

## **INSTITUCIONES AUTONOMAS**

### **CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA**

DECRETO No. 20

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

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).
- II. Que el referido Reglamento, se elaboró de conformidad al Marco Integrado de Control Interno COSO III, emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (conocido como COSO, por sus siglas en inglés).
- III. Que según el artículo 62, del referido Decreto, cada institución pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTICE), según las necesidades, naturaleza y características particulares; el Art. 63, regula que dicho proyecto deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y publicación en el Diario Oficial.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO que contiene las:

#### **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA UNIÓN, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN**

#### **CAPÍTULO PRELIMINAR**

#### **GENERALIDADES**

#### **Objeto de las Normas Técnicas Institucionales**

**Art. 1.-** Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE) constituyen el marco legal básico que regula el funcionamiento de cada una de las unidades organizativas y sus miembros que conforman el Hospital Nacional de La Unión, Departamento de La Unión, las cuales serán aplicables de carácter obligatorio para ajustar el Sistema de Control Interno.

### **Responsable del Sistema de Control Interno**

**Art. 2.-** La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y actualización, del Sistema de Control Interno corresponde a la máxima autoridad del Hospital Nacional de La Unión.

### **Definición del Sistema de Control Interno**

**Art. 3.-** Todos los servidores públicos del Hospital Nacional de La Unión, entenderán por Sistema de Control Interno el conjunto de normas emitidas por la máxima autoridad, con el propósito de mantener el control sobre las actividades a su cargo, con el fin de proporcionar seguridad razonable en cada uno de los procesos que faciliten la consecución de los objetivos institucionales. El control Interno puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

### **Objetivos del Sistema de Control Interno**

**Art. 4.-** El propósito fundamental del Sistema de Control Interno es lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia de las operaciones, mediante el logro de los objetivos siguientes:

- a. Proporcionar las normas básicas para gestionar el uso racional de los recursos en el desarrollo de los procesos institucionales.
- b. Que la información financiera, presupuestaria y técnica administrativa, reúna requisitos de confiabilidad, oportunidad y pertinencia para la toma de decisiones.
- c. Cumplir con leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

### **Componentes orgánicos del Sistema de Control Interno**

**Art. 5.-** El Sistema de Control Interno estará compuesto por los 5 componentes, los cuales se describen a continuación:

#### **a. Entorno de control**

Comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrolla el control interno en el Hospital Nacional de La Unión. El cuál se rige principalmente por el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puestos de trabajo, Planes Operativos, Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, entre otras normas especiales aplicadas a las áreas específicas del Hospital. Así como leyes y reglamentos aplicables a la entidad, tales como la Constitución de la República, Ley de Asuetos y Vacaciones de los empleados Públicos, Ley de adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, Ley de Impuesto sobre la Renta, Ley de ética gubernamental, Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y sus Reglamentos, etc.

El Hospital posee una estructura organizativa debidamente aprobada por la máxima

autoridad, la cual está conformada por unidades organizativas tales como: Dirección del Hospital, División Médica Quirúrgica, División Servicios de Diagnóstico y Apoyo, División Administrativa, División de Enfermería, Unidad de Recursos Humanos, Unidad de Estadística y Documentos Médicos, Unidad de Epidemiología, Unidad de Asesoría Jurídica, Unidad Organizativa de Calidad, Unidad Financiera Institucional, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y Suministros, etc., mediante el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, se han definido las líneas concretas de autoridad y responsabilidad, en aras de facilitar el flujo de la información, incluyendo el perfil y competencias para cada puesto de trabajo que conforman el quehacer institucional.

**Principios:**

1. Compromiso con la integridad y los 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 iterativo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por la entidad pública.

Cada unidad organizativa que conforma el Hospital, se enfrenta a distintos tipos de riesgos, los cuales deben analizarse de tal manera que se tomen las acciones de control que permiten el logro de los objetivos institucionales.

**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 directrices básicas emanadas de la alta dirección del Hospital, con el propósito de asegurar que se están adoptando las acciones necesarias para enfrentar o mitigar los factores de riesgo implicados en el logro de los objetivos de la entidad.

**Principios:**

1. Selección y desarrollo de actividades de control.

2. Elección y desarrollo de controles generales sobre tecnología.
3. Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

**d. Información y comunicación**

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

Las canales de comunicación hacia el interior y exterior fluyen según lo establecido en la estructura organizativa, y se genera especialmente mediante documentación impresa sean estos oficios, memorándum, notas y en algunos casos correos electrónicos.

**Principios:**

- a. Información relevante y de calidad.
- b. Comunicación interna.
- c. Comunicación externa.

Deben implementarse los mecanismos adecuados para administrar de forma eficiente el sistema de información de las operaciones institucionales, que permitan la toma adecuada de decisiones en todo nivel, evaluar el desempeño de la organización e identificar, registrar y comunicar información, relacionada con actividades y eventos internos y externos relevantes para la organización.

**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.

**Seguridad razonable**

**Art. 6.-** El Sistema de Control Interno proporciona una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

## **CAPÍTULO I ENTORNO DE CONTROL**

**Art. 7.-** Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores internos y externos, tales como: Antecedentes del Hospital, principios y valores, Innovaciones tecnológicas, leyes y regulaciones aplicables.

Comprende las normas, procesos y estructuras, que constituyen la base sobre la que se desarrolla el control interno en el Hospital, para el cumplimiento de los objetivos, constituyendo la base para el funcionamiento de los demás componentes.

### **Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos**

#### **Compromiso con los principios y valores éticos**

**Art. 8.-** La máxima autoridad y jefaturas del Hospital, en todos los niveles y dependencias de la Institución, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, la sujeción a la integridad y los valores éticos, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

#### **Estándares de conducta**

**Art. 9.-** Los estándares de conducta y valores éticos, están definidos en la Ley de Ética Gubernamental y el Código de Ética para el personal del Ministerio de Salud, divulgada a todos los servidores de la entidad para su cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

#### **Seguimiento a desviaciones**

**Art. 10.-** La máxima autoridad del Hospital y jefaturas, deberán atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a los estándares de conducta establecidos en la Ley de Ética y demás normativa aplicable, mediante las acciones preventivas, correctivas o sancionatorias.

### **Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno**

#### **Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión**

**Art. 11.-** La máxima autoridad y jefaturas del Hospital, serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y necesidades del Hospital.

#### **Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno**

**Art. 12.-** El Director del Hospital a través de las unidades organizativas competentes, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, ordenará los ajustes correspondientes.

**Art. 13.-** El Director del Hospital a través de las unidades organizativas competentes, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno.

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

**Estructura organizativa**

**Art. 14.-** El Hospital posee una estructura organizativa debidamente aprobada por su Titular, para cumplir con los fines y objetivos, conformada por las unidades organizativas necesarias, según su naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y el marco legal aplicable.

**Establecimiento de funciones y competencias**

**Art. 15.-** El Hospital ha adoptado el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, emitido por el Ministerio de Salud, que incluyen las líneas de autoridad y responsabilidad, el perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

**Autoridad y responsabilidad**

**Art. 16.-** El Director del Hospital delega mediante acuerdo, la autoridad y responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones, en cada nivel de la estructura organizativa:

- a. El Director del Hospital será el responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas de forma trimestral y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b. Las jefaturas emiten instrucciones verbales o escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus responsabilidades.
- c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:
  - ✓ Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones.
  - ✓ Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones.
  - ✓ Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias.
  - ✓ Canales de comunicación.
  - ✓ Actividades de supervisión existentes.

**Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano**

**Establecimiento de políticas y prácticas**

**Art. 17.-** Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de

Salud, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomos I, II, III y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deben ser cumplidas por los servidores en el desempeño de sus funciones, para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

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

### **Evaluación de competencias**

**Art. 18.-** El Director del Hospital, a través de la Unidad de Recursos Humanos, evaluará semestralmente la competencia del talento humano, conforme lo establecido en el perfil del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

### **Desarrollo profesional**

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

### **Planes de contingencia**

**Art. 20.-** El Director del Hospital a través de las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, establecerá anualmente planes de contingencia para que los efectos de los riesgos identificados en el desempeño del talento humano, afecten lo menos posible la consecución de los objetivos, especialmente aquellos que sean de impacto y alta probabilidad de ocurrencia.

### **Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades**

#### **Responsabilidad sobre el control interno**

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

El Director del Hospital como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno a través de cada Jefatura, deberá efectuar evaluación anual del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos.

### Incentivos

**Art. 22.-** El Director del Hospital velará por que se apliquen los incentivos establecidos, acorde a la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para el talento humano que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo.

### Evaluación del desempeño

**Art. 23.-** El Director del Hospital a través de la Unidad de Recursos Humanos, establecerá y aplicará semestralmente evaluaciones del desempeño al talento humano en forma sistemática, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la entidad. Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que puedan fortalecer las capacidades del talento humano o ejercer medidas disciplinarias necesarias.

## CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

### Evaluación de riesgos

**Art. 24.-** Es un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por la Institución.

### Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

#### Objetivos institucionales

**Art. 25.-** El Director del Hospital y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, han definido 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 son consistentes con la misión y visión institucional. Para determinar si los objetivos son pertinentes, se han considerado al menos los siguientes aspectos:

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

#### Objetivos estratégicos

**Art. 26.-** El Director del Hospital y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, han definido las directrices generales contenidas en el Plan Anual Operativo,



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.

### **Objetivos operacionales**

**Art. 27.-** Las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, elaboran el Plan Anual Operativo que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa, en función de los objetivos estratégicos y los lineamientos emanados por el Ministerio de Salud.

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

#### **Riesgos**

**Art. 28.-** Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que anualmente son identificados y analizados para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto siguiendo la metodología establecida en la ficha de Evaluación de Riesgos Institucionales.

#### **Gestión de riesgos**

**Art. 29.-** Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

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

#### **Identificación de riesgos**

**Art. 30.-** El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos son generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

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

- a. Infraestructura.
- b. Estructura organizativa.
- c. Talento humano.
- d. Acceso y uso de bienes.
- e. Tecnologías de información y comunicación.
- f. Medio ambiente.
- g. Regulatorios

Los riesgos externos pueden ser:

- a. Presupuestarios.
- b. Políticos y sociales.

c. Tecnológicos.

### **Análisis de riesgos**

**Art. 31.-** Las jefaturas, de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, efectúan el análisis de riesgos una vez al año después de identificarlos, tanto a nivel del Hospital como del entorno próximo y remoto. Este proceso incluye la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

En ese proceso, se estima la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar su impacto en el cumplimiento de los objetivos. Esta estimación comprende tres variables: Probabilidad, impacto y velocidad.

Con estas consideraciones, se puede construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

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

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

El impacto se refiere a: Pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información de la entidad, entre otras. El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La persistencia se refiere a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

### **Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo**

**Art. 32.-** Analizados los riesgos, el Director del Hospital y jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, definirán e implementarán las acciones para su administración y mitigación, establecidos en el Diagnóstico de Identificación, Administración y Mitigación de Riesgos Institucional. Dicho diagnóstico lo elaborará anualmente una Comisión nombrada por el Director del Hospital, integrada por el Jefe División Administrativa, Jefe de Unidad Financiera Institucional, Jefe de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones, Jefe de Enfermería, Encargado de Farmacia, Asesor Jurídico y otros que se consideren convenientes.

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

### **Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude**

#### **Riesgo de fraude**

**Art. 33.-** La máxima autoridad y las jefaturas al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos, efectuándose una

vez al año, quedando establecido en el Diagnóstico de Identificación, Administración y Mitigación de Riesgos Institucional.

Para este fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

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

#### **Cambios que afectan el Sistema de Control Interno**

**Art. 34.-** El Director del Hospital a través de las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, identifica, analiza y evalúa anualmente mediante el documento: Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso es desarrollado paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la entidad, éstos podrían referirse a lo siguiente:

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

Para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional, se tomará como parámetro el cumplimiento de normativa legal; para lo cual se utilizarán listas de chequeo y será aplicado al menos una vez al año.

## **CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL**

### **Actividades de control**

**Art. 35.-** Las actividades de control son las medidas establecidas por la máxima autoridad y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos de la entidad.

Al establecer medidas de control se deberá tomar en cuenta que el costo de su implementación no debe superar el beneficio esperado.

Los controles establecidos permiten:

- a. Prevenir la ocurrencia del riesgo.
- b. Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos.

- 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. 36.-** La máxima autoridad y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, han seleccionado e implementado en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia en la consecución de los objetivos, principalmente los establecidos por el Ministerio de Salud.

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

##### **Factores que Influyen en el diseño e implementación**

**Art. 37.-** Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control establecidas para apoyar el Sistema de Control Interno del Hospital, son:

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

##### **Procesos Relevantes**

**Art. 38.-** La máxima autoridad y las jefaturas, implementarán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos del Hospital, en base a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas aprobadas.

Los controles están orientados a:

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

##### **Diversidad de controles**

**Art. 39.-** Las actividades de control incluyen una diversidad de controles aplicables a los procesos, algunos se relacionan solamente con un área específica y otros son de aplicación general. Los controles pueden ser: Preventivos, de detección y correctivos, siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

**Tipos de actividades de control**

**Art. 40.-** El Director del Hospital a través de las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, ha implementado las actividades de control relacionadas, entre otras, con los aspectos siguientes:

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

**Autorizaciones y Aprobaciones**

**Art. 41.-** La máxima autoridad a través del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, ha definido niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

**Actividades de control:**

**Art. 42.-** La Unidad de Transporte deberá contar con plan de llamada mensual para casos de emergencia y/o contratar motoristas para cubrir turnos de llamada, con el propósito de disminuir el riesgo en la salud del paciente cuando amerite referencia y no se tenga personal de transporte disponible.

**Art. 43.-** Toda aceptación y recepción de donativos deberá estar sujeto a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, según el documento Lineamientos Técnicos para recibir donativos de medicamentos e insumos médicos.

**Art. 44.-** La Unidad de Recursos Humanos a propuesta del Director del Hospital, deberá elaborar acuerdos ad honorem a todos aquellos empleados que realizan funciones diferentes a su nombramiento.

**Art. 45.-** La atención de pacientes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, deberá estar enmarcada dentro del convenio ISBM-Hospital Nacional de La Unión.

**Verificaciones**

**Art. 46.-** La máxima autoridad a través de las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, nombrará comisiones que se encarguen de las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos, al menos una vez al año. Los miembros de dichas comisiones serán independientes al registro, custodia y control de los bienes.

El resultado de las verificaciones físicas será conciliado con los registros contables, de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en la normativa respectiva.

Las conciliaciones se efectuarán en Activo Fijo, Transporte y Combustible, Almacén, Alimentación y Dietas, tomando como base la normativa emitida por el Ministerio de Salud, Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible, Control de Existencias de Alimentación y Dietas, Control de Existencias de Almacén, Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en los Almacenes del Ministerio de Salud.

**Actividades de control:**

**Art. 47.-** La Unidad de Recursos Humanos deberá verificar que todo proceso de reclutamiento y selección de personal, cumpla con los criterios establecidos en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

**Art. 48.-** El Área de Impresiones deberá elaborar informe mensual de fotocopias y/o impresos, considerando el valor inicial y final del contador de las fotocopiadoras; así como, del inventario mensual inicial y final de papel.

**Art. 49.-** Cada División y Unidad Administrativa, Financiera y Operativa deberán programar la adquisición, distribución y uso adecuado del equipo de protección personal necesario para la realización de sus actividades, a fin de disminuir los riesgos que conllevan las actividades que realizan según su puesto de trabajo.

**Art. 50.-** El Jefe de Estadística y Documentos Médicos, monitoreará en forma diaria el retorno de los expedientes clínicos que se han utilizado para consultas, hospitalización, emergencia o fines administrativos, auxiliándose para dicho monitoreo con el censo diario de pacientes.

**Art. 51.-** El Jefe de Estadística y Documentos Médicos verificará semanalmente al azar el archivo clínico, para detectar la existencia de expedientes mal archivados, emitiendo el informe respectivo.

**Art. 52.-** El Auxiliar de Estadística y Documentos Médicos, cuando un paciente demande atención médica, solicitará siempre que sea posible documento de identificación para realizar búsqueda exhaustiva en el sistema informático y evitar duplicidad de expedientes clínicos.

**Art. 53.-** El Jefe de Estadística y Documentos Médicos monitoreará semanalmente el Sistema Integrado de Atención al Paciente, para identificar datos incongruentes o erróneos en la ficha de identificación.

**Art. 54.-** El Jefe de Estadística y Documentos Médicos programará y solicitará todos los insumos necesarios para mantener y conservar en buenas condiciones los expedientes clínicos, tanto en la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones, como el pedido generado mensualmente a almacén.

#### **Administración de fondos y bienes**

**Art. 55.-** El Director del Hospital nombrará mediante Acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes deberán rendir fianza a favor del Hospital Nacional de La Unión o Estado de El Salvador.

#### **Actividades de control:**

**Art. 56.-** La Unidad de Mantenimiento deberá implementar un sistema mecanizado o manual, para controlar las existencias y consumo de los insumos, repuestos y accesorios que les son asignados

**Art. 57.-** El Guardalmacén en coordinación con el Médico Asesor de suministros, establecerá niveles de existencia máximos y mínimos de medicamentos e insumos médicos en aras de efectuar transferencias oportunas y evitar vencimientos.

**Art. 58.-** El Encargado de Activo Fijo junto con los jefes de divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán constatar el inventario físico de los bienes que les han sido asignados con respecto al sistema mecanizado, al menos una vez al año.

**Art. 59.-** Los pagos que deba realizar la Unidad Financiera Institucional y que sea necesario desplazarse fuera de las instalaciones del Hospital, deberán realizarse utilizando transporte oficial.

**Art. 60.-** El Guardalmacén monitoreará diariamente el registro de temperaturas en los ambientes de almacenamiento de insumos y medicamentos, que requieren climatización artificial para evitar su deterioro.

**Art. 61.-** El Jefe de Alimentación y Dietas coordinará con Saneamiento Ambiental el control de plagas trimestralmente.

**Art. 62.-** El Jefe de Alimentación y Dietas coordinará con el Jefe de Mantenimiento del Hospital el Plan de Mantenimiento Preventivo Trimestral de los equipos de refrigeración, marmitas, cocinas, trampa de grasa y campana extractora de calor.

#### **Revisión de informes**

**Art. 63.-** La máxima autoridad del Hospital y jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, efectuarán revisión de los informes proporcionados por las diferentes unidades o áreas de la Institución que generan producción, según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud, ésta revisión será trimestralmente y se tomará como base el Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación, pudiendo constituir Comité integrado por Jefe de Unidad Estadística y Documentos

Médicos, Jefe División Administrativa, Jefe División Médico Quirúrgica y Jefe División Servicios de Diagnóstico y Apoyo.

#### **Actividades de control:**

**Art. 64.-** El Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación, será la base para revisar cada uno de los informes presentados por las distintas divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, que generan producción, tales como: Informes de Costurería, Mantenimiento, Transporte, Alimentación y Dietas, Laboratorio Clínico, Radiología, Servicios Hospitalarios, Emergencia, Centro Quirúrgico, Odontología, etc.

#### **Comprobación de datos**

**Art. 65.-** La máxima autoridad y jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas deben asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados, que posean la fuente de información primaria de donde se derivó el informe, sea un sistema mecanizado o manual.

#### **Actividades de control**

**Art. 66.-** El Guardalmacén deberá remitir mensualmente a Activo Fijo, copia de comprobantes que respalden el ingreso de mobiliario y equipo en aras que se comprueben los datos, se asigne y se estampe el número de inventario respectivo.

#### **Controles físicos**

**Art. 67.-** El Director del Hospital nombrará mediante Acuerdo a una Comisión que se encargará de realizar la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo, quienes efectuarán el levantamiento de inventario, por lo menos una vez al año en el mes de julio o diciembre. La Comisión podrá integrarse con representantes de la División Administrativa, Unidad Financiera, Activo Fijo y el Encargado de la Unidad o Área donde se efectuará la verificación. En concordancia con los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo.

El resultado de las verificaciones físicas será conciliado con los registros contables, de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en la normativa respectiva.

#### **Actividades de control**

**Art. 68.-** La Comisión nombrada por el Director del Hospital monitoreará y verificará al menos trimestralmente las existencias físicas de medicamentos, insumos médicos y no médicos en función de las existencias mecanizadas.

**Art. 69.-** La entrega de ropa a los diferentes servicios del Hospital será mediante libro, reflejando la cantidad entregada y recibida, tanto por lavandería como el servicio que entrega o recibe.

**Art. 70.-** La Encargada de Costurería del Hospital deberá contar con un programa de confección de ropa hospitalaria, acorde a las necesidades de cada uno de los servicios y la disponibilidad financiera para la adquisición de hilados y telas.

**Art. 71.-** El Jefe de Laboratorio Clínico gestionará a nivel local y con la red de hospitales, las acciones necesarias para mantener existencia de hemo componentes sanguíneos, a fin de atender casos de emergencia en pacientes que lo ameriten.



**Art. 72.-** El Jefe de la Unidad Financiera, el Tesorero Institucional o a quien el Director del Hospital delegue, efectuará control de los bienes, fondos y valores institucionales mediante la práctica de arquezos sorpresivos y conciliaciones de saldos o existencias, los cuales realizarán al menos semestralmente, dejando constancia escrita y firmada por los participantes en el procedimiento.

### **Rendición de fianzas**

**Art. 73.-** El Jefe de Recursos Humanos del Hospital verificará que los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, rindan fianza a favor del Hospital Nacional de La Unión o Estado de El Salvador. Los cargos a rendir fianza son: Jefe de Unidad Financiera Institucional, Director Médico Hospital Regional y Departamental, Jefe del Departamento de Mantenimiento (Hospital Regional y Departamental), Jefe de Transporte, Profesional de Nutrición, Guardalmacén I (con fianza centros y hospitales), Encargado de Farmacia, Jefe de Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, Tesorero Institucional, Encargado del Fondo Circulante, Refrendarios de cheques según su cargo, Contador, Técnico en Arsenal y Central de Esterilización (Responsable de equipo médico/quirúrgico u odontológico), Auxiliar de Almacén, Auxiliar de Farmacia, Asesor de Suministros, Encargado de Activo Fijo.

En el Acuerdo de nombramiento, se definirán las personas que de conformidad a la función asignada deban rendir fianza y el monto de ésta.

### **Indicadores de rendimiento**

**Art. 74.-** La máxima autoridad y las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, según corresponda, utilizarán indicadores de rendimiento para verificar el desempeño y el cumplimiento de los planes, procesos y funciones asignadas en el cumplimiento de los objetivos y lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones. Haciendo uso de los indicadores de rendimiento establecidos por el Ministerio de Salud y las evaluaciones del Plan Anual Operativo Institucional.

### **Segregación de funciones incompatibles**

**Art. 75.-** La máxima autoridad y las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, evitarán la asignación de funciones incompatibles en las unidades y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas tanto interna como externa.

### **Asistencia y Permanencia de Personal**

**Art. 76.-** El Hospital hará uso del Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, para regular el mecanismo de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en su lugar de trabajo y los jefes en las diferentes Divisiones y Unidades son responsables de verificar su cumplimiento. El mecanismo de control de asistencia será mediante reloj marcador biométrico u hojas de asistencia si fuera necesario. La

permanencia del personal en el lugar de trabajo se verificará mediante inspecciones oculares del Jefe inmediato respectivo, quien deberá levantar informe cuando el caso lo amerite.

#### **Actividades de control**

**Art. 77.-** La Unidad de Recursos Humanos deberá divulgar el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, a todos los empleados del Hospital haciendo énfasis en la asistencia, puntualidad y permanencia.

**Art. 78.-** La Unidad de Recursos Humanos deberá programar jornadas de capacitación relativas a legislación laboral en salud, cada año.

**Art. 79.-** El Jefe Inmediato de la División y unidades administrativas, financieras y operativas efectuarán Inspecciones oculares durante el turno para verificar la permanencia del personal en el lugar asignado, quien deberá levantar informe si fuese necesario.

**Art. 80.-** El Jefe Inmediato de la División y unidades administrativas, financieras y operativas deberán informar mediante memorándum a la Unidad de Recursos Humanos la falta de asistencia, permanencia y puntualidad de los empleados asignados.

**Art. 81.-** El Jefe de División, Departamento, Unidad, Servicio o Área, es el responsable de velar porque en su centro de responsabilidad, el personal que labora esté facultado para ejercer sus funciones de legal forma, en base al proceso de reclutamiento y selección realizado por la Unidad de Recursos Humanos.

**Art. 82.-** El Jefe División, Departamento, Unidad, Servicio o Área, deberá establecer plan de llamadas de emergencia para coberturas de turnos en caso de incapacidades, desastres naturales, epidemias o pandemias, que no sea posible atenderlas con el personal en turno.

#### **Documentación de actividades**

**Art. 83.-** Las actividades realizadas en las diferentes divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior.

#### **Actividades de control**

**Art. 84.-** El Jefe de División, Departamento, Unidad, Servicio o Área deberá integrarse junto con el personal que conforman dichos centros de producción en el abastecimiento, almacenamiento y control de los insumos, mediante la participación en la formulación de la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones en su etapa de elaboración y ejecución.

**Art. 85.-** El Coordinador de la Oficina por el derecho a la salud, deberá establecer programa de educación y divulgación dirigido a los pacientes y sus familiares, con respecto a los derechos y deberes de los pacientes que consultan en el Área de Emergencia, Consulta Externa o son ingresados en Hospitalización; así como cualquiera de los otros servicios que el Hospital ofrece.

**Art. 86.-** El Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional deberá efectuar los procesos de compra en función del Plan Anual de Compras, tomando como base la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones de cada una de las Divisiones, Departamentos, unidades, servicios y áreas previamente autorizadas por la Unidad Financiera Institucional.

#### **Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos**

**Art. 87.-** Las divisiones y unidades administrativas, financiera 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, la remisión será mensual, según corresponda.

#### **Acceso restringido a los recursos, activos y registros**

**Art. 88.-** El Director del Hospital define la restricción en el acceso a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de éstos, mediante Acuerdo institucional.

#### **Actividades de control**

**Art. 89.-** El Jefe de División, Departamento, Unidad, Servicio o Área, es el responsable del resguardo de los documentos de carácter oficial que son el soporte de la gestión del Centro de Costo, al cual pertenece.

**Art. 90.-** El Director del Hospital mediante Acuerdo, deberá definir los empleados responsables de autorizaciones con respecto al uso de los bienes del Hospital, tales como: Autorización de órdenes de salida de vehículos, requisiciones de almacén, fotocopias, dispensación de medicamentos, salida de mobiliario y equipo, etc.

#### **Conciliaciones**

**Art. 91.-** Se conciliará en forma periódica los registros administrativos de fondos, bienes y derechos con los registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo, para asegurar la congruencia de las cifras y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias. El servidor independiente será a propuesta del Consejo Estratégico de Gestión, el Director del Hospital será el responsable de efectuar las investigaciones de existir incongruencias.

**Art. 92.-** Las conciliaciones bancarias se efectuarán dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró.

#### **Actividades de control**

**Art. 93.-** El Jefe de la Unidad Financiera Institucional deberá verificar que se efectúen las conciliaciones bancarias de manera oportuna, a más tardar ocho días hábiles del mes siguiente.

**Art. 94.-** El Jefe de La Unidad Financiera Institucional practicará arqueo al Fondo Circulante, al menos una vez al mes.

#### **Rotación de personal**

**Art. 95.-** El Director del Hospital podrá autorizar la rotación de personal en áreas operativas, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto (cargos de igual denominación), con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y fomentar la capacitación del personal operativo.

#### **Función de auditoría interna independiente**

**Art. 96.-** El Director del Hospital garantiza que la función de Auditoría Interna se desarrolle de manera independiente, para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas, para mitigar los riesgos existentes. Esta función la efectúa la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud en función de su Plan Anual de Trabajo.

#### **Autoevaluación de controles**

**Art. 97.-** Los jefes de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán implementar, ejecutar y supervisar controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno, aplicables a los procesos y funciones bajo su responsabilidad. Los cuales quedarán establecidos en el Plan Anual Operativo de cada División, Unidad o Área.

#### **Actividades de control**

**Art. 98.-** Autoevaluación del Sistema de Control Interno una vez al año por parte de las jefaturas de las Divisiones y Unidades administrativas, financiera y operativas.

**Art. 99.-** Evaluación trimestral por parte del responsable de cada uno de los diferentes sistemas mecanizados que el Hospital posee, entre ellos: Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC), Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación (SPME), Sistema de Administración Financiera Institucional (SAFI), Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Dicha evaluación será remitida al Director del Hospital, con el propósito de verificar el cumplimiento de metas y adoptar medidas correctivas si fuese necesario.

#### **Actualización de los controles establecidos**

**Art. 100.-** Los jefes de las unidades administrativas, financiera y operativas, serán responsables de verificar de forma periódica que los controles establecidos, de acuerdo con las operaciones que realizan, son funcionales o si ameritan ser actualizados, dicha verificación deberá hacerse anualmente, según los controles establecidos en su Plan Anual Operativo.

#### **Actividades de control:**

**Art. 101.-** El Jefe de Laboratorio Clínico deberá ejecutar y actualizar los controles de calidad de los equipos que son utilizados para procesar las diferentes muestras para análisis clínicos, con

el propósito de suministrar información veraz, oportuna y confiable para la toma de decisiones del personal médico con respecto a la enfermedad del paciente.

**Art. 102.-** El Jefe de Laboratorio Clínico deberá aplicar los Lineamientos Técnicos para los Laboratorios Clínicos, emitido por el Ministerio de Salud, en aras de mejorar y actualizar los controles establecidos para laboratorio Clínico.

**Art. 103.-** El Jefe de Radiología deberá gestionar la calibración de los equipos para la toma de los diferentes estudios y radiografías que se procesan en el Hospital, a fin de que éstos suministren resultados confiables y oportunos, dicha calibración y revisión será al menos cada seis meses.

### **Planes de contingencia**

**Art. 104.-** El Director del Hospital a través de la Unidad de Informática, formulará y mantendrá actualizado el Plan de Contingencia de Tipo Informático, que contenga los procedimientos e instrucciones necesarios para poder continuar con las operaciones, procesos y servicios de comunicación considerados críticos, en caso de algún siniestro o alguna eventualidad; así como minimizar el impacto que estos eventos pudiesen causar en la operatividad de la infraestructura tecnológica del Hospital. La protección de empleados está regulada mediante el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales del Hospital Nacional de La Unión.

### **Informes de resultados**

**Art. 105.-** Las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financiera y operativas, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, con la periodicidad que establece el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, los que deberán ser presentados a la Dirección del Hospital, para efectos de consolidación y medición de resultados.

Los planes operativos deberán ser evaluados al menos trimestralmente y rendir dicho informe a la Dirección y a la Oficina de Información Pública si fuese el caso.

### **Uso de tecnologías de información y comunicación**

**Art. 106.-** La máxima autoridad a través de la Jefatura del Área de Informática, será la responsable de dar cumplimiento a los "Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación", emitidos por la Dirección de Tecnologías como máxima autoridad competente, que definen las necesidades operativas y que garantizan el cumplimiento de los siguientes objetivos para la información:

- a. Estandarización de procedimientos de mantenimiento, adquisición y reposición de los equipos de cómputo y otros periféricos.
- b. Establecimiento de los procesos para la administración, análisis, diseño, desarrollo, implementación y soporte de los diferentes sistemas informáticos existentes.
- c. Regulación del uso de los servicios digitales de voz y datos disponibles.

Los niveles de autoridad, responsabilidad y la separación de funciones, deben reflejarse en los permisos de acceso otorgados sobre los sistemas y tecnología de información.

**Art. 107.-** La Jefatura de Informática será la responsable de la instalación del software en los equipos de la Institución; así como también, de brindar el apoyo técnico a los diferentes departamentos y unidades que conforman el Hospital; debiendo para ello, conocer toda la infraestructura tecnológica con la que se cuenta; además, brindar el asesoramiento e implementar si fuese posible las nuevas tecnologías de información y comunicaciones bajo los lineamientos previamente establecidos por la Unidad Superior Competente en dicha materia del Nivel Central.

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

##### **Controles generales**

**Art. 108.-** La máxima autoridad a través de la Jefatura del Área de Informática del Hospital, da seguimiento a los controles generales emitidos por el Ministerio de Salud para la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimientos para garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

Velará porque se le brinde el mantenimiento preventivo y correctivo a toda la Infraestructura Tecnológica de la Institución; ya sea por personal interno; gestión con personal técnico a través de la Dirección de Tecnologías o personal por compra de servicios; así como también, por el resguardo y respaldo de la información de aquellas unidades que así lo requieran.

Todo proceso de traslado o cambio de cualquier equipo informático se realizará por medio de los formularios respectivos, a fin de controlar la ubicación de los equipos en cualquier momento y de acuerdo con la Norma de Activo Fijo.

##### **Uso de tecnologías de información y comunicación**

**Art. 109.-** La máxima autoridad para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación establecidas por el Ministerio de Salud, dando seguimiento a actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera, actividades establecidas en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, emitido por el Ministerio de Salud.

Deberá contar con sistemas informáticos de acuerdo con la capacidad institucional para el desempeño de sus funciones, a fin de garantizar que la información sea oportuna, precisa y confiable a fin permitir y facilitar la toma de decisiones.

##### **Actividades de control**

**Art. 110.-** Para el resguardo de la información es necesario se efectúe respaldo en medios masivos de almacenamiento de datos, para lo cual el Jefe de la División, Departamento, Unidad, Servicio o Área, coordinará con el Encargado de Informática del Hospital.

**Art. 111.-** Los jefes de las divisiones, departamentos, unidades, servicios y áreas administrativas, financieras y operativas, efectuarán la estimación de necesidades, utilizando el Sistema Comprasal II.

### **Políticas de seguridad**

**Art. 112.-** La máxima autoridad a través del Encargado del Área de Informática del Hospital, dará seguimiento a las Políticas de Seguridad de la Información, emitidas por el Ministerio de Salud, establecidas en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, que contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, que consisten en:

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

**Art. 113.-** Los sistemas de información emitidos por el Ministerio de Salud y otras entidades del gobierno, de los cuales hace uso el Hospital, darán apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que se han establecido los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones. Entre estos sistemas tenemos:

- a. COMPRASAL.
- b. ETAB.
- c. SAFI.
- d. SEPS.
- e. SIAF.
- f. SIAP.
- g. SIHRI.
- h. SIMMOW.
- i. SINAB.
- j. SIUS.
- k. SPME.
- l. SRRI.
- m. SUMEVE.
- n. VACUNAS.
- o. VIGEPES.

**Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno****Políticas y procedimientos**

**Art. 114.-** La máxima autoridad, ha establecido actividades de control aplicables a las áreas Administrativa, Financiera y Operativa, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.

Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, las que están documentadas en los instrumentos técnicos debidamente autorizados. Los procedimientos son las actividades definidas para cumplir las políticas establecidas.

Las políticas y procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

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

## CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

**Información**

**Art. 115.-** La información es necesaria para que el Hospital ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes de control interno.

El Sistema de Información incluye un conjunto de actividades involucrando: 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 facilitando la evaluación del desempeño o progreso hacia el cumplimiento de los objetivos.

**La información, será de calidad y cumplirá con los siguientes aspectos:**

- a. **Contenido:** Presentará toda la información necesaria.
- b. **Oportunidad:** Se obtendrá y proporcionará en el tiempo adecuado.
- c. **Actualidad:** La información más reciente estará disponible.
- d. **Exactitud:** Corrección y confiabilidad en los datos.
- e. **Seguridad:** Resguardada y protegida de manera apropiada.
- f. **Accesibilidad:** La información podrá ser obtenida fácilmente por los usuarios.



**Comunicación**

**Art. 116.-** La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por el Hospital.

**Principio 13: Información relevante y de calidad****Información relevante y de calidad**

**Art. 117.-** La máxima autoridad en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, ha desarrollado e implementado controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información es obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por las jefaturas y demás personal, para que contribuya a la consecución de los objetivos de la entidad.

**Sistema de información**

**Art. 118.-** La máxima autoridad ha desarrollado sistemas de información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, para convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información, haciendo uso especialmente por los sistemas de información desarrollados por el Ministerio de Salud por ser el ente rector.

La información, se obtiene 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 desarrollados, de conformidad a los procesos implementados en la institución y soportados con tecnología, proporcionan oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios. La información para que sea de calidad, deberá cumplir con las siguientes características:

- a. Accesible.
- b. Apropiada.
- c. Actualizada.
- d. Protegida.
- e. Conservada.
- f. Suficiente.
- g. Oportuna.
- h. Válida.
- i. Verificable.
- j. Pertinente.
- k. Auténtica.
- l. De no repudio.

**Principio 14: Comunicación interna****Comunicación interna**

**Art. 119.-** La máxima autoridad en coordinación con las jefaturas de las divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas, establecerán e implementarán políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En el documento que se denominará Política de Comunicación Interna.

**Política de comunicación interna**

En base a la Política de Comunicación Interna explicada a continuación, la comunicación interna entre las diferentes divisiones y unidades administrativas, financieras y operativas del Hospital, será en forma escrita, utilizando para ello diferentes métodos tales como: circulares, memorandos, correo electrónico, acuerdos, actas, carteleras, reuniones de trabajo, mensajes de texto, sitio web institucional (MINSAL), video conferencias.

**Procedimientos**

Los jefes de División, unidades administrativas, financieras y operativas, serán los responsables de la comunicación institucional interna, sea ésta vertical u horizontal, respetando los niveles jerárquicos establecidos en la estructura organizativa.

Cada División, Unidad Administrativa, Financiera y Operativa, deberán llevar archivo físico o digital para el resguardo de la comunicación emitida.

**Niveles de comunicación**

**Art. 120.-** La comunicación entre el Director del Hospital, mandos medios y demás personal está orientada a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que el Director del Hospital en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, analice el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

**Canales de comunicación**

**Art. 121.-** Para que la información fluya a través de la organización, el Hospital ha establecido canales adecuados de comunicación a través de medios escritos y de tecnologías de información y comunicación, establecidos en la Política de Comunicación Interna. Además, ha colocado buzones de sugerencias en el Área de Atención a Usuarios, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan hacer sugerencias para mejorar la prestación de los servicios y reportar situaciones irregulares, los cuales son verificados una vez al mes.

**Efectividad de la comunicación**

**Art. 122.-** La máxima autoridad y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas utilizan el método adecuado de comunicación, tomando en cuenta el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.
- c. Correo electrónico.
- d. Acuerdos.
- e. Actas.
- f. Carteleras.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Mensajes de texto.
- i. Sitio web institucional (MINSAL).
- j. Video conferencias (mediante la página oficial del Ministerio de Salud).

**Principio 15: Comunicación externa****Comunicación externa**

**Art. 123.-** Para realizar la comunicación externa la máxima autoridad en coordinación con las jefaturas de las unidades administrativas, financieras y operativas, establecerán las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional. Quedando establecidas en la Política de Comunicación Externa.

La comunicación con terceros permite que éstos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con la entidad.

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

**Política de comunicación externa**

En base a la Política de Comunicación Externa explicada a continuación, toda información y comunicación que se emita a entidades externas del Hospital o se recibida de entidades externas, deberá ser canalizada mediante el Director del Hospital, el único facultado para suministrar información de cualquier índole.

**Procedimientos**

La comunicación del exterior deberá ser recibida por el Director del Hospital, independiente del método por el cual ésta sea ingresada y será derivada a la División o Unidad Administrativa, Financiera u Operativa correspondiente.

Si una División, Unidad Administrativa, Financiera u Operativa, necesita comunicar información al exterior del Hospital sea por requerimiento previo, designación o solicitud de información deberá ser canalizada mediante el Director del Hospital.

## CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

### Supervisión

**Art. 124.-** La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

El Sistema de Control Interno es flexible, lo que permite reaccionar a los cambios y adaptarse a las circunstancias.

Para evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, se considera lo siguiente:

- a. Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por las jefaturas de las áreas Administrativa, Financiera y Operativa y por los ejecutores de los procesos en el curso ordinario de las operaciones; deberá generarse informe escrito de las supervisiones realizadas, las cuales serán trimestralmente.
- b. Implementación de evaluaciones independientes mediante auditorías internas del Ministerio de Salud y auditorías externas, tales como la Corte de Cuentas de la República.

Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno deben ser informadas oportunamente a la máxima autoridad, para garantizar una adecuada toma de decisiones; dicha acción de informar la realizará el Jefe de la División, Unidad, servicio o Área.

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

#### Evaluaciones continuas e independientes

**Art. 125.-** El Hospital desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos. Los responsables serán los jefes de División, Unidad, Servicio o Área, las evaluaciones serán anualmente o en el momento de detectar fallas.

#### Evaluaciones continuas

**Art. 126.-** El Hospital ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos las evaluaciones continuas que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

#### Evaluaciones independientes

**Art. 127.-** El Hospital es sujeto a evaluaciones independientes por parte de su Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y de la Corte de Cuentas de la República, estas evaluaciones se ejecutan periódicamente y determinan si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno es desarrollado de manera efectiva.

El alcance y frecuencia de las acciones de control que realiza la Unidad de Auditoría Interna, dependen de los resultados de la evaluación de riesgos y de la efectividad de las evaluaciones continuas.

### **Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno**

#### **Evaluación y comunicación de deficiencias**

**Art. 128.-** El Director del Hospital en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, evaluará y 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.

## **CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

**Art. 129.-** Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital Nacional de La Unión, las unidades organizativas deben revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

**Art. 130.-** La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada considerando los resultados de las evaluaciones practicadas al Sistema de Control Interno, labor que estará a cargo de la Comisión de Elaboración de las Normas Técnicas, nombrada por el Hospital Nacional de La Unión.

Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

**Art. 131.-** La máxima autoridad, a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a los funcionarios y empleados de todos los niveles; así como, de verificar la aplicación de éstas en los procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

**Art. 132.-** Derógase el Decreto No. 16, de fecha 31 de mayo del año 2012, emitido por la Corte de Cuentas de la República, y publicado en el Diario Oficial No. 121, Tomo 396, de fecha 02 de julio de 2012.

**Art. 133.-** El presente Decreto, entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los tres días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno.

**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**