las funciones y actividades asignadas o faltas a las leyes, reglamentos y normas, debe ser cesado en su cargo sin responsabilidad alguna por parte del Hospital. Lo anterior debe respaldarse con un informe emitido por el Jefe Inmediato del recurso con asignación en carácter ad honorem, dirigido a la Dirección del Hospital.

DE LA RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL

Art. 33.- La Institución no adquiere ninguna obligación laboral, con las personas autorizadas para desempeñar cargos en carácter ad honorem; en caso de existir una plaza vacante, el personal con asignación en carácter ad honorem, puede optar preferentemente al proceso de reclutamiento y selección establecido para optar a la misma.

CESE EN LA ASIGNACIÓN DEL CARGO EN CARÁCTER AD HONOREM

Art. 34.- El jefe inmediato debe solicitar oportunamente ante la Dirección del Hospital, que se deje sin efecto la asignación de un cargo en carácter ad honorem e informar a la Jefatura de Recursos Humanos, para que se realice el trámite correspondiente.

ASIGNACION DE FUNCIONES AD HONOREM

Art. 35.- Cuando exista la necesidad institucional de recurso humano del hospital, debe cubrirse con el empleado o funcionario público que tenga el perfil requerido, previa anuencia del trabajador y de forma excepcional, se le asignaran funciones adicionales al cargo.

Toda asignación de funciones adicionales al cargo en carácter ad honorem, debe ser autorizada por la Dirección del Hospital y formalizarse debidamente, por un periodo de seis meses.

Si persiste la necesidad institucional, la asignación de funciones puede ser renovada por un periodo igual.

En ningún caso la asignación de funciones adicionales al cargo en carácter ad honorem implicarán la desatención por parte del empleado o funcionario público en sus funciones o atribuciones propias.

NOMBRAMIENTO EN PLAZA COMPARTIDA.

Art. 36.- De conformidad en el Art. 95 numeral 12, inciso 8 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, el Hospital puede nombrar a dos o más empleados o funcionarios públicos en una misma plaza de Ley de Salarios de carácter médico o paramédico que se encuentre vacante.

Esta acción de personal no procede para plazas de naturaleza administrativa, ni para aquellas plazas bajo la modalidad de contratos fondo general.

ELABORACION DE ACUERDO

Art. 37.- Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos, elaborar el acuerdo de nombramiento para empleados o funcionarios públicos con plaza

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

compartida, asignándole a cada uno de ellos el salario, de acuerdo con el número de horas diarias que labore, clasificándolos en forma alfabética "A", "B" o "C" según el caso.

AUTORIZACION DE TRASLADO

Art. 38.- Todo traslado de un empleado o funcionario público, deberá realizarse aplicando las disposiciones y procedimientos establecidos en la Ley de Servicio Civil.

Si el traslado es de una dependencia de la Secretaría de Estado a una Región de Salud, Hospital Nacional o viceversa, debe ser autorizado por quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo o por quien este delegue.

Cuando el traslado se realice de una Dirección Regional de Salud a un Hospital Nacional o viceversa, dentro del área geográfica de influencia de la Dirección Regional de Salud, debe contarse con la anuencia en forma escrita de ambos Directores y con el visto bueno del Ministro de Salud o por el funcionario que este delegue.

Cuando el traslado se realice de una Dirección Regional de Salud a otra o a cualquiera de sus dependencias, deberá contarse con la anuencia en forma escrita de ambos Directores y además deberá contar con el visto bueno del Ministro de Salud o por el funcionario que este delegue.

Cuando el traslado se realice de un Hospital Nacional a otro, debe contarse con la anuencia de forma escrita de ambos Directores y además deberá contar con el visto bueno del Ministro de Salud o por el funcionario que este delegue.

TRASLADOS INTERNOS

Art. 39.- La Dirección del Hospital, está facultada para realizar los traslados de personal dentro de sus respectivas dependencias. Todo traslado debe realizarse cuando sea conveniente para la Institución.

GESTION DEL TRASLADO

Art. 40.- Todo traslado debe gestionarse a través de la Jefatura de Recursos Humanos, debiéndose elaborar el Acuerdo respectivo.

ASIGNACION DE FUNCIONES

Art. 41.- Todo empleado o funcionario público que se traslade de una dependencia a otra, debe realizar funciones de acuerdo a la plaza según su nombramiento o contratación.

DURACION DEL TRASLADO

Art. 42.- Todo traslado de un empleado o funcionario público no podrá exceder de un período máximo de seis meses.

De ser necesario, el traslado puede prorrogarse por otro período igual o menor; después de transcurrido este período, la Dirección del Hospital deben trasladar la plaza ó regresar al empleado o funcionario público sujeto de traslado, a su lugar de nombramiento o contratación.

PROCESO DE PERMUTAS

Art. 43.- Toda permuta libremente pactada entre empleados o funcionarios públicos de un establecimiento a otro, debe ser autorizada por quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo.

REQUISITOS

Art. 44.- La permuta puede ser autorizada siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que el cargo de los interesados sea de una misma clase.
- b) Que exista solicitud previa de los empleados o funcionarios interesados a la Dirección de cada uno de los establecimientos de origen.
- c) Que se cuente con la opinión técnica de las Jefaturas de Recursos Humanos involucradas.

- d) Que se cuente con el visto bueno del jefe inmediato respectivo y de la Dirección, de cada uno de los empleados o funcionarios públicos que permutan.

Una vez cumplidos los requisitos antes mencionados, la permuta, podrá ser autorizada por quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo y se formalizará por medio del Acuerdo respectivo.

DEL PROCESO DE INDUCCION

Art. 45. - La Dirección del hospital y sus dependencias, deben garantizar el proceso de inducción que permita proporcionar al nuevo empleado o funcionario público, de forma breve y concisa la información general de la Institución y la específica del puesto en el cual se ha nombrado o contratado, así como otra información que facilite su adaptación e integración a la Institución.

INDUCCION GENERAL

Art. 46.- Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos, brindar la inducción general a los nuevos empleados o funcionarios públicos, el día de su ingreso a la Institución y para ello debe hacer uso del Manual de Inducción.

De igual forma es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos mantener actualizado dicho manual.

INDUCCION ESPECÍFICA

Art. 47.- La inducción específica para el nuevo empleado o funcionario público es responsabilidad de la Jefatura Inmediata, la cual debe comprender: Información sobre la estructura organizativa del área, naturaleza del puesto, descripción de funciones y entrega de las mismas en forma escrita, comunicación de normas y procedimientos propios del servicio, recorrido por las instalaciones, presentación a los compañeros de trabajo.

CAPITULO V
REGISTRO LABORAL DE EMPLEADOS

REGISTRO LABORAL

Art. 48.- El hospital a través de la Jefatura de Recursos Humanos, deberá mantener actualizada la Tarjeta de Registro Individual y el Expediente Personal de cada empleado o funcionario público, a fin de contar con información secuencial, confiable, verificable y actualizada de su historial laboral y personal.

TARJETA DE REGISTRO

Art. 49.- La Tarjeta de Registro Individual debe contener las acciones de personal que inciden en el salario y tiempo de servicio, desde que el empleado o funcionario público es nombrado en la Institución hasta que deja de laborar en ella. En caso que el empleado o funcionario público haya laborado en más de un establecimiento del Ministerio, el último establecimiento que lo recibe, debe solicitar a los establecimientos respectivos, original de la Tarjeta de Registro Individual a fin de consolidar la información.

EXPEDIENTE PERSONAL

Art. 50.- El expediente personal debe contener la información individual de cada empleado o funcionario público, desde que es nombrado en la Institución hasta que deja de laborar en ella, éstos deben ser foliados desde su inicio en forma cronológica, con numeración ascendente.

En caso que personal médico y paramédico se nombre en diferentes dependencias, debe foliarse con numeración ascendente, a partir de la fecha de su ingreso a cada establecimiento.

ACTUALIZACION DEL EXPEDIENTE PERSONAL

Art. 51.- El expediente debe mantenerse actualizado con los diferentes documentos y acciones que se refieran al desempeño, evaluación y desarrollo del empleado o funcionario público dentro de la Institución, tales como

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

reconocimientos, diplomas, títulos, así como las sanciones disciplinarias a las que se haya hecho acreedor, luego de haberse observado el derecho a la garantía de audiencia. La actualización debe realizarse por lo menos una vez al año.

EXPEDIENTE DEL PERSONAL TRASLADADO

Art. 52.- En caso de traslado de un empleado o funcionario público en carácter temporal a otro establecimiento del Ministerio, el Expediente Personal original debe mantenerse en el establecimiento donde se encuentre nombrado ó contratado. Toda acción que se genere posteriormente al traslado, debe ser enviada en original al establecimiento donde esté nombrado, para su archivo. Los trámites que se generen por las acciones del recurso trasladado, serán realizados en el establecimiento en donde el empleado o funcionario se encuentre nombrado o contratado. Cuando el traslado es de carácter permanente con la respectiva plaza, el expediente personal original debe remitirse al establecimiento que lo recibe, continuando con el foliado correlativo.

ARCHIVO Y RESGUARDO

Art. 53.- La Jefatura de Recursos Humanos es responsable del resguardo del registro laboral y expediente personal el cual debe archivar en orden alfabético tanto para el personal activo como para el cesado.

La Jefatura de Recursos Humanos tendrá la facultad para certificar administrativamente cualquier documento que tengan bajo su custodia y que sea solicitado por autoridad competente.

El empleado o funcionario interesado, con expresión de causa podrá solicitar tener acceso al expediente, acción que se realizará en presencia de un delegado de recursos humanos.

CAPITULO VI
CONTROL DE ASISTENCIA, PUNTUALIDAD Y PERMANENCIA DE LOS
EMPLEADOS

CONTROL DE ASISTENCIA

Art. 54.- El hospital, deberá contar con un sistema de control de asistencia, que permita registrar y verificar la puntualidad y asistencia del personal en su lugar de trabajo, que ofrezca seguridad para el resguardo y verificación posterior de la información. El sistema de control de asistencia puede ser implementado en forma manual o automatizada, de acuerdo a la disponibilidad financiera del hospital. Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos, administrar el sistema de control de asistencia.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Art. 55.- El registro del control de asistencia debe efectuarse en forma independiente por cada empleado o funcionario público. En el caso de un empleado o funcionario público nombrado o contratado en más de una plaza, el registro debe llevarse en cada una de las plazas.

En el caso que las plazas tengan asignados horarios continuos, se podrá autorizar un solo horario de entrada y de salida.

OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO DE LA ASISTENCIA

Art. 56.- Todo empleado o funcionario público del Hospital, debe asistir con puntualidad a su trabajo y registrar en forma personal su asistencia, quedando estrictamente prohibido registrar la asistencia de otra persona.

El empleado o funcionario público que incumpla con lo anterior, será sujeto de sanción por falta en el servicio, de acuerdo a lo estipulado por la Ley del Servicio Civil.

CONTROL DE ASISTENCIA ESPECÍFICO

Art. 57.- La Dirección del Hospital deberá implementar un control de asistencia específico, para las dependencias bajo su dirección.

RESPONSABILIDAD

Art. 58.- Es responsabilidad de cada Jefatura controlar la asistencia, permanencia y puntualidad del personal a su cargo, asimismo de velar que éste se dedique a sus labores en las audiencias señaladas, de conformidad a lo establecido en el Art. 84 de la Disposiciones Generales de Presupuesto.

Es responsabilidad de cada empleado tramitar las licencias o misiones oficiales oportunamente, preferentemente los días viernes de cada semana.

PROHIBICION

Art. 59.- El tiempo de llegada tardía o anticipada no faculta al jefe inmediato para modificar el plan de trabajo a conveniencia del empleado o funcionario público bajo su responsabilidad. También se prohíbe auto concederse o conceder las llegadas tardías del personal, como permisos por asuntos personales o por un período menor a treinta minutos.

Las llegadas tardías se contabilizarán desde el primer minuto de marcación y no se aceptarán permisos por motivos personales, sino hasta después del minuto 30 de marcación posteriores a la hora de entrada en el horario de trabajo asignado.

FALTA DE REGISTRO DE ASISTENCIA

Art. 60.- Cuando un empleado o funcionario público no registre la hora de entrada o salida a sus labores por actos involuntarios, debe reportarlo a la jefatura inmediata; quien podrá justificar únicamente el tiempo que le conste que el empleado ha realizado sus obligaciones diarias. La justificación la hará en forma escrita y cuando fuere posible será acompañada de la documentación de respaldo correspondiente.

La jefatura inmediata puede justificar hasta tres faltas de registro del empleado o funcionario público en el mes, su reincidencia se tomará como una falta en el

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

servicio o como una ausencia injustificada según sea el caso, la cual debe informar oportunamente a la Jefatura de Recursos Humanos, para que se proceda según la Ley.

Esta disposición no aplicará a las faltas de registro de asistencia generadas por fallas en el equipo de marcación, así como por casos fortuitos o fuerza mayor. Todo empleado o funcionario público tendrá la obligación de informar por sí o por interpósita persona a su jefe inmediato, toda ausencia a sus labores, dentro de las siguientes cuarenta y ocho horas, para lo cual puede utilizar cualquier medio que tenga a su alcance a fin de evitar descuentos en el pago de su salario.

INASISTENCIA POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

Art. 61.- La Dirección del hospital, podrá resolver internamente por medio de una resolución administrativa, toda inasistencia, llegada tardía o salida anticipada del personal, ocurrida a consecuencia de casos fortuitos o de fuerza mayor, de tal naturaleza que sus efectos sean de conocimiento público.

PROGRAMACIÓN DE HORARIO DE TRABAJO Y CAMBIO DE TURNO

Art. 62.- La Jefatura Inmediata debe elaborar mensualmente la programación de horario de trabajo, para el empleado o funcionario público que labora bajo la modalidad de turnos rotativos, en horarios diurno o nocturno, a fin de que el personal sea rotado equitativamente, cuantificando el número de horas laborales en el mes y programando los días libres correspondientes, entendiéndose éstos como los asuetos remunerados y vacaciones.

La programación de horario de trabajo (plan de trabajo) del siguiente mes, debe presentarse a la Jefatura 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.

CAMBIOS EN LA PROGRAMACIÓN

Art. 63.- La Jefatura Inmediata debe reportar oportunamente en forma escrita, a la Jefatura de Recursos Humanos, todo cambio realizado en la programación de

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

horario de trabajo mensual, dentro de un plazo de dos días hábiles posteriores al evento que ocasione el cambio, para que sea considerado en el sistema de control de asistencia, a fin de evitar descuentos indebidos. Todo cambio en la programación deberá ser debidamente justificado y comunicado con antelación.

CAMBIO O COBERTURA DE TURNO

Art. 64.- El jefe inmediato podrá autorizar el cambio o cobertura de turno, cuando un empleado o funcionario público lo solicite, sin exceder de seis modificaciones en el mes, ya sea que lo solicite o que se los soliciten. Los cambios y coberturas de turno se verificarán exclusivamente entre personal de la institución en la misma clase y que ejerzan funciones similares o superiores a las del sustituido. Siendo requisito indispensable para otorgar la autorización que el servicio no quede descubierto.

Todo cambio o cobertura de turno, sin la autorización del jefe inmediato se considera ausencia injustificada y se procederá de conformidad a la Ley. No se autorizarán los cambios de turno, pagados con dinero.

RESPONSABILIDAD

Art. 65.- El empleado o funcionario que sustituye en un cambio o cobertura de turno, será responsable directo si le causare daño a la salud de un paciente, causada por su culpa, negligencia, impericia o abandono inexcusable de sus responsabilidades.

CAPITULO VII LICENCIAS DE PERSONAL

LICENCIAS

Art. 66.- Toda licencia formal y no formal con goce o sin goce de sueldo, debe tramitarse de acuerdo a lo establecido en la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, Disposiciones Generales de Presupuesto e Instructivo 5063 emitido por el Ministerio de Hacienda.

LICENCIA FORMAL

Art. 67.- Es toda licencia solicitada por un período mayor a cinco días, la cual debe formalizarse por medio de Acuerdo o Resolución según el caso, licencia por motivo de enfermedad con certificación médica.

LICENCIA NO FORMAL

Art. 68.- Es toda licencia solicitada por un periodo no mayor a cinco días en el mes, la cual debe tramitarse por medio de talonario, con la autorización del Jefe Inmediato y toda licencia por motivo de enfermedad sin certificación médica.

TIEMPO DE LA LICENCIA

Art. 69.- El cálculo del tiempo de una licencia, debe efectuarse considerando que un día de licencia es equivalente a una jornada laboral diaria de ocho horas; en el caso del personal contratado o nombrado por horas, será equivalente a una jornada laboral, de acuerdo al número de horas que se establece en su contrato o nombramiento.

MISION OFICIAL NACIONAL

Art. 69-A.- En aquellos casos en que sea necesario que un empleado o funcionario realice actividades de carácter institucional u otras convocatorias relacionadas al desempeño de su cargo, que sean encomendadas por la jefatura inmediata o convocado por cualquier institución de la Administración Pública, se instruirá misión oficial durante el tiempo que realice dichas actividades.

Lo anterior se formalizará por medio de los formularios correspondientes.

LICENCIA POR ENFERMEDAD.

CERTIFICACION MÉDICA

Art. 70.- Todo empleado o funcionario público que haga uso de licencia por enfermedad, con goce o sin goce de sueldo, debe presentar personalmente o por interpósita persona, oportunamente a la Jefatura de Recursos Humanos, la

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

certificación médica extendida por el ISSS, en un período no mayor a las 72 horas siguientes de haberle sido otorgada.

CASO ESPECIAL

Art. 71.- Cuando a un empleado o funcionario público le sean extendidas dos o más incapacidades consecutivas que sumen más de cinco días, aunque se trate de diagnósticos diferentes; la Jefatura de Recursos Humanos realizará el trámite correspondiente en una sola acción, a través del Acuerdo o Resolución respectiva. En el caso de los empleados o funcionarios públicos nombrados o contratados en más de una plaza, la acción debe efectuarse en forma independiente por cada plaza.

Cuando la incapacidad sea prescrita por un médico particular por más de tres días, el empleado o funcionario público, debe solicitar ante el ISSS, la homologación de la misma, a fin de que le sea extendida una certificación médica por esa Institución, la cual debe presentar a la Jefatura de Recursos Humanos para el trámite correspondiente.

CONSULTAS Y TRATAMIENTOS

Art. 72.- La Jefatura de Recursos Humanos debe contabilizar como licencia no formal por motivo de enfermedad, los permisos solicitados por los empleados o funcionarios públicos para efectos de: Asistir a consulta por enfermedad, efectuar retiro de medicina y realización de exámenes de gabinete y/o laboratorio; el tiempo solicitado debe considerarse en los quince días que establece la Ley por este concepto.

ENFERMEDAD PROLONGADA

Art.- 73.- Toda licencia por enfermedad sin goce de sueldo, que exceda de seis meses y que no pase de un año, debe concederse por el tiempo que establecen las certificaciones médicas emitidas por el ISSS. Para su formalización la Jefatura de Recursos Humanos debe elaborar el acuerdo correspondiente.

LICENCIA POR ENFERMEDAD GRAVISIMA DE PARIENTES O DUELO

Art. 74.- Todo empleado o funcionario que solicite licencia con goce de sueldo por enfermedad grave de pariente, debe presentar a la Jefatura de Recursos Humanos la certificación médica que especifique la gravedad de la enfermedad o la necesidad de cuidado del pariente.

En caso de fallecimiento de los parientes a los que se refiere la Ley de Asuetos Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, debe concederse la licencia a partir de la fecha del deceso, establecida en la certificación de la partida de defunción, en el caso que el empleado o funcionario público solicita la licencia durante la jornada laboral; y, si el deceso acontece en día de asueto o en periodo de vacaciones, la licencia se concederá desde el primer día hábil siguiente a la fecha del fallecimiento.

DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL

Art. 75.- A todo empleado o funcionario calificado o declarado con Dictamen de Invalidez por la Comisión Calificadora de Invalidez, debe concedérsele licencia sin goce de sueldo, por el tiempo que establece el dictamen y tramitarse siguiendo en lo general, las mismas reglas fijadas para las licencias por enfermedad sin goce de sueldo. Para su formalización debe elaborarse el Acuerdo correspondiente.

LICENCIA POR MATERNIDAD

Art. 76.- Toda empleada o funcionaria puede gozar de licencia con goce de sueldo por maternidad, bajo dos modalidades:

- a) Un mes antes de la fecha presunta de parto y tres meses después del parto. Este caso procede a solicitud de la empleada, debiendo adjuntar la Carta de doce semanas extendida por el ISSS, lo que se conoce como descanso pre y post natal.
- b) Ciento doce días a partir de la fecha reflejada en la incapacidad extendida por el ISSS.

LICENCIA PARA LACTAR

Art. 77.- Toda empleada o funcionaria del Ministerio sin importar su modalidad de contratación, gozará del beneficio de ausentarse de su jornada laboral ordinaria sea administrativa o por sistema de turno, por una hora diaria, con el fin de lactar a su hijo, por el periodo de seis meses posteriores al regreso de su licencia por maternidad.

El tiempo establecido en el inciso anterior en ningún caso podrá reducirse, pero podrá fraccionarse en dos periodos de media hora cada uno, el primero al inicio de la jornada y el segundo al final de la jornada, o gozarse de una sola vez al inicio o al final de la jornada; lo anterior a efecto de no perjudicar el normal desarrollo de las labores. Estas interrupciones, serán contadas como horas de trabajo y remuneradas como tales. Este beneficio se otorga de forma general e irrestricta a todas las empleadas y funcionarias del hospital. La Dirección, autorizará por escrito estas ausencias y coordinará el normal desarrollo de las labores, de forma que no se interrumpa la prestación de los servicios, lo que se formalizará por medio de una resolución administrativa.

CASO ESPECIAL DE LICENCIA

Art. 78.- En el caso de Estudiantes en Servicio Social, en calidad de empleada y que por motivo de los planes de estudio, requieran retomar sus actividades académicas, debe expresar tal petición por escrito a la Dirección del Hospital, para su autorización; pero en todo caso, deberá hacer uso de la licencia por maternidad establecida por Ley.

LICENCIA POR MOTIVO PERSONAL

Art. 79.- Toda licencia mayor a cinco días, debe solicitarse por lo menos con cinco días hábiles de anticipación. A excepción de las licencias por enfermedad o duelo. Para efecto del control en el registro, el tiempo solicitado en la licencia debe contabilizarse en base a días calendario.

LICENCIA POR MOTIVO DE BECA POR ESTUDIO EN EL EXTRANJERO

Art. 80.- Podrá concederse licencia sin goce de sueldo por beca para realizar estudios en el extranjero, cuando lo solicite expresamente las condiciones de la beca o el empleado o funcionario beneficiado con la beca y además se cuente con el visto bueno de la Dirección del Hospital y la autorización de quien desempeñe el cargo de Titular del Ramo.

LICENCIA POR MOTIVO DE ESTUDIOS

Art. 81.- Podrá concederse licencia hasta por dos horas diarias para realizar estudios superiores, al empleado o funcionario que lo solicite. Dicha licencia deberá tramitarse de acuerdo a lo establecido en el Art. 85 Inciso N° 2 de las Disposiciones Generales de Presupuesto y Art. 4 de la Ley de Educación Superior. La licencia comprenderá las clases teóricas y prácticas que sean parte del proceso de formación.

Toda licencia por estudio deberá formalizarse por medio de Resolución Administrativa.

REQUISITOS DEL PERMISO POR ESTUDIO

Art. 82.- A toda solicitud de permiso para efectos de estudios debe anexársele constancia de matrícula, inscripción de materias, horarios y constancia de estudiante activo del último ciclo de estudios realizados. El tiempo para estudiar no debe exceder en ningún caso de dos horas diarias incluyendo el tiempo necesario para el traslado a la Institución Educativa.

MODIFICACION DE HORARIO DE ESTUDIO

Art. 83.- En caso de modificación de horario del plan de estudios, es responsabilidad de todo empleado o funcionario, informar oportunamente, a través de la Jefatura Inmediata respectiva a la Jefatura de Recursos Humanos, para efectuar las modificaciones pertinentes a la licencia concedida.

ESTUDIOS DE DIPLOMADO, POST GRADO Y MAESTRIA

Art. 84.- para promover el desarrollo del personal del Hospital la Dirección podrá conceder permiso para realizar estudios de Diplomado, Post grado y Maestría al empleado o funcionario que lo solicite, procurando que sea afín a su área de desempeño.

El permiso con goce de sueldo debe concederse en concepto de misión oficial por un máximo de cuatro días al mes, distribuidos de forma que no afecte el servicio.

LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO POR TRABAJO EXTRAORDINARIO

Art. 85.- Todo empleado o funcionario público tiene derecho a que se le conceda licencia con goce de sueldo por haber laborado en tiempo extraordinario a su jornada de trabajo, previamente solicitado y autorizado por el Jefe Inmediato.

Toda licencia mayor de cinco días debe formalizarse a través de una resolución administrativa y en ningún caso deberá exceder de quince días hábiles.

El tiempo acumulado en concepto de licencia con goce de sueldo por haber laborado en tiempo extraordinario a su jornada, será equivalente al tiempo extra laborado, el cual se contabilizará a partir de una hora. El tiempo mínimo que se podrá solicitar en concepto de este tipo de licencias será de 30 minutos.

Podrá concederse en el mes de enero, licencia con goce de sueldo por haber laborado en tiempo extraordinario durante el mes de diciembre del año anterior.

Las licencias para hacer uso del tiempo extra laborado, deben solicitarse al menos con dos días de anticipación de la fecha en que se gozará del permiso, a excepción de los casos de emergencia debidamente justificada.

OBLIGACION DE INFORMAR

Art. 86.- El Jefe Inmediato es responsable de remitir a la Jefatura 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.

A solicitud del empleado o funcionario, se le podrá entregar copia del informe de tiempo extraordinario que haya realizado.

PROHIBICIONES

Art. 87.- Se prohíbe programar las capacitaciones en días no hábiles o días libres, únicamente podrán programarse excepcionalmente en casos debidamente justificados, que será cuando impartirlas en otra fecha afecte el servicio.

La licencia por tiempo compensatorio de trabajo extraordinario, no puede concederse anticipadamente.

CONTROL DE REGISTRO

Art. 88.- El control de las licencias de todo empleado o funcionario nombrado o contratado en más de una plaza, debe efectuarse en forma independiente en cada una las plazas. A excepción del personal que tenga más de una plaza con horario ininterrumpido.

CAPITULO VIII ASUETOS Y VACACIONES

ASUETOS Y VACACIONES

Art. 89.- Los asuetos y vacaciones a que tiene derecho todo empleado o funcionario público del Hospital, deben concederse según lo descrito en la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos.

ASUETOS

- a) Todos los sábados y domingos del año.
- b) 01 de mayo – “Dia del Trabajo”
- c) 10 de mayo – “Dia de la Madre”
- d) 17 de junio – “Dia del Padre”
- e) 15 de septiembre – “Dia de la Independencia Patria”
- f) 02 de noviembre – “Dia de los difuntos”

VACACIONES

- a) 01y 02 de enero
- b) Semana Santa: 8 días
- c) Agosto dos días (del 5 al 6)

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

- d) Septiembre cuatro días (del 26 al 29)
- e) Diciembre 8 días (del 24 al 31 de diciembre)

Art. 90.- Todo empleado o funcionario público del Hospital que labora por sistema de turnos, tiene derecho a gozar de vacaciones remuneradas, según lo establecido en el Artículo 1 Inciso 2 y Artículos 3 y 4 de la Ley antes mencionada, según se detalla:

- a) Un período de vacación de 15 días calendario en el año, programado de acuerdo a las necesidades de cada Servicio del Hospital, que excepcionalmente a solicitud del empleado o funcionario público y con el visto bueno del Jefe Inmediato, autorizado por la Dirección del Hospital, podrá ser otorgado de forma parcial en dos períodos. El empleado o funcionario puede gozar de vacaciones anuales, siempre que haya cumplido un año de estar laborando en el sistema de turno; cumplido dicho período, el Jefe Inmediato debe programarle los 15 días de vacaciones, en un período no mayor a seis meses.
- b) Las vacaciones anuales no podrán programarse, para iniciar en días de asueto.
- c) Un día durante el período de Semana Santa, que podrá ser cualquier día de esa semana.
- d) Los empleados o funcionarios que laboran bajo el sistema de turnos tienen derecho a un período de cuatro días por motivo de fiestas patronales, descritos así: del 26 al 29 de septiembre, los cuales pueden ser concedidos en forma fraccionada en esa semana, o en otra fecha de acuerdo a las necesidades de cada servicio del Hospital.
- e) Los días 25 de diciembre y 1 de enero, que pueden ser concedidos en diferente fecha, de acuerdo a la necesidad del servicio.

COINCIDENCIA DE ASUETOS Y VACACIONES

Art. 91.- Cuando coincidan dos asuetos o un día de asueto y un día de vacación en la misma fecha, sólo se podrá gozar uno de ellos. Lo anterior debe considerarse para la elaboración de los planes de trabajo mensuales.

CAPITULO IX REMUNERACIONES

DEL PAGO

Art. 92.- La remuneración que devengan los empleados o funcionarios públicos debe efectuarse de acuerdo a lo establecido en la normativa legal vigente. El pago de remuneraciones debe efectuarse mensualmente, a través de las Tesorerías o Pagadurías respectivas y en las fechas establecidas por el Ministerio de Hacienda, ya sea mediante cheque o abono a cuenta.

DE LA PLANILLA

Art. 93.- La elaboración de planillas de remuneraciones, debe realizarse en el Sistema de Información de Recursos Humanos implementado por el Ministerio de Hacienda. Para ingresar a un empleado o funcionario público en la planilla, debe contarse con el documento que formalice el nombramiento o contratación y con la documentación personal del empleado.

DESCUENTOS

Art. 94.- Los descuentos que deben deducirse al salario del empleado o funcionario público son: Los descuentos de ley, descuentos ordenados por autoridad competente (Jueces de la República), sanciones disciplinarias tales como, llegadas tardías, salidas anticipadas, suspensiones disciplinarias, inasistencias injustificadas; retenciones de cuotas de sindicatos o asociaciones de trabajadores debidamente legalizadas, así como las órdenes de descuento con autorización expresa del empleado, enmarcadas en los términos establecidos en las leyes. En el caso de préstamos hipotecarios, la orden de descuento no podrá

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

sobrepasar el treinta por ciento según lo establecido en el artículo 95 del reglamento interno de la unidad y departamentos de recursos humanos del MINSAL. y para préstamos de tipo personal no podrá sobrepasar del veinte por ciento del sueldo del empleado o funcionario público, según artículo 136 del código de trabajo.

RESPONSABILIDAD DE REMITIR DESCUENTOS

Art. 95.- La Unidad Financiera Institucional, a través de tesorería es responsable de remitir a la Jefatura de Recursos Humanos, las órdenes de descuentos con los cálculos respectivos, debidamente autorizadas para ser aplicadas en planilla, incluyendo una copia de la programación de las fechas de pago y de requerimiento de fondos.

En caso de no remitirse las órdenes de descuento oportunamente responderá en su carácter personal, el empleado o funcionario que hubiere incumplido con tal obligación.

El cálculo de los descuentos a los empleados o funcionarios públicos nombrados o contratados en más de una plaza, puede realizarse aplicando todo el descuento a la plaza de mayor salario o aplicarlo proporcionalmente en forma independiente por cada plaza, sin excederse del monto establecido legalmente.

RESPONSABILIDAD DEL JEFE INMEDIATO

Art. 96.- El Jefe Inmediato será responsable de remitir a la Jefatura de Recursos Humanos, un informe de los movimientos de personal, salidas anticipadas, sanciones disciplinarias, inasistencias injustificadas, correspondientes al mes anterior, que afectan la planilla; Estos deben enviarse, si fuere el caso, debidamente autorizados, a más tardar los primeros cinco días hábiles de cada mes.

En el caso de, salidas anticipadas, inasistencias injustificadas, el Jefe Inmediato, podrá justificar las faltas o autorizar el descuento, en el caso de las justificaciones, deberán ir acompañadas de la documentación de respaldo.

RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO

Art. 97.- Es responsabilidad de cada empleado o funcionario, informar y presentar en el término de tres días hábiles, a su jefe inmediato la documentación necesaria para el trámite de incapacidad por enfermedad, con o sin goce de sueldo, a fin de evitar la aplicación de descuentos en planillas por presentación extemporánea de dichos documentos.

COMPENSACION ADICIONAL EN EFECTIVO O AGUINALDO

Art. 98.- El pago de la compensación adicional en efectivo a los empleados o funcionarios del Hospital, debe efectuarse de acuerdo a la normativa legal vigente. A todo empleado o funcionario público que comparte una plaza, debe asignársele el pago de la compensación adicional en efectivo, de forma proporcional al número de horas diarias laborales, sin exceder el límite legal establecido.

NOMBRAMIENTO O CONTRATACION EN MAS DE UNA PLAZA

Art. 99.- Todo empleado o funcionario nombrado o contratado en más de una plaza, por lo que devengue más de un sueldo, debe percibir solamente una compensación adicional en efectivo o aguinaldo, otorgada en el empleo de mayor salario.

En el caso de empleados o funcionarios nombrados o contratados en más de una plaza, se sumarán los salarios de las plazas que ocupe, para tener derecho al pago del cien por ciento del monto de la Compensación Adicional en efectivo.

Es responsabilidad del empleado o funcionario público del Hospital, que labore en otra Institución de Gobierno, informar por escrito a través de su Jefatura Inmediata, a la Jefatura de Recursos Humanos, la Institución donde solicitará cobrar su compensación adicional en efectivo o aguinaldo.

CAPITULO X

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE INCENTIVO SALARIAL

AMBITO DE APLICACIÓN

Art. 100.- El incentivo salarial por mérito personal y antigüedad, debe aplicarse a los empleados o funcionarios públicos del hospital, de conformidad a lo regulado en la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud.

ANTIGÜEDAD

Art. 101.- Todo empleado o funcionario que tenga más de cinco años de trabajo ininterrumpido en el Ministerio o en sus establecimientos, tiene derecho a pago de incentivo salarial por concepto de antigüedad. El cálculo del incentivo salarial por este concepto debe realizarse en cada una de las plazas en las que se encuentre o fuere nombrado o contratado.

DE LA APLICACIÓN

Art. 102.- El pago de incentivo salarial en concepto de antigüedad, debe hacerse efectivo a partir del período fiscal siguiente, en el que el empleado o funcionario público cumpla 5 años de trabajo ininterrumpido en el Ministerio o en sus establecimientos. Se exceptúa de lo anterior a todo empleado o funcionario público que cumpla cinco años de servicio ininterrumpido, el primer día hábil del mes de enero, en tal caso se hará efectivo el pago del incentivo salarial en ese mismo año.

En el caso que el empleado o funcionario obtuviere en su evaluación del desempeño un resultado insatisfactorio, tiene derecho únicamente a pago de incentivo por concepto de antigüedad.

Para efectuar el cálculo del porcentaje de antigüedad, no deben considerarse como interrupciones, las licencias sin goce de sueldo que consten en el registro individual, que le hayan sido concedidas al empleado o funcionario público.

CASO ESPECIAL

Art. 103.- Debe ser considerado para efectos de pago en concepto de porcentaje de antigüedad, el tiempo laborado por todo empleado o funcionario público que estuvo desempeñando un cargo en carácter Ad-honorem, Internado Rotatorio, Servicio Social y que no presenta interrupciones en su servicio, siempre que se cuente con documentos probatorios de la asignación de cargo.

MERITO PERSONAL.

EVALUACION DEL DESEMPEÑO

Art. 104.- El Sistema de Evaluación del Desempeño establecido por el Ministerio de Salud, en el cual se basa la aplicación del Sistema de Incentivos por Mérito Personal, debe realizarse por medio de instrumentos técnicos que permitan medir el cumplimiento de los deberes y obligaciones asignados a cada empleado o funcionario público.

DEL PAGO

Art. 105.- Todo empleado o funcionario público en el Hospital, tiene derecho al pago de incentivo salarial por concepto de mérito personal, de acuerdo al resultado obtenido en su evaluación al desempeño, siempre que se le hayan efectuado dos evaluaciones semestrales, en un mismo año, independientemente del tiempo de antigüedad.

CASOS ESPECIALES

Art. 106.- Para efectos del cálculo de la compensación salarial debe evaluarse al empleado o funcionario público en cada una de las plazas en las que se encuentra nombrado o contratado, aunque las plazas pertenezcan a la misma actividad y al mismo hospital. A cada plaza debe aplicarse el porcentaje de la evaluación al desempeño correspondiente.

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

En caso de una plaza compartida por dos o más empleados o funcionarios, debe evaluarse a cada uno y aplicar el cálculo de la compensación al salario correspondiente, de acuerdo al porcentaje obtenido en la evaluación.

PERSONAL DE NUEVO INGRESO

Art. 107.- Todo empleado o funcionario público que ingresa al hospital, tiene derecho a que se le efectúe pago en concepto de evaluación al desempeño, siempre que se le hayan elaborado dos evaluaciones en el año y para ello tener un mínimo de permanencia de 9 meses, contados a partir del primer día del mes de abril del año en evaluación, considerándose un período mínimo de observación de 3 meses laborados.

Este mismo criterio de observación de 3 meses laborados, debe aplicarse en el caso de los empleados o funcionarios que no han laborado por motivo de licencia por enfermedad y se reincorporen a sus labores habituales en el mismo semestre sujeto a evaluación.

Lo anterior se aplica a los casos de traslados, permutas o renunciaciones de un cargo para pasar a otro dentro del Ministerio y reingresos.

CASOS ESPECIALES

Art. 108.- Para el caso de un empleado o funcionario público que por motivos de licencia por enfermedad sólo cuente con una evaluación al desempeño, se considerará el resultado de la evaluación existente, para obtener el promedio correspondiente. Si el empleado o funcionario público, por motivo de enfermedad prolongada durante ese año, no tiene ninguna evaluación, se le aplicará el porcentaje correspondiente al año anterior.

En caso de que el empleado o funcionario público se encuentre cumpliendo Misión Oficial por gozar de beca fuera del país, debe tomarse como tiempo efectivo la duración de la misma, por tanto, le corresponde el pago de incentivo salarial por concepto de evaluación al desempeño. Para tal efecto debe considerarse el resultado de la evaluación al desempeño efectuada por la Institución donde realiza la beca o en su defecto por el jefe inmediato del empleado o funcionario público.

PROMEDIO DE LAS EVALUACIONES

Art. 109.- Cuando el promedio de las dos evaluaciones semestrales dé como resultado, cantidades con fracción de 0.5, ésta debe aproximarse al número siguiente y si el resultado es menor o igual a 2.5, debe aproximarse a 3.

PROMOCION

Art. 110.- El salario individual de todo empleado o funcionario público que es promovido durante el ejercicio fiscal, debe quedar conformado por el monto acumulado de su escalafón de años anteriores sumado al salario básico de la plaza a ocupar, aplicándole el porcentaje promedio de las evaluaciones efectuadas en el período anterior.

DESCENSO

Art. 111.- En el caso de un descenso por haberse nombrado al empleado en una plaza de menor remuneración, ocurrido en el ejercicio fiscal vigente, debe aplicarse el porcentaje de evaluación de los períodos anteriores, al salario básico de la plaza a ocupar con el fin de establecer el salario individual, cuyo resultado no podrá ser mayor al valor del salario máximo de la plaza a ocupar.

INCONFORMIDAD CON EL RESULTADO DE LA EVALUACION

Art. 112.- Todo empleado o funcionario público que no esté de acuerdo en firmar su evaluación al desempeño, por presentar inconformidad con el resultado, puede solicitar entrevista con el jefe inmediato superior de quien le evaluó, pudiendo este último confirmar o modificar dicha evaluación, previo análisis del caso y tomando en consideración la versión de cada una de las partes involucradas y la documentación con que se cuente.

En caso que se mantenga la inconformidad por parte del evaluado, éste puede dirigirse ante la Comisión Administrativa (conformada por la dirección) como última instancia para la solución del problema planteado. Todo lo actuado será remitido a la Jefatura de Recursos Humanos para la gestión que corresponda realizar y para su archivo en el expediente personal. Este proceso lo deberá solicitar por escrito el

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

empleado o funcionario inconforme con su evaluación. Las Jefaturas deberán entregar al empleado o funcionario una copia de la evaluación correspondiente.

El formulario de evaluación del desempeño únicamente será firmado por el jefe inmediato del recurso evaluado.

EXCLUSION DEL PAGO DE INCENTIVO SALARIAL

Art. 113.- El personal que se encuentra ejerciendo su Servicio Social en alguna de las carreras de la salud y el personal nombrado en carácter interino, no tienen derecho al pago de incentivo salarial, debido a que se consideran personal de tipo transitorio en el hospital.

Se exceptúan de esta norma aquellos casos en los que el recurso hubiere estado nombrado en el año inmediato anterior, en calidad de empleado y que se hubiere visto en la obligación de ejercer su servicio social.

CAPÍTULO XI

ADQUISICIÓN DE FIANZAS Y DECLARACION JURADA DEL ESTADO DEL PATRIMONIO

RESPONSABILIDAD

Art. 114.- La Unidad de Administración de Recursos Humanos en el MINSAL y la Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, serán los responsables de gestionar en coordinación con la UACI, la compra de fianzas para el empleado o funcionario público encargado del manejo, recepción, control, custodia o de inversión fondos públicos y que está obligado a rendir fianza de acuerdo a lo establecido en la Ley.

RESGUARDO DE LA POLIZA COLECTIVA

Art. 115.- La Jefaturas de Recursos Humanos del Hospital, será responsable de resguardar la póliza colectiva, emitida por la empresa Afianzadora, la cual contendrá las condiciones generales y especiales aplicables a las fianzas emitidas a favor del Ministerio y sus empleados o funcionarios; además resguardarán los certificados individuales, anexando la copia correspondiente, al expediente

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

personal de cada empleado o funcionario público afianzado y al empleado o funcionario interesado.

ACUERDO DE RENDIMIENTO DE FIANZA

Art. 116.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, será responsable de elaborar cada año el acuerdo de rendimiento de fianza, de todos los empleados o funcionarios afianzados, el cual debe ser firmado por la Dirección del Hospital.

DECLARACION JURADA DEL ESTADO DEL PATRIMONIO.

RESPONSABILIDAD DE LA JEFATURA

Art. 117.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, es responsable de remitir a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia, de acuerdo a lo establecido en la Ley respectiva, el listado de los empleados o funcionarios que manejan o invierten fondos públicos y que están obligados a rendir declaración jurada del estado de su patrimonio, ya sea por asignación de nuevas funciones, por ser de nuevo ingreso o haber finalizado su relación laboral con la Institución. Además, será responsable de brindar orientación al empleado o funcionario público, para que efectúe personalmente los trámites correspondientes, ante la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia.

RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO PÚBLICO

Art. 118.- Es responsabilidad de todo empleado o funcionario público que está obligado a rendir declaración jurada del estado de su patrimonio, remitir a la Jefatura de Recursos Humanos, el comprobante de haber realizado el trámite correspondiente ante la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia.

CAPÍTULO XII

SISTEMA INFORMATICO DE RECURSOS HUMANOS

RESPONSABILIDAD DE LA JEFATURA

Art. 119.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, será responsable de velar que la información que contenga el Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional (SIRHI), esté debidamente registrada y actualizada.

RESPONSABILIDAD DEL TECNICO

Art.120.- El Técnico responsable del SIRHI, deberá registrar, mantener, generar y resguardar debidamente la información de cada uno de los empleados y funcionarios, cumpliendo con los estándares de calidad y controles establecidos por el hospital, en congruencia con el expediente personal.

INVENTARIO DE PERSONAL

Art. 121.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, debe disponer y mantener un inventario, sistematizado y actualizado del personal, basado en los datos que se generan del SIRHI que permita contar con información oportuna, confiable y veraz.

CAPÍTULO XIII

CONFORMACION DE LIBRO DE ACUERDOS

CONFORMACION DE LIBRO DE ACUERDOS

Art. 122.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, deberá conformar un libro de acuerdos de Nombramiento, Licencias, Traslados, Permutas, Renuncias, Refrenda y otras acciones del personal.

CONTENIDO

Art. 123.- Los Libros de Acuerdos contendrán una razón de apertura y otra de cierre, en las que se especificará el nombre del Hospital Nacional de Ilobasco,

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

número de hojas, el lugar y la fecha. Al pie de la razón de apertura y cierre firmará quien desempeñe el cargo de Titular del Viceministerio de Servicios de Salud, a fin de dar fe de la firma de los funcionarios firmantes, pero el contenido de dichos acuerdos, en cuanto a la legalidad y validez es de absoluta responsabilidad de la Dirección del hospital.

RÚBRICA

Art. 124.- Los Acuerdos serán rubricados al pie de cada página por la Dirección del hospital, en los casos que lo anterior resultare imposible, se hará constar tal situación por medio de una nota justificativa, emitida por la Jefatura de Recursos Humanos, que se anexará al final de todos los acuerdos emitidos por dicho funcionario.

CAPITULO XIV DESARROLLO Y CAPACITACIÓN

DESARROLLO

Art.125.- El hospital, promoverá el desarrollo y capacitación de los recursos humanos entendido esto como un proceso progresivo y permanente de renovación individual, científico-técnica, conductual y gerencial centrándose en un enfoque de competencias laborales, a fin de fortalecer la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

DEL FINANCIAMIENTO

Art. 126.- Para el desarrollo de los Planes de Formación y Capacitación, además de los financiados por el ministerio de salud y el hospital, puede gestionarse el financiamiento con Organismos Internacionales, Gobiernos de otros países, Instituciones Públicas y Privadas, Universidades, ONG'S, Empresas consultoras y otros.

CAPÍTULO XV
PRESTACIONES LABORALES Y SOCIALES

PRESTACIONES ADICIONALES

Art. 127.- El Ministerio y el Hospital, podrán conceder de acuerdo a su disponibilidad financiera y técnica, prestaciones adicionales a las reguladas en la Legislación correspondiente, en beneficio del personal, tales como: Residencia médica, servicio de guardería o centro de desarrollo integral, clínica médica, un área para ingerir alimentos, entre otros. El hospital fomentará la práctica de deportes o artes, para promover la salud mental y física de sus empleados y funcionarios.

COMPRA DE UNIFORMES Y TELAS

Art. 128.- El hospital gestionará directamente la compra de telas o uniformes confeccionados, entre otros para el siguiente personal: Médicos, Inspector Técnico de Saneamiento Ambiental, Motoristas, Enfermeras, secretarias, Supervisores, personal de servicio de apoyo y a otros que a juicio de la autoridad y la disponibilidad financiera del hospital considere pertinente.

OBLIGATORIEDAD DEL USO DEL UNIFORME

Art. 129.- El uso del uniforme establecido, es de carácter obligatorio para los empleados o funcionarios beneficiados con esta prestación, siendo el Jefe Inmediato el responsable de velar por el cumplimiento de la presente disposición.

SUBSIDIOS POR GASTOS FUNERARIOS

Art.130.- En caso de fallecimiento de un empleado o funcionario público del Hospital, el subsidio para funerales se proporcionará de acuerdo a lo establecido en el Artículo 109 de las Disposiciones Generales de Presupuesto.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Art. 131.- Los empleados o funcionarios del hospital tendrán derecho a un Seguro Colectivo de Vida, que el Estado pagará a sus beneficiarios, en caso de su fallecimiento, de conformidad a lo establecido en el Art. 110 de las Disposiciones Generales del Presupuesto y el procedimiento emitido por el Ministerio de Hacienda para tal efecto.

RESPONSABILIDAD

Art. 132.- La Jefatura de Recursos Humanos, es responsable de remitir oportunamente ante el Ministerio de Hacienda, el original del Certificado del Seguro Colectivo de Vida o plica de los empleados o funcionarios que ingresan al Hospital, para su registro respectivo en esa Institución.

De igual manera la Jefatura de Recursos Humanos, debe remitir al Ministerio de Hacienda, el listado del personal que ya no labora en la Institución para el correspondiente registro y control.

Todo empleado o funcionario público registrado en el Ministerio de Hacienda, tendrá la obligación de notificar a la Jefatura de Recursos Humanos, los cambios que desee efectuar en relación a los beneficiarios del Seguro Colectivo de Vida, para que esta oficina realice el trámite correspondiente.

COBRO DE SALARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

Art. 133.- Es responsabilidad de la Jefatura de Recursos Humanos, velar por que cada empleado o funcionario público complete el formulario de Designación de Beneficiario para el cobro del último sueldo devengado ó de la compensación adicional en efectivo si el fallecimiento ocurre en el mes de diciembre. La copia original de dicho documento debe archivarse en el expediente personal de cada empleado.

Este formulario servirá también para autorizar el cobro del sueldo del empleado o funcionario público en caso que adolezca de enfermedad gravísima, prisión o por encontrarse fuera del país al momento de verificarse el pago de ese mes exclusivamente.

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

En caso que los efectos de la enfermedad mencionada en el inciso anterior persistan, la Dirección del Hospital, a petición del interesado, podrá emitir resolución administrativa autorizando a la persona designada en el formulario antes mencionado, para el cobro del sueldo del empleado o funcionario público hasta por un máximo de dos meses adicionales.

CALCULO DEL ÚLTIMO SALARIO

Art. 134.- Cuando el fallecimiento de un empleado o funcionario público ocurra antes de la fecha de pago, el cálculo del monto del salario a pagar al beneficiario designado, debe realizarse con base al número de días laborados.

En caso que el fallecimiento ocurra en fecha posterior a la fecha de pago, debe cancelarse el salario completo correspondiente a ese mes.

ASESORIA EN TRÁMITES POR JUBILACION

Art. 135.- La Jefatura de Recursos Humanos del hospital, debe proporcionar a solicitud de los empleados o funcionarios públicos la asesoría y documentación necesaria para que puedan realizar con éxito el trámite de jubilación o pensión por vejez.

OBLIGACION DEL EMPLEADO

Art. 136.- Es obligación de cada empleado o funcionario público informar y presentar en la Jefatura de Recursos Humanos, la resolución emitida por la AFP, en la que se hace constar su calidad de pensionado, lo que servirá para efectuar los trámites institucionales correspondientes.

RECESO PARA LA TOMA DE ALIMENTOS

Art. 137.- De conformidad a la Ley, todo empleado o funcionario público con funciones administrativas, funcionario público nombrado o contratado en plaza de ocho horas, que trabaja bajo el sistema de turnos en jornada diurna, tiene derecho a un receso de 40 minutos al medio día, para tomar los alimentos; la cual debe ser

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

regulada por la jefatura inmediata en el lapso comprendido entre las 12:00 horas a las 14:00 horas a fin de mantener la continuidad de los servicios.

En el caso del personal nombrado o contratado en plaza de ocho horas, que labora en jornada nocturna, la jefatura inmediata debe establecer la duración de una pausa para tomar refrigerio, que no debe exceder de 40 minutos, para no afectar la continuidad de los servicios.

CAPÍTULO XVI DISPOSICIONES GENERALES

CARNET DE IDENTIFICACION

Art. 138.- La Jefatura de Recursos Humanos del Hospital, es responsable de gestionar la compra de insumos para la elaboración del Carnet de Identificación para sus empleados o funcionarios del Hospital.

El empleado o funcionario público del Hospital debe portar su Carnet de Identificación en un lugar visible, dentro del establecimiento donde labora, así también en otras dependencias del Ministerio que visite.

Todo empleado o funcionario público que tenga su Carnet de Identificación deteriorado por el uso, deberá informar de tal circunstancia en las próximas 24 horas hábiles a la Jefatura inmediata y deberá gestionar la reposición del mismo, a través de la Jefatura de Recursos Humanos, lo mismo se aplicará en caso de extravío del carnet.

DEVOLUCION DEL CARNET

Art. 139.- La Jefatura inmediata es responsable de gestionar la recuperación y devolución del Carnet de Identificación de todo empleado o funcionario público, que cese de sus funciones por traslado a otra dependencia o retiro definitivo del hospital.

Dicho documento debe ser remitido oportunamente a la Jefatura de Recursos Humanos o en su defecto el informe de que no ha sido devuelto.

ROTACION DE PERSONAL HOSPITALARIO

Art. 140.- Los empleados y funcionarios que por la naturaleza de sus funciones estén sujetos a un sistema de rotación en los diferentes servicios hospitalarios, estarán a lo dispuesto en las normativas que para el efecto se emitan.

La rotación de personal se llevará a cabo cuando la naturaleza de las funciones permita efectuarla, así como las disposiciones jurídicas y técnicas vigentes

REGIMEN DISCIPLINARIO

Art. 141.- En caso de incumplimiento del empleado o funcionario público a las obligaciones, deberes y prohibiciones establecidas en las Leyes, Reglamentos y Normas que rigen a la Administración Pública, la Jefatura Inmediata debe documentar y solicitar a la Dirección del Hospital, la aplicación de la sanción correspondiente, según lo establecido en la Ley.

Se faculta a las diferentes Jefaturas Inmediatas para que puedan imponer las amonestaciones orales privadas o escritas, en estricta observancia a lo establecido en los Artículos. 11 y 12 de la Constitución de la República.

De la aplicación de estas sanciones, la Jefatura de Recursos Humanos, dejará constancia en el expediente del empleado, excepto cuando se trate de amonestaciones orales privadas.

AMONESTACIONES

Art. 142.- Se faculta a las Jefaturas inmediatas para proceder a imponer la sanción disciplinaria de amonestación oral privada o escrita.

DE LO NO PREVISTO

Art. 143.- Todo lo que no esté previsto por el presente reglamento, en relación a los casos especiales que se presenten en materia de Recursos Humanos, será resuelto por la Dirección del Hospital.

REGLAMENTO INTERNO DE RECURSOS HUMANOS

OBLIGATORIEDAD

Art. 144.- El presente reglamento es de cumplimiento obligatorio para todos los empleados y funcionarios públicos que laboran en el hospital; es responsabilidad de las Jefaturas velar por su estricto cumplimiento.

REVISION Y ACTUALIZACION

Art. 145.- El presente reglamento puede ser revisado y actualizado de acuerdo a las necesidades institucionales que se presenten.

VIGENCIA

Art. 146.- El presente Reglamento Interno del Departamento de Recursos Humanos del Hospital Nacional de Ilobasco, entrará en vigencia a partir de la autorización de la Dirección del Hospital.

Dado en Ilobasco, departamento de Cabañas, a los treinta días del mes de agosto de dos mil veintiuno.

COMUNÍQUESE.



DOCTORA SILVIA GRACIELA GUANDIQUE GUZMAN
DIRECTORA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

CODIGO DE ETICA

ACUERDO N° 172

LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

CONSIDERANDO:

- I. Que el Art. 41 del Código de Salud, establece que corresponde al Ministerio, numeral 4) Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias;
- II. Que establecer un adecuado régimen de ética, es fundamental para el desarrollo del hospital y para la correcta administración del patrimonio público, el combate a la corrupción y la eficiencia en la prevención y sanción de las acciones contrarias a la administración pública.

POR TANTO: en uso de sus facultades legales, ESTA DIRECCIÓN ACUERDA emitir el siguiente:

CÓDIGO DE ÉTICA HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Objeto del Código

Artículo 1.- El presente Código tiene por objeto normar y promover el desempeño ético de los funcionarios, servidores y empleados, con la finalidad de prevenir y detectar las prácticas corruptas y sancionar los actos contrarios a los deberes y las prohibiciones éticas establecidas en el mismo.

Ámbito de aplicación

Artículo 2.- Este código se aplica a todos los funcionarios, servidores y empleados, permanentes o temporales, remunerados o ad-honorem, nombramiento, contrato o convenio, que presten servicio en el Hospital.

Artículo 3.- Los ex servidores, funcionarios y empleados están sujetos por las transgresiones a este código que hubieren cometido en el desempeño de sus funciones; o por las violaciones a las prohibiciones éticas a que se refieren el artículo 8 del presente código.

CODIGO DE ETICA

CAPÍTULO II

NORMAS ÉTICAS

Principios, Valores, Deberes y Prohibiciones Éticas

Principios

Artículo 4.- La actuación de los empleados del hospital estarán sujetas a este Código y deberán regirse por los siguientes principios:

- a) **Supremacía del Interés Público:** Anteponer siempre el interés público sobre los intereses personales.
- b) **Probidad:** Actuar con integridad, rectitud y honradez.
- c) **Igualdad:** Tratar a todas las personas por igual en condiciones similares.
- d) **Imparcialidad:** Proceder con objetividad en el ejercicio de la función pública.
- e) **Transparencia:** Actuar de manera accesible para que toda persona natural o jurídica, que tenga interés legítimo, pueda conocer si las actuaciones de los empleados del hospital son apegadas a este código, con eficiencia, eficacia y responsabilidad.
- f) **Responsabilidad:** Cumplir con diligencia las funciones y obligaciones del cargo.
- g) **Legalidad:** Actuar con apego a la Constitución, Convenios, normativas y leyes dentro del marco de sus atribuciones.
- h) **Lealtad:** Actuar con fidelidad a los fines de la institución.
- i) **Decoro:** Cumplir con valores morales y buena educación en el ejercicio de sus funciones fomentando la autoestima y autoimagen.
- j) **Eficiencia:** Cumplir los objetivos institucionales al menor costo posible.
- k) **Eficacia:** Utilizar los recursos del Hospital de manera adecuada para el cumplimiento de los fines institucionales.
- l) **Rendición de cuentas:** Rendir cuentas de la gestión pública a la autoridad competente y al público.

Valores

Artículo 5.- Todo empleado está sujeto a este código y debe cumplir los siguientes valores:

- a) **Responsabilidad:** Grado de compromiso, dedicación, interés, que tiene el empleado en la ejecución de sus funciones y ante la institución misma, cumpliendo con los deberes y obligaciones inherentes al cargo.

CODIGO DE ETICA

- b) **Respeto:** Fundamenta la actitud receptiva que permita valorar los sentimientos, opiniones, individualidad y el carácter único de la persona.
- c) **Equidad:** Brindar una atención justa en iguales condiciones a todos los usuarios que demanden los servicios de salud.

Deberes Éticos

Artículo 6.- Toda persona sujeta a este código debe cumplir los siguientes deberes éticos:

- a) Utilizar los bienes, fondos, recursos públicos o servicios contratados únicamente para el cumplimiento de los fines institucionales para los cuales están destinados.
- b) Denunciar ante la Comisión de Ética del Ministerio de Salud o al Tribunal de Ética Gubernamental, las supuestas violaciones a los deberes o prohibiciones éticas contenidas en este código, de las que tuviere conocimiento en el ejercicio de sus funciones.
- c) Excusarse de intervenir o participar en asuntos en los cuales él o ella, su cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o socio, tengan algún conflicto de interés en los diferentes procesos que se realicen en el hospital.

Prohibiciones Éticas

Artículo 7.- Son prohibiciones éticas para las personas sujetas a este código:

- a) Solicitar o aceptar, directamente o por interpósita persona, cualquier bien o servicio de valor económico o beneficio adicional a los que percibe por el desempeño de sus labores, para hacer valer su influencia en razón del cargo que ocupa ante otra persona sujeta a la aplicación de este código, con la finalidad de que éste haga, apresure, retarde o deje de hacer tareas o trámites relativos a sus funciones.
- b) Percibir más de una remuneración proveniente del presupuesto del Estado, cuando las labores deban ejercerse en el mismo horario, excepto las que expresamente permita el ordenamiento jurídico.
- c) Desempeñar simultáneamente dos o más cargos o empleos en el sector público que fueren incompatibles entre sí por prohibición expresa de la normativa aplicable, por coincidir en las horas de trabajo o porque vaya en contra de los intereses institucionales.
- d) Realizar actividades privadas durante la jornada ordinaria de trabajo, salvo las permitidas por la ley.

CODIGO DE ETICA

- e) Exigir o solicitar a los subordinados que empleen el tiempo ordinario de labores para que realicen actividades que no sean las que se les requiera para el cumplimiento de los fines institucionales.
- f) Aceptar o mantener un empleo, relaciones contractuales o responsabilidades en el sector privado, que menoscaben la imparcialidad o provoquen un conflicto de interés en el desempeño de su función pública.
- g) Nombrar, contratar, promover o ascender en la entidad pública que preside o donde ejerce autoridad, a su cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o socio, excepto los casos permitidos por la ley.
- h) Retardar sin motivo legal la prestación de los servicios, trámites o procedimientos administrativos que le corresponden según sus funciones. Se entiende por retardo cuando una persona sujeta a la aplicación de este código difiriere, detiene, entorpece o dilata la prestación de los servicios, trámites y procedimientos administrativos no acatando lo regulado en la ley, en los parámetros ordinarios establecidos en la institución pública o, en su defecto, no lo haga en un plazo razonable.
- i) Denegar a una persona la prestación de un servicio público a que tenga derecho, en razón de nacionalidad, raza, sexo, religión, opinión política, condición social o económica, discapacidad o cualquiera otra razón injustificada.
- j) Utilizar indebidamente los bienes muebles o inmuebles de la institución para hacer actos de proselitismo político partidario.
- k) Prevalerse del cargo para hacer política partidista
- l) Solicitar de otros funcionarios y empleados, declaraciones, adhesiones o pronunciamientos de cualquier naturaleza y especialmente los que directa o indirectamente estén relacionados con la política militante;
- m) Recoger o solicitar directa o indirectamente en las dependencias gubernamentales contribuciones o suscripciones de otros servidores públicos, destinadas al sostenimiento de campañas o partidos políticos, o para agasajos de superiores jerárquicos;
- n) Ostentar en las oficinas donde trabajan distintivos o emblemas que los acrediten como miembros de un partido político.
- o) Patrocinar asuntos o realizar gestiones administrativas referentes a terceros que se tramiten en las oficinas donde trabajan.
- p) Fomentar o consentir actos delictivos.

Prohibiciones éticas para los ex servidores públicos

Artículo 8.- Son prohibiciones éticas para los ex servidores públicos, durante el año siguiente al cese de sus funciones:

- a) Brindar, en forma personal o a través de interpósita persona, información, asesoramiento o representar a personas naturales o jurídicas en trámites, procedimientos, procesos o reclamaciones que estuvieron sometidos a su conocimiento o en los cuales intervino directa o indirectamente durante el ejercicio de su función pública y que vayan en contra de los intereses legítimos de la institución para la cual laboró.
- b) Laborar para una persona natural o jurídica con la cual la institución en la que se desempeñaba haya efectuado contratos de obras, bienes o servicios, cuando la persona sujeta a la aplicación de este código haya participado directamente en el procedimiento de adquisición, adjudicación de dichos contratos, durante el año previo al cese de sus funciones.

CAPITULO III

Beneficios indebidos y excepciones

Beneficios indebidos

Artículo 9.- Se presume legalmente que existen beneficios indebidos en los casos de aceptación o solicitud de cualquier bien o servicio de valor económico, u otras ventajas adicionales por parte de una persona sujeta a este Código en el desempeño de sus funciones, si provienen de una persona o entidad que:

1. Desarrolle actividades reguladas o fiscalizadas por la institución.
2. Gestione autorizaciones o privilegios otorgadas por la institución.
3. Sea ofertante, contratista de bienes o servicios de la institución para la cual labora.
4. Tenga intereses que puedan verse significativamente afectados por la decisión, acción, retardo u omisión de la institución.

Excepciones

Artículo 10.- Quedan exceptuados de las prohibiciones establecidas de este código:

- a) Reconocimientos, premios o distinciones en razón de trabajos culturales, académicos, científicos o actos de heroísmo, eficiencia o solidaridad humana otorgados por entidades gubernamentales y no gubernamentales, nacionales o internacionales.

CODIGO DE ETICA

- b) Los gastos de viajes y estadías por parte de otros gobiernos, instituciones académicas, entidades internacionales o sin fines de lucro, para dictar o asistir a conferencias, cursos o eventos de naturaleza académico-cultural, así como para participar en giras de observación.
- c) Los obsequios de cortesía diplomática o consular.
- d) Los obsequios promocionales, y descuentos comerciales razonables de carácter general recibidos por cualquier persona sujeta a este código a título personal o a nivel institucional, siempre que los mismos no estén condicionados o tiendan a influir en las tareas propias del cargo o empleo.

CAPITULO IV

Derechos de los servidores públicos

Artículo 11. El servidor público tiene derecho a:

- a) Realizar consultas a su respectiva comisión de ética o al Tribunal, sobre la aplicación de este código y referente a situaciones relacionadas con la ética gubernamental.
- b) Reconocimiento público y estímulo en razón de actos de fiel cumplimiento de los principios éticos, de heroísmo, sacrificio y solidaridad humana.
- c) Los otros derechos que establezcan la Constitución de la República, Convenios Internacionales, leyes, reglamentos y decretos.

CAPITULO V

Procedimiento para la Investigación

Formas de inicio

Artículo 12.- Todo el personal del Hospital puede, por sí o por medio de representante, interponer una denuncia ante la Comisión de Ética del Ministerio de Salud o ante el Tribunal, en contra de cualquier persona sujeta a la aplicación de este código, sobre hechos que pudieren constituir infracciones a los deberes o prohibiciones.

Requisitos de la denuncia

Artículo 13.- La denuncia podrá ser presentada de forma oral o escrita y contendrá los siguientes requisitos:

1. Identificación del denunciante.
2. Identificación de la persona denunciada sujeta a la aplicación de este código o datos que permitan

CODIGO DE ETICA

individualizar al presunto infractor.

3. Descripción clara del hecho denunciado, lugar, fecha o época de su comisión u otra circunstancia que pueda servir para el esclarecimiento de los hechos.
4. Lugar para oír notificaciones.
5. Firma o huella del denunciante
6. La denuncia podrá realizarse personalmente o con firma legalizada.

CAPITULO VI DISPOSICIONES FINALES

Vigencia:

Artículo 14.- El presente Código de Ética Institucional, entrará en vigencia quince días después de su aprobación por la Dirección.

Dado en Ilobasco, departamento de Cabañas, a los treinta días del mes de agosto de dos mil veintiuno.



Dra. Silvia Graciela Guandique Guzmán
Directora Hospital Nacional de Ilobasco.

DIARIO OFICIAL



DIRECTORA: Nilda Verónica Menéndez Gil

TOMO Nº 438

SAN SALVADOR, VIERNES 6 DE ENERO DE 2023

NUMERO 4

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

	Pág.		Pág.
ORGANO LEGISLATIVO			
Contrato de Garantía suscrito por el señor Ministro de Hacienda, que avala el Contrato de Préstamo No. 5352/OC-ES, suscrito entre el Fondo Social para la Vivienda (FSV) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), denominado "Programa de Financiamiento de la Vivienda Social" y Decreto Legislativo No. 636 aprobándolo.....	3-77	Acuerdo No. 1272-D.- Se acuerda modificar el acuerdo número 159-D de fecha veintiocho de febrero de dos mil veinte, referente a autorización en el ejercicio de la abogacía en todas sus ramas.....	80
		Acuerdos Nos. 1431-D(2) y 1445-D.- Autorización para ejercer las funciones de Notario.....	80
ORGANO EJECUTIVO			
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA			
Acuerdo No. 697.- Se acuerda encargar el Despacho de Educación, Ciencia y Tecnología, con carácter ad-honorem, al señor Viceministro de Educación y Viceministro de Ciencia y Tecnología.....	78	INSTITUCIONES AUTÓNOMAS	
		CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA	
		Decreto N.º. 26.- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Ilobasco, departamento de Cabañas.....	81-106
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
Acuerdos Nos. 15-1666 y 15-1678.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados en otro país.....	78	ALCALDÍAS MUNICIPALES	
		Decreto No. 8.- Reforma Parcial a la Ordenanza de Tasas por Servicios del municipio de Conchagua, departamento de La Unión.....	107
		Decreto No. 8.- Ordenanza para la Protección y Bienestar Animal del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana.....	108-125
ORGANO JUDICIAL			
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA			
Acuerdos Nos. 1142-D, 1294-D, 1376-D y 1385-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas.....	79	Decreto No. 9.- Reforma a la Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios del municipio de Santa Rosa Guachipilín, departamento de Santa Ana.....	126
		Decreto No. 19.- Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios del municipio de Nueva Concepción, departamento de Chalatenango.....	127-149

INSTITUCIONES AUTONOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

DECRETO No. 26

EL ORGANISMO DE DIRECCIÓN DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero del 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo No. 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de La República, 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 (conocida como COSO, por sus siglas en inglés).
- III. Que según el artículo 62 del referido Decreto, cada institución pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), según las necesidades, naturaleza y características particulares; en el Art. 63, regula que dicho Proyecto deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

POR TANTO:

En uso de las facultades conferidas en el artículo 195, atribución 6ª. de la Constitución de la República de El Salvador y 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 TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO DEPARTAMENTO DE CABAÑAS

CAPÍTULO PRELIMINAR

GENERALIDADES

Naturaleza y Finalidad del Hospital

Art. 1.- El Hospital es una institución de salud pública, dedicada a brindar atención en salud a sus habitantes del área geográfica de influencia, realizando acciones dirigidas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Objeto y ámbito de aplicación

Art. 2.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas que en el presente Reglamento se podrán denominar "NTCIE"; constituyen las regulaciones básicas que guían y limitan las acciones a desarrollar para el buen funcionamiento, como Sistema de Control Interno del Hospital, siendo aplicables con carácter obligatorio.

Para efectos de estas Normas, el Hospital Nacional de Iloasco se denominará el "Hospital."

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno es el conjunto de métodos, políticas y procedimientos continuos e interrelacionados, adoptados y ejecutados por la Dirección, funcionarios y empleados, diseñados para proporcionar seguridad razonable en el cumplimiento de sus objetivos; el control interno puede ser ejercido antes, durante y después.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los objetivos del Sistema de Control Interno son los siguientes:

- a. Lograr la transparencia, eficiencia y eficacia en la realización de las operaciones técnicas, administrativas y financieras del Hospital.
- b. Obtener de manera oportuna información generada en las diferentes áreas de la institución.
- c. Cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables e instrumentos técnicos jurídicos.

Componentes orgánicos del Sistema de Control Interno

Art. 5.- El Sistema de Control Interno está conformado por cinco componentes orgánicos que son: entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

a. Entorno de control

Comprende las normas, instrumentos técnicos jurídicos, protocolos de atención, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno en cada entidad pública.

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.
5. Cumplimiento de responsabilidades.

b. Evaluación de riesgos

Es un proceso dinámico e interactivo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital.

Principios:

1. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales.
2. Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos.
3. Evaluación del riesgo de fraude.
4. Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno.

c. Actividades de control

Son las acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones emitidas por la Dirección del Hospital, para eliminar o disminuir los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

1. Selección y desarrollo de actividades de control.
2. Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología.
3. Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

d. Información y comunicación

La información permite al Hospital llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. Para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno, considerando que la comunicación es un proceso continuo de identificar, obtener, analizar e interpretar, procesar y compartir información, para presentar a la Dirección información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas.

Principios:

1. Información relevante y de calidad.
2. Comunicación interna.
3. 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:

1. Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno.
2. Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 6.- La Dirección del Hospital y cada jefatura en el área de su competencia, son responsables del diseño, implantación, evaluación y mejora del Sistema de Control Interno.

Le corresponde a todo el personal del Hospital realizar las acciones necesarias que garantice el efectivo cumplimiento del mismo.

Seguridad razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno está diseñado para brindar seguridad razonable, a fin de lograr los objetivos propuestos por el Hospital.

**CAPÍTULO I
ENTORNO DE CONTROL**

Art. 8.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos, tales como: antecedentes de la entidad, misión, visión, valores, principios y objetivos, leyes, instrumentos técnico jurídicos y demás regulaciones aplicables. Comprende las normas, procesos y estructuras, que constituyen la base sobre la que se desarrolla el control interno en cada unidad organizativa del Hospital, para el cumplimiento de los objetivos de la institución, 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. 9.- La Dirección, jefes y personal del Hospital deberán mantener y demostrar una conducta de integridad y valores éticos, como un compromiso personal en el desarrollo de sus actividades, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales, de conformidad al Código de Ética Institucional, que será autorizado por la Dirección y divulgado por el Departamento de Recursos Humanos; correspondiendo a la Dirección y jefes de las diferentes áreas de la institución, promover y vigilar el estricto cumplimiento de los valores éticos dentro de la institución, fomentando un ambiente propicio para la ejecución de un efectivo Sistema de Control Interno.

Normas de conducta

Art. 10.- Principios, valores, deberes y prohibiciones éticas, serán definidos por la Dirección en el Código de Ética Institucional, estableciendo normas de conducta de los servidores de la institución y los procedimientos para evaluar su cumplimiento, los que serán divulgados en todos los niveles de la estructura organizativa para su cumplimiento en la ejecución de sus funciones.

Seguimiento a desviaciones

Art. 11.- La Dirección y jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a las normas de conducta, establecidos en el Código de Ética Institucional y demás instrumentos técnico jurídicos, a fin de aplicar acciones preventivas, correctivas o sancionatorias, según la normativa aplicable.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

Art. 12.- La responsabilidad de supervisión del Sistema de Control Interno, recae principalmente en la Dirección y jefaturas, a fin de que sea suficiente y de acuerdo a la naturaleza, necesidades y categorización del Hospital.

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 13.- La Dirección y jefaturas evaluarán periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y actualizando los manuales, instructivos, lineamientos y normas que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales; en caso de detectar desviaciones, deberán hacerse las acciones y ajustes correspondientes.

Art. 14.- La Dirección a través de las jefaturas de las diferentes unidades organizativas, tendrán la responsabilidad de supervisar la aplicación de los componentes del Sistema de Control Interno, implementado por el Hospital.

Principio 3: Estructura organizativa, líneas de reporte o de comunicaciones, autoridad y responsabilidad

Estructura organizativa

Art. 15.- La Dirección del Hospital aprobará mediante Acuerdo interno, la estructura organizativa que permita cumplir con la misión, visión, valores, principios y objetivos institucionales, que esté acorde con la disponibilidad de los recursos asignados, considerando entre otros, los siguientes aspectos: naturaleza, complejidad, estilo de gerencia y el marco legal aplicable.

La estructura organizativa será flexible ante los cambios del entorno, evaluada y actualizada según necesidades en la prestación de los servicios de salud eficiente, y diseñada en base al Reglamento General de Hospitales. Correspondiendo a la Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos, divulgar a todos los niveles del Hospital.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 16.- La Dirección y jefaturas diseñarán y evaluarán las funciones y competencias, líneas de reporte o de comunicación, para cada unidad organizativa, a efecto de garantizar el cumplimiento de los objetivos y facilitar el flujo de información.

Definición de líneas de autoridad, responsabilidad y relaciones de jerarquía

Art. 17.- La Dirección del Hospital aprobará mediante Acuerdo Ejecutivo, el Manual de Organización y Funciones, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, en base a los emitidos por el Ministerio de Salud; los que definirán niveles de autoridad, relaciones jerárquicas, atribuciones, funciones, deberes y obligaciones, para mantener canales de comunicación, facilitando la delegación de facultades y responsabilidades.

Corresponderá al personal en general, respetar las líneas de autoridad establecidas y responder ante su jefe inmediato superior. Debiendo las jefaturas velar por su estricto cumplimiento.

La Dirección delegará facultades, definirá responsabilidades y funciones en cada nivel del Hospital:

- a. La Dirección será responsable de las funciones que delega; por lo que, deberá supervisarlas de forma periódica y en caso de desviaciones, efectuará los ajustes pertinentes.

- b. Las jefaturas emitirán instrucciones que le faciliten al personal llevar a cabo sus responsabilidades de control interno.
- c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:
 - 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.
 - 5. Actividades de supervisión existentes.

Estilo de gestión

Art. 18.- La Dirección y jefaturas del Hospital deberán promover una actitud positiva hacia los cambios en los procesos de control, solucionar conflictos con claridad e integridad, tomando decisiones de manera equitativa.

Mostrar interés por la evaluación y autoevaluación del desempeño y cumplimiento de los objetivos y metas, a fin de determinar su logro y alcance, de acuerdo con lo planteado en el Plan Estratégico Institucional, Plan Anual Operativo y Plan Anual de Trabajo de cada área; los que deberán estar debidamente autorizados por la Dirección para tomar medidas correctivas o de mejoras a los procesos de control interno.

Compromiso con la calidad

Art. 19.- El personal del Hospital estará obligado a brindar servicios con calidad y equidad a los usuarios internos y externos de la institución, para el logro de los objetivos institucionales, basados en los compromisos anuales de gestión institucional, los que serán monitoreados por el Comité evaluador de los compromisos de gestión, de manera trimestral.

Coordinación de esfuerzos

Art. 20.- La Dirección y jefaturas del Hospital deberán mantener buenas relaciones laborales entre jefes y personal bajo su dependencia, promoviendo el trabajo en equipo, orientado a lograr el cumplimiento de objetivos.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 21.- Las auditorías que se efectúen al Hospital serán a través de la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud.

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano**Establecimiento de políticas y prácticas**

Art. 22.- Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital, definir políticas y prácticas de personal que se refieran al proceso de contratación de recursos, como: reclutamiento, selección, inducción y capacitación del recurso humano. Asimismo, políticas de promoción y ascenso, considerando la evaluación del desempeño y conocimientos adquiridos, como una forma de motivación para el personal.

Las jefaturas deberán promover al personal bajo su cargo, el trabajo en equipo respetivo; así como, proveer los recursos necesarios, según presupuesto asignado para la ejecución de sus funciones de manera óptima.

Corresponderá a todo el personal trabajar responsablemente para lograr un buen clima organizacional y el efectivo cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.

La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, las que se obtendrán a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas que mejoren los procesos de la institución y certificaciones.

Se manifiesta en las actitudes, conocimiento y comportamiento de los servidores públicos, en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluación de competencias

Art. 23.- La Dirección y jefatura del Departamento de Recursos Humanos; así como, los jefes en el área de su competencia, deberán velar porque todo el personal posea el nivel de competencia de acuerdo al perfil del cargo que desempeña, para desarrollar sus atribuciones y funciones de manera eficiente.

La identificación de conocimientos y habilidades que se necesitan para realizar cada una de las actividades a desarrollar en el Hospital, se obtendrá por medio de la actualización de expedientes del personal, para conocer su nivel académico y experiencia adquirida; procediendo conforme al Manual de Organización y Funciones y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo.

Art. 24.- La Dirección facilitará la capacitación necesaria para desarrollar las competencias profesionales del talento humano, según cargo y funciones que desempeña para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Planes de contingencias

Art. 25.- Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital formular un Plan de Emergencias y Contingencias, que comprenda objetivos y estrategias, que les permita anticiparse a los factores que puedan afectar su capacidad para enfrentar las epidemias o desastres que se presenten, asegurando la continuidad de los servicios de salud brindados a la población.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Responsabilidades sobre el control interno

Art. 26.- La Dirección designará por escrito las responsabilidades de control interno al recurso humano idóneo, y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr el cumplimiento de los objetivos.

Incentivos

Art. 27.- La Dirección establecerá en todos los niveles de la entidad, los incentivos apropiados para el talento humano que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de sus objetivos a corto y largo plazo.

Evaluación del desempeño

Art. 28.- La Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos, establecerá y aplicará evaluaciones del desempeño al personal en forma semestral, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la entidad.

La Dirección y jefaturas serán responsables del diseño, implementación y aplicación del control interno; deberá efectuar una evaluación continua del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura del Hospital, considerando los riesgos que enfrenta para el cumplimiento de los objetivos.

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

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos

Art. 29.- Es un proceso dinámico y repetitivo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia, establecidos por el Hospital.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales**Objetivos institucionales**

Art. 30.- La Dirección y jefaturas definirán los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que deberán ser consistentes con la misión y visión institucional.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se deberá considerar 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.
- e. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

Objetivos estratégicos

Art. 31.- La Dirección y el equipo de gestión definirán las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico Institucional, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional, los que generalmente se diseñan para un plazo de cinco años.

Objetivos operacionales

Art. 32.- Las jefaturas establecerán sus metas y actividades para el ejercicio fiscal, las cuales serán determinadas en función de los objetivos y orientados al cumplimiento de los fines institucionales.

Planificación participativa

Art. 33.- La elaboración del Plan Anual Operativo Institucional deberá ser con la participación de los jefes de las distintas áreas, autorizado por la Dirección.

Principio 7: Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos**Riesgos**

Art. 34.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, la

Dirección y jefes de área los deberán identificar y analizar, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

Gestión de riesgos

Art. 35.- Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

- a. Identificación del riesgo.
- b. Análisis del riesgo.
- c. Determinación e implementación de acciones para mitigar su impacto.

Identificación de riesgos

Art. 36.- Será responsabilidad de la Dirección y jefes de las divisiones, unidades, departamentos y secciones del Hospital, identificar los riesgos internos y externos de su área, al menos una vez al año, previo a la elaboración del Plan Anual de Trabajo; con el objeto de determinar los que pueden obstaculizar el logro de los objetivos institucionales y emprender acciones tendientes a reducir o minimizar su impacto.

El proceso de identificación de riesgos deberá ser integral, considerando las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos pueden ser generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos, se pueden generar en áreas como:

- a. Infraestructura.
- b. Estructura organizativa.
- c. Recurso humano.
- d. Acceso y uso de bienes.
- e. Tecnologías de información y comunicación.
- f. Medioambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

- a. Presupuestarios.
- b. Medioambientales.
- c. Regulatorios.
- d. Globales o regionales.
- e. Políticos y sociales.
- f. Tecnológicos.

Análisis de riesgos

Art. 37.- Cada jefe será responsable en el área de su competencia de analizar los riesgos identificados, para determinar la importancia, frecuencia y valoración o pérdida que estos riesgos puedan ocasionar al buen funcionamiento del Hospital.

Al analizar los riesgos deberá considerarse la unidad organizativa, riesgo potencial identificado, frecuencia e impacto sobre el accionar, que se clasificará en alto, moderado y bajo, definiendo los de mayor y menor importancia.

La Dirección y jefaturas de la institución efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel del Hospital como del entorno. Este proceso deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para el cumplimiento de los objetivos.

El análisis de los riesgos comprende tres variables: frecuencia, impacto y exposición al riesgo, considerando que la frecuencia y el impacto pueden ser bajo, moderado o alto, debiendo utilizar una matriz diseñada para tal fin.

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

- a. **La frecuencia:** es el número de veces que pueda ocurrir un riesgo.
- b. **El impacto:** se refiere a la pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de la información de la entidad, entre otras.

El impacto, está expresado en términos cuantitativos.

- c. **La exposición al riesgo:** es el resultado del producto de la frecuencia por el impacto, lo que implica que, a mayor frecuencia e impacto, es mayor la exposición al riesgo.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 38.- Analizados los riesgos la Dirección y jefaturas, definirán las acciones para su administración y mitigación.

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

La Dirección y todas las jefaturas del Hospital establecerán las acciones a realizar para minimizar los riesgos identificados y analizados, considerando un análisis del costo de la actividad y el beneficio que proporcionará.

Será responsabilidad de cada jefatura divulgar a su personal el documento que establece los riesgos identificados y las actividades de control tomadas para disminuir el nivel del riesgo, el que deberá ser de estricto cumplimiento.

Principio 8: Evaluación de riesgos de fraude

Riesgo de fraude

Art. 39.- El Hospital al evaluar los riesgos considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude, que pueda impedir el cumplimiento de los objetivos. Para este fin, considerará los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

Principio 9: Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno

Cambios que afectan al Sistema de Control Interno

Art. 40.- La Dirección a través de las jefaturas de las diferentes áreas, identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso se desarrolla paralelamente a la evaluación de riesgos y requiere que se establezcan controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la entidad, estos podrían referirse a lo siguiente:

- a. Ambiente externo.
- b. Medioambiente.
- c. Asignación de nuevas funciones 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.
- g. Nuevas tecnologías de información y comunicación.

**CAPÍTULO III
ACTIVIDADES DE CONTROL**

Actividades de control

Art. 41.- Las actividades de control son las medidas establecidas por la Dirección 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 del Hospital.

La Dirección del Hospital será responsable de que todos los procesos institucionales integren las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas a cada unidad organizativa, a fin de lograr los objetivos institucionales, permitiendo así una administración eficiente y eficaz.

La Dirección y jefaturas en el área de su competencia son responsables de aplicar los controles internos previo, durante el desarrollo y aplicación de las políticas emitidas.

Los controles al menos deberán permitir:

- a. Prevenir la ocurrencia del riesgo.
- b. Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos.
- 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. 42.- La Dirección y jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, seleccionarán e implementarán en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuyan a la mitigación de riesgos, hasta niveles aceptables de tolerancia para el cumplimiento de los objetivos.

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

Factores que influyen en el diseño e implementación

Art. 43.- Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control, necesarias para apoyar el Sistema de Control Interno son:

- a. El ambiente y complejidad del Hospital.
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c. Estructura organizativa.
- d. Sistemas de información.
- e. Infraestructura tecnológica.

Procesos relevantes

Art. 44.- La Dirección y las jefaturas definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos de la institución.

Los controles estarán orientados a:

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

Diversidad de controles

Art. 45.- Las actividades de control pueden incluir una diversidad de controles en los distintos niveles de la entidad, algunos se relacionan solamente con un área específica, pero frecuentemente las actividades de control definidas para un objetivo específico, pueden utilizarse para lograr el cumplimiento de otros objetivos. Los controles pueden ser: preventivos, de detección y correctivos; siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Le corresponde a la Dirección, jefaturas de las divisiones, unidades, departamentos y secciones del Hospital; documentar, mantener actualizado y divulgar al personal bajo su responsabilidad, las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, diseñadas de forma que garanticen razonablemente su cumplimiento. Debiendo ser autorizadas por la Dirección; así como, sus modificaciones y/o actualizaciones.

Tipos de actividades de control

Art. 46.- La Dirección a través de las jefaturas implementarán las actividades de control relacionadas con los aspectos siguientes:

- a. Autorizaciones y aprobaciones.
- b. Administración de fondos y bienes.
- c. Verificaciones.
- d. Controles físicos.
- e. Comprobación de datos.
- f. Rendición de fianzas.
- g. Indicadores hospitalarios.
- h. Segregación de funciones incompatibles.
- i. Documentación de actividades.
- j. Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- k. Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- l. Conciliaciones.
- m. Rotación del personal.
- n. Autoevaluación de controles.
- o. Actualización de los controles establecidos.
- p. Planes de contingencia.
- q. Informes de resultados.
- r. Uso de tecnologías de información y comunicación.

Autorizaciones y aprobaciones

Art. 47.- La Dirección a través del Manual de Funciones y Descripción de Puestos, ha definido niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

Administración del activo

Art. 48.- El uso de los bienes del Hospital será regulado a través de los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo y el Sistema para el Control y Registro de los mismos, que será conforme a las Normas para la Administración del Activo Fijo emitidas por el Ministerio de Salud.

La División Administrativa a través del encargado del Activo Fijo, es responsable del control, registro, transferencia y descargo de los activos fijos propiedad de la institución, de conformidad a las disposiciones legales correspondientes.

Todas las jefaturas son responsables en el área de su competencia, de la custodia y cuidado del bien asignado, debiendo informar de forma inmediata a la Unidad de Activo Fijo todo bien que reciba o descargue de su área.

Administración de fondos y bienes

Art. 49.- La Dirección nombrará mediante Acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los lineamientos establecidos en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Controles físicos

Art. 50.- La Dirección nombrará mediante Acuerdo a una comisión que se encargará de realizar la revisión física de las existencias de productos farmacéuticos y medicinales, material médico quirúrgico e insumos no médicos en Almacén, Farmacia y Mantenimiento, quienes efectuarán el levantamiento de inventario al menos una vez al año.

Verificaciones

Art. 51.- La Dirección nombrará una comisión que se encargue de verificar las existencias físicas de productos farmacéuticos y medicinales, material médico quirúrgico e insumos no médicos en Almacén, Farmacia y diversos materiales en el Departamento de Mantenimiento. Los miembros de dichas comisiones, serán independientes al registro, custodia y control de los bienes, debiendo entregar un informe a la Dirección.

Rendición de fianzas

Art. 52.- Posterior al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, la Dirección verificará que estos rindan fianza.

En el acuerdo de rendición de fianza se definirán las personas que de conformidad a la función asignada rendirán fianza y el monto de la misma.

Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos

Art. 53.- Las áreas administrativas, financieras y operativas, deberán remitir oportunamente al contador institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generan para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

Conciliación periódica de registros

Art. 54.- Se efectuarán conciliaciones bancarias y confirmación de saldos mensuales, con el propósito de verificar los saldos, entre los registros contables y los auxiliares de Tesorería. A fin de detectar o prevenir errores en las cuentas y asegurar la exactitud de los movimientos de ingresos y gastos. Dichas conciliaciones deberán realizarse por un servidor independiente de sus registros y manejos, para asegurar la congruencia de las cifras.

Segregación de funciones incompatibles

Art. 55.- La Dirección evitará la asignación de funciones incompatibles en las unidades organizativas y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes, para que el control de las operaciones facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

Reglamento interno de recursos humanos

Art. 56.- El Reglamento Interno de Recursos Humanos constituye la base fundamental para el buen desarrollo del personal dentro del Hospital.

El Departamento de Recursos Humanos con la autorización de la Dirección del Hospital, dictará las políticas, métodos y procedimientos para una buena administración del recurso humano, políticas que deberán ser integradas en el Reglamento Interno de Recursos Humanos, el cual regulará el proceso de reclutamiento, selección, contratación, inducción, capacitación, promoción, cumplimiento de horarios, control de asistencia y permanencia; así como, la actualización de expedientes e inventarios del personal, basándose en las disposiciones legales vigentes.

En el caso de la rotación de personal en áreas claves, se desarrollará tomando en consideración el puesto, el cargo, las funciones, actividades y tareas, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

Documentos de soporte

Art. 57.- Toda actividad que se realice en las diferentes áreas del Hospital deberán estar debidamente sustentadas con la documentación idónea necesaria para justificar la pertinencia, legalidad y veracidad e identificar su naturaleza, finalidad y resultado de la operación. Será responsabilidad de cada jefe de Área, el resguardo y custodia de la documentación de respaldo.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología**Controles generales**

Art. 58.- Los controles generales de las tecnologías de información y comunicación, incluyen actividades de control sobre 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; incluyen las medidas, políticas y procedimientos que permiten garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información de las áreas de Estadística y Documentos Médicos en Salud, Almacén, Farmacia, Mantenimiento y Activo Fijo, están bajo la responsabilidad de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicación del Ministerio de Salud.

Los sistemas utilizados en el Departamento de Recursos Humanos, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y Unidad Financiera Institucional, son administrados por el Ministerio de Hacienda.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 59.- Las entidades que apoyan el cumplimiento de sus objetivos y procesos mediante tecnologías de información y comunicación, deberán seleccionar y desarrollar actividades de control para mitigar el riesgo por el uso de la misma.

Las actividades de control deberán estar basadas en estándares para el uso de la tecnología, las cuales pueden relacionarse de la siguiente forma:

- a. La tecnología apoya los procesos de la entidad: cuando está integrada en los procesos del Hospital, se necesitan actividades de control para mitigar el riesgo de un funcionamiento inadecuado
- b. La tecnología se utiliza para automatizar las actividades de control: muchas actividades de control de una organización están parcial o completamente automatizadas.

Políticas de seguridad

Art. 60.- La Dirección a través de las jefaturas responsables del resguardo de la información, deberá establecer políticas de seguridad de la información, que consiste en la especificación de los requisitos de control de acceso a la información, estableciendo las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad y confidencialidad de la información, las cuales consisten en:

- a. **Autenticidad:** mediante el identificativo de usuario y contraseña, firmas digitales o certificaciones realizadas por las autoridades legalmente reconocidas.

- b. Integración:** garantizar que la información ha sido modificada por personas autorizadas.
- c. Confidencialidad:** la privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información.

Art. 61.- Los sistemas de información deberán dar apoyo a todas las actividades de la entidad y contar con los controles necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información deberán contar con mecanismos de seguridad de las entradas, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permitan cambios.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 62.- La Dirección con el apoyo de las jefaturas establecerán actividades de control a través de políticas y procedimientos que permitan su implementación.

Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, los que deberán estar documentados.

Los procedimientos son las actividades definidas para implementar las políticas establecidas.

Las políticas y procedimientos deberán cumplir con los aspectos siguientes:

- a.** Establecidos y realizados oportunamente.
- b.** Incluir acciones preventivas y correctivas.
- c.** Asignados al personal competente.
- d.** Sujetos a evaluación periódica para mantenerlas actualizadas.

Normas sobre prestación de servicios médicos

Administración de medicamentos e insumos médicos

Art. 63.- El Comité Farmacoterapéutico es responsable de coordinar la administración de medicamentos e insumos médicos, tomando como base los lineamientos establecidos por la Dirección de Tecnología Sanitaria.

Servicios de atención ambulatoria

Art. 64.- La atención ambulatoria general y especializada es brindada por médicos generales y especialistas, conforme a guías clínicas y protocolos de atención al usuario, emitidos por el Ministerio de Salud. Debiendo ser coordinada y monitoreada por el médico jefe del Área de Consulta Externa, según el Reglamento General de Hospitales.

Servicios médicos hospitalarios

Art. 65.- La atención hospitalaria será brindada de acuerdo a capacidad resolutive institucional, según guías clínicas y protocolos de atención al usuario.

Servicios de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación

Art. 66.- Brindan apoyo, diagnóstico y tratamiento al usuario, basado en guías clínicas y protocolos de atención al usuario, siendo coordinados por jefaturas específicas.

Verificación y seguimiento de la calidad de atención

Art. 67.- Será responsabilidad de la Dirección y Unidad Organizativa de la Calidad, cumplir con los estándares, indicadores y política de calidad, con relación a la atención del usuario, cumpliendo con la misión, visión y objetivos institucionales.

CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Sistemas de información y comunicación**Información**

Art. 68.- La información es necesaria para que el Hospital pueda llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. La institución, necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno; por lo que, la información es indispensable en todos niveles y dependencias del Hospital.

Un Sistema de Información comprende un conjunto de actividades que involucra: usuarios internos y externos, procesos, datos y/o tecnología, para permitir al Hospital obtener, generar, usar y comunicar la información, manteniendo la responsabilidad sobre la misma, y facilitar la evaluación del desempeño o progreso de la institución hacia el cumplimiento de los objetivos.

Será importante que la institución disponga de datos fiables para efectuar la planificación, preparar presupuestos y demás actividades institucionales. La información deberá ser de calidad y cumplir con los siguientes aspectos:

- a. **Contenido:** presenta toda la información necesaria.
- b. **Oportunidad:** se obtiene y proporciona en el tiempo adecuado.
- c. **Actualidad:** está disponible la información más reciente.
- d. **Exactitud:** los datos son correctos y confiables.
- e. **Seguridad:** es resguardada y protegida de manera apropiada.
- f. **Accesibilidad:** la información puede ser obtenida fácilmente por los usuarios.

Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 69.- La Dirección y las jefaturas deberán desarrollar e implementar controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporte el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información deberá ser obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por la institución, de tal manera que contribuya al cumplimiento de los objetivos del Hospital.

Sistemas de información

Art. 70.- Los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Salud serán usados por la institución, de manera oportuna y veraz, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

Los sistemas de información utilizados, de conformidad a los procesos implementados, proporcionan oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios.

Características de la información

Art. 71.- La información generada en las distintas divisiones, unidades, departamentos y secciones por medio de los sistemas de información adoptados en el Hospital, para que sea de calidad deberá cumplir con las siguientes características: oportuna, accesible, apropiada, protegida, válida, verificable y auténtica, para dirigir, ejecutar y controlar las operaciones, de manera eficiente; permitiendo la toma de decisiones y acciones adecuadas e inmediatas, según necesidades institucionales.

Principio 14: Comunicación interna

Art. 72.- La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna como externa.

Comunicación interna

Art. 73.- La Dirección y las jefaturas deberán establecer e implementar políticas y procedimientos que faciliten una comunicación interna efectiva, para apoyar el

funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para tales efectos, la comunicación interna deberá permitir:

- a. Que cada servidor conozca su rol en el cumplimiento de los objetivos institucionales y tenga acceso a la información que sirve para el cumplimiento 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.
- c. Seleccionar métodos de comunicación que permitan la oportunidad y efectividad en la obtención y entrega de la información.

Niveles de comunicación

Art. 74.- La comunicación entre la Dirección, mandos medios y demás personal, deberá orientarse a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones usualmente se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Canales de comunicación

Art. 75.- Para que la información fluya a través de la organización deberán existir canales adecuados de comunicación. El Hospital deberá priorizar la implementación del uso de tecnologías de información y comunicación. Además, será necesario contar con canales para comunicaciones anónimas o confidenciales (Buzones de sugerencias), que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la comunicación

Art. 76.- La Dirección seleccionará la forma más adecuada de comunicación, tomando en cuenta: el receptor, el mensaje, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. La claridad y efectividad de la comunicación, aseguran que el mensaje sea recibido y comprendido.

Existen algunas formas de comunicación más efectivas que otras; por esta razón, será necesaria una evaluación continua para determinar la efectividad de las comunicaciones, las cuales pueden ser:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.
- c. correo electrónico.
- d. Acuerdos.

- e. Actas.
- f. Carteleras.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Mensajes de texto.
- i. Intranet.
- j. Transmisiones vía Internet.
- k. Grupos de WhatsApp.
- l. Sitios Web o publicaciones.
- m. Video conferencias.

La Dirección y jefaturas implementarán y mantendrán líneas recíprocas y constantes de comunicación para todas las unidades organizativas, usuarios internos y externos. Las instrucciones serán claras y por escrito, utilizando canales de comunicación definidos.

Le corresponderá a cada jefatura la permanente comunicación con el personal bajo su dependencia, a fin de garantizar el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones para alcanzar los objetivos institucionales propuestos.

Principio 15: Comunicación externa

Comunicación externa

Art. 77.- La comunicación externa es un proceso que deberá incluir las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional.

La comunicación con terceros permite que estos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con el Hospital. Al mismo tiempo, la información que reciba de terceros puede proporcionar datos importantes y confiables sobre el Sistema de Control Interno.

Deberán utilizarse canales apropiados de comunicación para los usuarios de los servicios, a fin de obtener una comunicación directa con los niveles organizativos que correspondan.

CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 78.- La supervisión implica la realización de evaluaciones independientes, 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 en el Hospital, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Los procesos serán supervisados, con el objeto de incorporar el concepto de mejoramiento; asimismo, el Sistema de Control Interno deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

Se deberá evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, considerando lo siguiente:

- a. Las actividades de supervisión, son realizadas en el curso de las operaciones de la institución.
- b. Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones.

Será importante establecer procedimientos que aseguren que cualquier deficiencia detectada, sea informada oportunamente para tomar las decisiones pertinentes.

El Sistema de Control Interno cambia constantemente, debido a la incorporación de nuevos empleados, restricciones de recursos, entre otros.

Principio 16: Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno

Evaluaciones continuas y/o independientes

Art. 79.- La Dirección del Hospital y las jefaturas seleccionarán, desarrollarán y llevarán a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 80.- Las evaluaciones continuas estarán integradas en los procesos desarrollados en los diferentes niveles del Hospital y proporcionarán información oportuna. El uso de las tecnologías de información y comunicación, apoya las evaluaciones continuas y permite una revisión eficiente y objetiva del desarrollo de las actividades y procesos.

Evaluaciones independientes

Art. 81.- Las evaluaciones independientes se ejecutarán periódicamente y podrán variar en alcance y frecuencia, dependiendo de la evaluación de riesgos, la efectividad de las evaluaciones continuas y de otras consideraciones de la Dirección.

Las evaluaciones independientes corresponderán a la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y Corte de Cuentas de la República, quienes evaluarán

periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno establecido; proporcionando cuando sea necesario recomendaciones para fortalecerlo.

Será responsabilidad de todas las jefaturas y personal en general, brindar a los auditores la colaboración oportuna y la información adecuada para que realicen su trabajo de auditoría.

De acuerdo a la estructura organizativa del Hospital, le corresponderá al jefe de cada unidad, asegurarse que los procedimientos de las distintas actividades y funciones que realiza su personal, sean aplicados adecuadamente, conforme a las disposiciones internas y externas establecidas.

Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital realizar actividades de monitoreo constante, previo y durante el proceso de ejecución de las transacciones y operaciones que se efectúan en el área de su competencia, a fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos definidos y determinar la validez y calidad del Sistema de Control Interno establecido, realizar acciones correctivas aplicables de manera oportuna; así como, mejorar los diferentes procesos.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Evaluación y comunicación de deficiencias

Art. 82.- Los resultados de las actividades de monitoreo del Sistema de control Interno, serán comunicados a la Dirección y jefaturas involucradas, para que se definan las causas y tomar las medidas correspondientes para solventarlo, conforme a los objetivos y recursos institucionales.

La Dirección comunicará las deficiencias de control interno de forma oportuna, a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

Una deficiencia es definida como una falla en uno o más componentes y principios relevantes, que reduce la probabilidad de lograr los objetivos.

El personal en general es responsable de comunicar a su superior jerárquico, las deficiencias detectadas en el desempeño de sus funciones y se tomen las decisiones pertinentes.

Asimismo, todas las evaluaciones que se realicen al Sistema de Control Interno del Hospital, por los jefes de cada unidad organizativa, Ministerio de Salud y Corte de Cuentas de a República, será documentado e informado al personal que corresponda para cumplir con las acciones correctivas.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Art. 83.- La revisión y actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital, estará a cargo de una Comisión nombrada por la Dirección, tomando en consideración los resultados de las evaluaciones continuas e independiente practicadas al Sistema de Control Interno.

Art. 84.- El proyecto de modificación o actualización de las NTCIE, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 85.- La Dirección a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Ilobasco, Departamento de Cabañas, a los jefes y estos a su personal a cargo, quienes estarán obligados a aplicar y vigilar el estricto cumplimiento.

Art. 86.- Deróguese el Decreto No. 31, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 29 de octubre de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 203, Tomo 381, de fecha 29 de octubre de 2008.

Art. 87.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los seis días del mes de junio del año dos mil veintidós.



Lic. Roberto Antonio Anzora Quiroz
Presidente
Corte de Cuentas de la República

Licda. María del Carmen Martínez Barahona
Primera Magistrada

Lic. Julio Guillermo Bendek Panameño
Segundo Magistrado