



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 403

SAN SALVADOR, MIERCOLES 7 DE MAYO DE 2014

NUMERO 81

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

	<i>Pág.</i>		<i>Pág.</i>
ORGANO EJECUTIVO			
MINISTERIO DE ECONOMÍA			
RAMO DE ECONOMÍA			
Acuerdo No. 378.- Se concede el goce de las exenciones del pago de impuestos sobre la renta y municipales, a favor de la sociedad Industrial Química Star, Sociedad Anónima de Capital Variable.....	3-8	Decretos Nos. 6 y 7.- Modificación a los Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas de la Fiscalía General de la República y del Tribunal de Ética Gubernamental.....	64-82
ORGANO JUDICIAL		ALCALDÍAS MUNICIPALES	
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA			
Acuerdos Nos. 224-D, 226-D, 263-D, 268-D, 292-D y 357-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas.	8-9	Decretos Nos. 6 y 7.- Modificaciones al presupuesto municipal de la ciudad de San Miguel.....	83-85
Acuerdos Nos. 171-D, 173-D, 174-D(2), 175-D, 177-D(7), 178-D(3), 179-D(2), 182-D(76), 185-D y 188-D.- Autorizaciones para ejercer las funciones de notario.....	10-28	Decretos Nos. 2 y 3.- Ordenanzas Transitorias de Exención de Intereses y Multas por Mora en el Pago de Tasas e Impuestos Municipales, de las municipalidades de Huizúcar y Berlín.	86-88
INSTITUCIONES AUTÓNOMAS		SECCION CARTELES OFICIALES	
CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA		DE PRIMERA PUBLICACION	
Decretos Nos. 5 y 8.- Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña" y del Hospital Nacional Rosales.	29-63	Declaratoria de Herencia.....	89
		Título Supletorio	89-90
		Aviso de Inscripción.....	90
		Herencia Yacente	90

DECRETO No. 08

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 12, de fecha tres de septiembre del año dos mil nueve, publicado en el Diario Oficial No. 174, Tomo No. 384, de fecha 21 de septiembre de 2009, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador.
- II. Que mediante nota de fecha 8 de mayo de 2013, el señor Director del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, solicitó a esta Corte la modificación del referido Decreto.
- III. Que según el artículo 101, del mencionado Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, 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 por el artículo 195, numeral 6, 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 TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS
DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, DE
SAN SALVADOR**

CAPITULO PRELIMINAR

Objeto

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, constituirán la pauta para el funcionamiento de las unidades organizativas de la estructura del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, en el desarrollo de planes, proyectos, programas y actividades. Asegurarán además, uniformidad en los procedimientos llevados a cabo por los diferentes servidores públicos, en el desarrollo de sus actividades.

Ámbito de Aplicación

Art. 2.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, serán aplicables a las diferentes: Áreas, servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones, que constituirán la parte organizativa del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, como instrumento regulatorio que garantizará la consecución de los objetivos institucionales y el buen uso de los recursos asignados. Para efecto de estas Normas, el Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, en adelante se denominará el "Hospital".

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, a los diferentes procesos continuos e interrelacionados, realizados para garantizar seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos institucionales, llevados a cabo por los servidores públicos, tales como: Control administrativo y financiero, según su finalidad, previo, concurrente y posterior, desde el punto de vista de oportunidad; así mismo, comprenderá: Planes, protocolos, guías, métodos, procedimientos y actividades establecidos en la Institución.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- El Sistema de Control Interno, tendrá como finalidad coadyuvar con la Institución en el cumplimiento de los siguientes objetivos organizacionales para:

- a) Lograr eficiencia, efectividad y eficacia en la ejecución de los planes, métodos, procedimientos y actividades;
- b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información dentro del "Hospital"; y
- c) Cumplir con: Leyes, decretos, reglamentos, normas, acuerdos, resoluciones, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, todo de acuerdo con la escala jerárquica de las fuentes de ordenamiento legal.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes orgánicos del Sistema de Control Interno son:

- a) Ambiente de Control;
- b) Valoración de Riesgos;
- c) Actividades de Control;
- d) Información y Comunicación; y
- e) Monitoreo.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 6.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, corresponderá al Director, Subdirector, Jefes de División y demás jefaturas del "Hospital", en el Área de su competencia; así mismo, cada servidor público deberá cumplir y asumir las responsabilidades asignadas, según el cargo que desempeñe, a fin de realizar las acciones necesarias que garanticen el cumplimiento del mismo.

Seguridad Razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno, proporcionará una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

**CAPITULO I
NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL**

Integridad y Valores Éticos

Art. 8.- La regulación de los valores éticos, se encontrarán definidos en el Plan Estratégico Institucional vigente, autorizado por el Director, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para los servidores públicos del "Hospital".

Todos los servidores públicos, estarán obligados a mantener y demostrar honradez y una conducta que le permita cumplir los principios, deberes, prohibiciones éticas, régimen de dádivas y otros beneficios, según lo establecido en la Ley de Ética Gubernamental y su respectivo Reglamento.

Compromiso con la Competencia Profesional

Art. 9.- Todos los servidores públicos, deberán caracterizarse por poseer un nivel de aptitud e idoneidad que les permita implantar, desarrollar y cumplir apropiadamente los controles internos y a la vez, deberán de contar con un nivel de competencia profesional ajustado a sus responsabilidades.

El Director del Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, deberá realizar y apoyar las acciones que conduzcan al personal a lograr óptimos estándares de calidad, economía y eficiencia en el logro de objetivos y metas, en el desarrollo de sus funciones, de acuerdo al Manual de Organización y Funciones del Hospital.

Estilo de Gestión

Art. 10.- Los servidores públicos que tengan personal bajo su cargo, deberán transmitir a todos los niveles de la organización de manera explícita, pertinente y permanente, su compromiso y liderazgo respecto a la misión, visión, controles internos, valores éticos y cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

El Director y Jefaturas, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión que les permita administrar un nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control. Para tal efecto, deberán elaborar los respectivos análisis, valoración de riesgos y actividades de control, para minimizar los riesgos en las áreas de responsabilidad.

Estructura Organizacional

Art. 11.- El Hospital, contará con organigrama institucional, el cual para lograr sus fines estará conformado por diferentes áreas, servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones, que representen la estructura organizativa y que se encuentren descritas en el Manual de Organización y Funciones del Hospital. El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas, deberá evaluar, actualizar, autorizar y divulgar la estructura organizativa bajo la responsabilidad de cada uno de ellos.

El Director del Hospital, deberá revisar y evaluar la estructura organizativa con base a las necesidades, estrategias, políticas, visión y misión institucional.

DEFINICION DE AREAS DE AUTORIDAD, RESPONSABILIDAD Y RELACIONES DE JERARQUIA**Manuales de Organización y Funciones**

Art. 12.- El Director, autorizará los Manuales de Organización y Funciones; por lo tanto, todas las unidades organizativas deberán complementar su organigrama con dicho Manual, definiendo sus funciones y responsabilidades, niveles de autoridad, líneas de mando, niveles jerárquicos establecidos y de comunicación, debiendo velar todas las jefaturas por su estricto cumplimiento.

Para tal efecto, el Director delegará por escrito a la Unidad de Planificación, la elaboración y actualización de dicho Manual.

En los Manuales de Organización y Funciones, se deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado.

Auditoría Interna

Art. 13.- La Unidad de Auditoría Interna, como apoyo a la Dirección, tendrá por finalidad realizar el examen objetivo, sistemático y profesional de todas las actividades del Hospital, efectuado con posterioridad a su ejecución, con el objeto de verificar, evaluar y elaborar el correspondiente informe que contenga comentarios, conclusiones y recomendaciones.

Art. 14.- La Unidad de Auditoría Interna, dependerá jerárquicamente de la Dirección y ésta deberá asegurar su establecimiento y fortalecimiento adecuado y constante, brindando las garantías necesarias para que pueda cumplir con su misión, facilitando la actualización permanente de conocimientos y capital humano necesario. Para tal efecto, el Jefe de la Unidad de Auditoría Interna deberá definir y establecer por escrito, políticas y procedimientos para desarrollar la actividad de la auditoría interna, las cuales deberán ser aprobadas por la Dirección del Hospital.

Art. 15.- A fin de garantizar la independencia de la Unidad de Auditoría Interna, dentro del Hospital, se deberá considerar lo siguiente:

- a) No ejercerá funciones en los procesos de administración, financieros, contables, adquisiciones, ni en la toma de decisiones;
- b) Formulará y ejecutará con total dependencia funcional el Plan Anual de Auditoría; y
- c) Remitirá a la Corte de Cuentas de la República, el Plan Anual de Trabajo, de acuerdo a la Ley; así como también, copia de los informes de auditoría que realice.

CAPITULO II**NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS****Definición de Objetivos Institucionales**

Art. 16.- Los objetivos y metas institucionales; así como también, la visión y misión del Hospital, estarán definidos en el Plan Estratégico Institucional y planes anuales operativos. Además, la definición de objetivos y metas, será una condición previa a la valoración de riesgos y parte clave del proceso administrativo.

Plan Estratégico Institucional

Art. 17.- La Dirección, deberá formular un Plan Estratégico Institucional que incluirá objetivos a largo plazo y estrategias que permitan alcanzar dichos objetivos; deberá contener además, una integración de actividades y un enfoque sistemático que comprenda políticas y programas necesarios para ejecutar proyectos, a fin de traducir la visión y misión a términos concretos.

Planificación Participativa

Art. 18.- Cada jefatura y el personal a su cargo, realizarán el Plan Anual Operativo de forma participativa, con acciones concretas, tendientes a lograr el cumplimiento de los objetivos generales y por ende, el alcance de la visión institucional; para ello, deberá efectuar un examen exhaustivo de la situación actual, análisis del entorno y de las características internas significativas y realizar una valoración de los riesgos, como componente del Sistema de Control Interno.

Objetivos y Metas en Planes Anuales Operativos

Art. 19.- Todas las unidades organizativas, elaborarán oportunamente sus planes anuales operativos, en los que se definirán sus propios objetivos y metas, orientados al logro de los objetivos institucionales.

Estos planes, deberán considerar los indicadores de resultados o desempeño que permitan la evaluación de los mismos.

Seguimiento y Evaluación de Objetivos y Metas

Art. 20.- A fin de realizar acciones preventivas o correctivas, que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales, la Dirección o a quien ésta delegue, evaluará la ejecución de los planes de cada Unidad Organizativa en sus correspondientes áreas, por lo menos una vez al año.

Todas las actividades de seguimiento y evaluación que se ejecuten, deberán estar debidamente documentadas.

Integración de los Planes Anuales Operativos

Art. 21.- La Dirección, a través de la Unidad de Planificación, será responsable de integrar los planes anuales operativos de las diferentes jefaturas del Hospital, al Plan Operativo Institucional.

Identificación de Riesgos

Art. 22.- La Dirección y demás jefaturas, deberán identificar los factores de riesgos de origen internos y/o externos, que potencialmente pudieran obstaculizar el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, derivados de situaciones presentes o futuras. La identificación de riesgos deberá realizarse por lo menos una vez al año.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 23.- Cada Unidad Organizativa, procederá a realizar análisis de los factores de riesgos, según el Área de responsabilidad, debiendo priorizarse los de alto impacto y ocurrencia; pero sin dejar de atender los de bajo impacto, ya que si la mayoría son identificados bajo este parámetro, los mismos se convertirán en relevantes.

Al analizar los riesgos, deberá especificarse como mínimo: La Unidad Organizativa, el riesgo potencial identificado, la frecuencia y el impacto (bajo, moderado o alto) y la probabilidad de ocurrencia; clasificándolos del más importante al menos importante.

Gestión de Riesgos

Art. 24.- El Director y demás Jefaturas, deberán contar con el documento donde se plasme el análisis, valoración de riesgos y actividades de control del Área de su responsabilidad y asegurarse que el mismo, sea del conocimiento del personal bajo su cargo, para su implementación y seguimiento. Por lo cual, se deberán definir los objetivos específicos de control y las actividades relacionadas para prevenir, eliminar o minimizar los efectos de los riesgos identificados. Este documento o su resumen, deberá anexarse al Plan Anual Operativo de cada Unidad organizativa.

CAPITULO III**NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL****Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos**

Art. 25.- La Dirección, será la responsable de definir, autorizar e implantar las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno; así también, de las modificaciones y/o actualizaciones que sean necesarias.

La Dirección y demás Jefaturas, serán responsables de documentar, mantener actualizados y divulgar internamente las políticas y procedimientos de control interno, que el resto de servidores públicos, deberán cumplir como parte de las obligaciones laborales. Será la Unidad de Planificación, la responsable directa de consolidar y oficializar la documentación ante la Dirección y de gestionar las necesidades de cambio en las políticas, estrategias y sistemas de control para minimizar los riesgos.

Actividades de Control

Art. 26.- Las actividades de control, serán parte de las operaciones de procesos y responsabilidad de cada Jefatura en particular, según el Área de su competencia. La Dirección, a través de la Unidad de Planificación, será la responsable de conducir y facilitar la elaboración del marco regulatorio del Hospital, orientado a alcanzar las metas y objetivos como Institución prestadora de servicios de salud.

Los manuales, instructivos y demás Normativa interna que sirva para fortalecer el control interno para los intereses del Hospital, serán autorizados por el Director del mismo Hospital.

DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACION Y APROBACION POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS**Reclutamiento y Selección de Personal**

Art. 27.- La Dirección, por medio del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con el resto de jefaturas, deberán realizar procesos de reclutamiento y selección que permitan captar personal idóneo, para los lugares y puestos adecuados, acorde a la disponibilidad de vacantes y personal que las diferentes áreas demanden, para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

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

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

Todo proceso de reclutamiento y selección, deberá ser realizado con base a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud, relativo al Reclutamiento y Selección de los Empleados y Funcionarios Públicos, a efecto de determinar su capacidad técnica, profesional, experiencia y competencias, verificando que no exista impedimento legal o ético para el desempeño del cargo.

Contratación de Personal

Art. 28.- Las formas de contratación del personal, se realizarán bajo el Sistema de Ley de Salarios, Contratos, Servicios Personales y Contratos por Servicios Profesionales, dichas contrataciones podrán ser financiadas a través del Fondo General de la Nación, Fondos Propios, Préstamos Externos o financiamiento de organismos internacionales, según los convenios suscritos. Las contrataciones por servicios profesionales, se realizarán a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

El Director, podrá contratar personal para la realización de turnos presenciales, en aquellas unidades o servicios donde con el personal existente, no sea posible dar cobertura las 24 horas del día, todos los días del año, a fin de garantizar la prestación ininterrumpida de servicios.

El Director, podrá contratar a través del Departamento de Recursos Humanos personal administrativo, médico, paramédico o de enfermería en forma eventual, para dar cobertura a necesidades institucionales de emergencia o incapacidades largas, en las que no sea posible satisfacer la demanda con personal existente, previa justificación de la Jefatura inmediata.

Inducción de Personal

Art. 29.- Se deberá establecer un proceso de inducción, a efecto de familiarizar a los empleados con la organización.

El Departamento de Recursos Humanos, será el responsable de brindar inducción general de acuerdo al Manual de Bienvenida, a todo empleado de nuevo ingreso, reingreso o personal interno que sea promovido a otro cargo; la inducción específica, será impartida por el Jefe inmediato del empleado, de tal forma que se le facilite integrarse a la Institución y desempeñar con éxito el cargo.

Nombramientos Ad Honóren

Art. 30.- Cuando exista necesidad de recurso humano que no pueda ser cubierta con plaza vacante o personal existente, el Director podrá autorizar mediante Acuerdo, nombramientos ad honórem de personal calificado, previa solicitud del interesado quien deberá cumplir con el perfil requerido para ocupar el cargo y superar las pruebas de idoneidad realizadas por el Departamento de Recursos Humanos. La Jefatura inmediata, deberá justificar técnicamente dicha necesidad.

Toda persona con asignación de cargo ad honórem, deberá cumplir con las leyes, normas, reglamentos y demás regulaciones relativas a Recursos Humanos; en caso de incumplimiento el Director podrá dejar sin efecto el acuerdo, sin responsabilidad alguna por parte del Hospital; para ello, deberá contar previamente con informe del Jefe inmediato.

El Hospital, no tendrá ningún compromiso de contratación u otra obligación laboral con las personas asignadas en cargos con carácter ad honórem; por lo que, en caso de existir una plaza vacante el personal ad honórem, deberá participar en el proceso de reclutamiento y selección, teniendo que cumplir con el perfil y competencias requeridas para el mismo.

Los nombramientos ad honórem podrán ser renovados cada año, previa solicitud de la Jefatura inmediata, quien deberá presentar al Director justificación técnica que demuestre la persistencia de la necesidad.

El Jefe inmediato, no podrá autorizar la asistencia o permanencia de personal en carácter ad honórem, si éste no cuenta con el correspondiente acuerdo de nombramiento.

Evaluación del Desempeño

Art. 31.- El trabajo de los funcionarios o servidores públicos, será evaluado semestralmente, de acuerdo a instructivos emitidos por el Ministerio de Salud; su rendimiento, deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos por cada Unidad organizativa del Hospital. Cada Jefatura, será responsable de la evaluación del personal a su cargo y los resultados deberán ser remitidos al Departamento de Recursos Humanos, para archivarlos en el expediente respectivo.

Las evaluaciones al desempeño, tendrán un efecto en el pago del incentivo salarial, según la Ley del Escalafón de los Empleados del Ministerio de Salud.

Promoción y Ascenso

Art. 32.- Las promociones y ascensos del personal, se harán de acuerdo a cualidades personales, competencia para el cargo, idoneidad, experiencia, grado académico, eficiencia y rendimiento en el desempeño.

Cuando exista más de un empleado, que pueda ser promovido en una plaza nueva o vacante, deberá realizarse proceso de selección interno entre ellos, para obtener al candidato más idóneo para ocupar el cargo y solamente en caso de empate, prevalecerá la antigüedad del empleado.

Rotación de Personal

Art. 33.- La rotación de personal en cada una de las áreas, se realizará cuando la naturaleza de las funciones permita efectuarla, con base a las disposiciones legales y técnicas vigentes, para el caso.

El Director, a través del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con las diferentes jefaturas, deberá establecer por medio de un documento las Políticas y Procedimientos sobre Rotación Sistemática del Personal, entre quienes realicen tareas claves y afines.

Las Jefaturas inmediatas, serán las responsables de garantizar la rotación de personal en los diferentes puestos de trabajo afines al cargo de cada empleado; así también, en los diferentes horarios establecidos en las: Áreas, servicios, secciones, departamentos, unidades y divisiones necesarios para la prestación de servicios.

Acciones Disciplinarias

Art. 34.- Todo funcionario o empleado que obstaculice el desarrollo de las actividades institucionales o que cometa actos de indisciplina, será sometido a las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil y demás disposiciones legales vigentes.

Cuando la permanencia del empleado, constituya un grave peligro en la calidad del servicio por estar bajo el efecto de sustancias enervantes que lo lleven a no dar garantía de acierto y eficiencia en el desempeño del cargo, el Jefe inmediato con el Visto Bueno del Jefe de Servicio, Departamento o División según corresponda, le solicitarán practicarse la prueba de alcotest o toxicológica. De no estar de acuerdo el empleado en someterse a dicha prueba, se deberá levantar un acta donde se deje constancia de su apariencia física, debiendo firmarla, al menos dos testigos.

Dicha acta, será remitida al Departamento de Recursos Humanos, con copia al expediente personal del empleado, solicitando la sanción disciplinaria correspondiente. El procedimiento a seguir para la aplicación y ejecución de la prueba e informe de resultados, estará dado por el Instructivo denominado: Prueba de Alcotest o Toxicológica a Empleados del Hospital Nacional Rosales.

Controles de Asistencia

Art. 35.- Todo el personal del Hospital, deberá marcar o registrar la hora de entrada y salida de su jornada laboral, a excepción del Director, fundamentado en el hecho de la labor administrativa que realice dentro y fuera de la Institución, debiendo establecer controles que le permitan justificar ante el organismo fiscalizador, sus ausencias parciales o completas de sus jornadas laborales.

Los controles de asistencia, se harán a través de los medios que establezca la Dirección y de los recursos disponibles. La asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, será responsabilidad de la Jefatura inmediata.

La Dirección, deberá contar con un control de asistencia único para todo el personal del Hospital.

Jornada Laboral

Art. 36.- El Hospital, deberá brindar servicio las veinticuatro horas del día y el personal que trabaje mediante turnos rotativos, deberá sujetarse al Plan de Trabajo; quien solicite y justifique conforme a lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, podrá realizar cambio o cobertura de turno.

Todo cambio o cobertura de turno, deberá ser previamente autorizado por el Jefe inmediato, quien evaluará la conveniencia de otorgarlo o no, en base a las necesidades del servicio.

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

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

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

Queda prohibido a todo servidor público realizar cambios o coberturas de turnos, en jornadas laborales que ya estén siendo afectadas por un cambio o cobertura previamente autorizada.

Queda prohibido a todo servidor público, efectuar subcontrataciones con empleados o personas ajenas al Hospital para cubrir turnos. Caso contrario el Jefe inmediato o el Titular, deberá iniciar el proceso de denuncia pertinente a las instancias internas y/o externas correspondientes.

Prestaciones Laborales

Art. 37.- La Dirección, velará por el cumplimiento de todas las prestaciones laborales y sociales reguladas en la legislación nacional vigente y otras que se consideren necesarias, de acuerdo a disponibilidad financiera en cada caso en particular.

Se catalogarán como otros beneficios que podrán ser otorgados al personal, según corresponda: Alimentación o en su caso, el subsidio correspondiente (para todo el personal), residencia médica, uniformes y/o tela, servicios de guardería, permiso para lactancia materna, gimnasio, clínica médica y psicológica, cafetería para empleados, centro de documentación digital, actividades recreativas y culturales, capacitaciones, transporte, seguros colectivos opcionales y viáticos.

El Centro de Desarrollo Infantil, que brinde los servicios de Guardería, será de uso exclusivo para los hijos de los empleados del Hospital, su funcionamiento está descrito en el Instructivo respectivo, en ningún caso se inscribirán niños de personas que no trabajen para el Hospital.

Trámites de Licencias

Art. 38.- Todas las licencias con o sin goce de sueldo, deberán ser solicitadas por cada empleado en forma oportuna al Jefe inmediato y éstos deberán tramitarlas de conformidad a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud.

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

Se contará con 72 horas hábiles, para la presentación del trámite de permiso o licencia con o sin goce de sueldo al Departamento de Recursos Humanos, posteriores a la emisión del documento que justifique la acción, salvo casos en los que pueda demostrarse la demora en el otorgamiento del mismo por parte de fuentes externas o internas.

Será obligación de cada empleado, presentar oportunamente ante su Jefe inmediato toda solicitud de permiso o licencia con o sin goce de sueldo, debiendo realizarlo al menos con 72 horas hábiles de anticipación, salvo casos de emergencia.

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

Expediente de Personal

Art. 39.- El Departamento de Recursos Humanos, será el responsable del control de los expedientes; así como también, sus correspondientes inventarios referentes a todo el personal, debidamente clasificados y actualizados, a fin de garantizar la ubicación inmediata y control de los mismos.

Los expedientes, deberán contener toda la documentación general y datos personales conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud para la Administración y Resguardo de Expedientes de Personal y Tarjetas de Registros.

Remuneraciones

Art. 40.- Se retribuirán a los servidores, de tal manera que se compensen las tareas realizadas en el puesto de trabajo, según el grado de responsabilidad de cada cargo. Además, deberá establecerse un Sistema de Remuneraciones Equitativo, de tal manera que a las mismas funciones y responsabilidades les corresponda el mismo salario básico, estableciéndose las diferencias, a través del Sistema del Escalafón.

La Dirección, podrá solicitar nivelaciones salariales en caso de jefaturas, entre los rangos de salario básico y máximo de Escalafón establecidos en la Ley de Salario, a fin de mantener la equidad salarial, regulando aquellos casos en que el personal subalterno devengue mayor salario que la Jefatura en su Área de responsabilidad.

Seguridad e Higiene Ocupacional

Art. 41.- La Dirección y demás jefaturas, velarán y propiciarán la salud y seguridad laboral de sus empleados en cada puesto de trabajo, brindando las condiciones adecuadas de infraestructura; así como también, la asignación de herramientas de trabajo y equipo adecuado para el mejor desempeño de las funciones, minimizando los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

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

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

POLITICAS DE LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL

Unidad Financiera Institucional

Art. 42.- La Unidad Financiera Institucional (UFI), dependerá directamente del Titular de la Institución y será responsable de la gestión financiera, de acuerdo a lo regulado en la Ley Orgánica de la Administración Financiera Integrada (AFI) y su Reglamento. Esta incluirá la realización de las actividades relacionadas a las áreas de: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad.

Área de Presupuesto

Art. 43.- El Proyecto de Presupuesto Institucional, será elaborado por el Área de Presupuesto y el Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), lo presentará para autorización del Director y posteriormente se remitirá al Ministerio de Salud y a la Dirección General de Presupuesto, para ser presentado ante la Asamblea Legislativa para su respectiva consideración y aprobación; de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) y su Reglamento.

La Programación de Ejecución Presupuestaria, se registrará en el módulo presupuestario del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) y enviada al Ministerio de Salud, donde procederán a su consolidación y remisión, a la Dirección General de Presupuesto, para su aprobación correspondiente.

Elaborará las modificaciones presupuestarias que sean necesarias durante la ejecución y el registro de los compromisos presupuestarios, de acuerdo a las disposiciones legales y técnicas vigentes.

Art. 44.- Se deberán elaborar los diversos informes de Ejecución Presupuestaria, obtenidos del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), para llevar a cabo, la supervisión e información directa de los resultados obtenidos; además, se examinará en forma continua el cumplimiento de los objetivos y metas, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento y Ley Orgánica de la Administración Financiera Integrada (AFI) y Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

AREA DE TESORERIA

Administración de Cuentas Bancarias

Art. 45.- Para la apertura de la cuenta subsidiaria institucional y demás desagregadas, se contará con la autorización de la Dirección General de Tesorería y del Ministerio de Hacienda previa solicitud, las cuales se identificarán con el nombre de la Institución, seguido de la naturaleza del uso de los recursos.

Todos los desembolsos se efectuarán por medio de cheques prenumerados, abono a cuenta o pago electrónico, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias de la entidad. Así mismo, se deberán agotar todos los números de una misma serie antes de iniciar con otra nueva.

La emisión de cheques se efectuará a nombre del beneficiario, las firmas podrán estamparse manualmente o a través de sistemas automatizados, cumpliendo con los requisitos legales y de seguridad establecidos por la Ley.

Por ningún motivo se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de personas o empresas diferentes a las que hayan suministrado los bienes o servicios. Las chequeras que contengan cheques en blanco, serán debidamente custodiadas para evitar su mal uso.

Refrendarios de Cheques

Art. 46.- A solicitud de la Jefatura de la Unidad Financiera Institucional (UFI), la Dirección, deberá nombrar y autorizar mediante Acuerdo interno a los funcionarios responsables de refrenda de cheques. Este Acuerdo, deberá notificarse de forma oportuna a las instituciones bancarias involucradas, para proceder al registro de las firmas respectivas.

Elaboración de Recibos

Art. 47.- En el último trimestre del ejercicio fiscal vigente, la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá tramitar la debida autorización ante el Ministerio de Salud, para la numeración de recibos de ingreso.

Establecimiento de Centros de Donación

Art. 48.- Serán autorizados por el Titular y percibidos en la Tesorería Institucional, donde se emitirá el correspondiente recibo de ingreso.

Requerimiento, Percepción y Transferencia de Fondos

Art. 49.- La Institución, realizará los registros del devengamiento de obligaciones adquiridas en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), se solicitarán por medio de requerimiento de fondos, los recursos monetarios necesarios para el pago de los compromisos que fueron requeridos.

El registro de la percepción de fondos se hará en la cuenta subsidiaria, en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), de acuerdo a los depósitos o remesas recibidos del Ministerio de Salud y posteriormente, se realizarán las transferencias a las cuentas desagregadas correspondientes, para el pago de las obligaciones devengadas que amparen el requerimiento de fondos percibidos.

Todo ello, acorde a lo establecido en: La Ley Orgánica de la Administración Financiera Integrada (AFI) y su Reglamento, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria y Procedimientos para Pago de Remuneraciones, Bienes y Servicios del Hospital.

Fondos Propios

Art. 50.- En la Tesorería Institucional, se emitirá el respectivo recibo de ingreso por cada depósito efectuado proveniente de convenios, contratos y otros. Se realizará la remesa de los fondos percibidos, en la Cuenta "MH-MSPAS-HOSPITAL NACIONAL ROSALES-RECURSOS PROPIOS"; los cuales serán registrados en el Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI) y ejecutados, de acuerdo a lo programado.

Los fondos generados por la venta de servicios de educación y salud "Médico-Hospitalarios", deberán registrarse en la cuenta "MH-MSPAS-HOSPITAL NACIONAL ROSALES-RECURSOS PROPIOS" y ejecutados de acuerdo a lo programado.

Área de Contabilidad

Art. 51.- El registro contable de los recursos y obligaciones de la Institución, se efectuará diariamente y por estricto orden cronológico en moneda nacional de curso legal en el país, bajo el Sistema único de registro denominado: "Sistema de Administración Financiera Integrado-Módulo de Contabilidad", tomando como base lo establecido en la Normativa vigente.

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

Conciliaciones Bancarias

Art. 52.- Las conciliaciones bancarias, serán parte del control interno y su propósito será comparar los movimientos bancarios con los registros contables institucionales. Se deberá llevar registro de los libros de bancos diariamente y por estricto orden cronológico en cada una de las cuentas.

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

El Encargado de las Conciliaciones Bancarias, será responsable del archivo y custodia de los documentos de respaldo. Dependerá directamente de la Jefatura de la Unidad Financiera Institucional.

La Tesorería Institucional, estará obligada a llevar controles mensuales de los cheques pendientes de cobro para su respectivo seguimiento.

POLITICAS DE LA UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL**Adquisiciones y Contrataciones Institucionales**

Art. 53.- Para todas las gestiones de compra, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en la Ley y Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP y RELACAP, respectivamente), el Manual de Procedimientos Integrado, de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), y demás normativas emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC).

Requerimiento de Obras, Bienes o Servicios

Art. 54.- Toda adquisición de obras, bienes y servicios, deberá respaldarse con el requerimiento suscrito por el responsable del Área o Unidad Administrativa usuaria. Quien deberá hacer un análisis y estudio de mercado que le permita verificar la viabilidad técnica, económica, financiera, social o ambiental, necesaria para que la adquisición pueda realizarse; así mismo, deberán verificarse el consumo y las existencias de inventarios en Bodega, esto último podrá ser anexado al requerimiento.

Términos de Referencia o Bases para Promover Competencia

Art. 55.- Los términos de referencia o bases de competencia empleados para la realización de concursos o licitaciones de obras, bienes o servicios, deberán ser claros, precisos e imparciales.

Estos deberán incluir, además de los factores de evaluación técnicos, legales y financieros, plazos de entrega y lugar de recepción, forma de presentación de ofertas, procedimiento de apertura de las mismas, mecanismos de comunicación de resultados y demás elementos que contribuyan a la transparencia del proceso.

Prohibición de Fraccionamiento de Compras

Art. 56.- Deberá evitarse el fraccionamiento de compras, con el fin de modificar la cuantía de la misma y eludir el requisito establecido para las diferentes formas de contratación, reguladas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Recepción de Obras, Bienes o Servicios

Art. 57.- De todo bien, obra o servicio contratado, el Administrador de Contrato deberá levantar el acta respectiva y se asegurará que las mismas, cumplan con las características establecidas en la orden de compra o contrato.

En caso de determinar bienes u obras dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes en el momento de la recepción, el Administrador de contrato deberá levantar el informe respectivo y remitirlo a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) en un plazo máximo de tres días hábiles, previniendo al contratista para que cumpla con lo pactado; dándose la recepción definitiva hasta que se haya subsanado la deficiencia, de lo contrario se procederá según la Ley.

Incumplimientos

Art. 58.- El Administrador de Contrato, deberá informar a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), a efecto que se gestione el informe al Titular para iniciar procedimientos de aplicación de las sanciones a los contratistas por incumplimientos de sus obligaciones contractuales, dicho informe deberá ser remitido a la Unidad de Asesoría Jurídica a través del Titular.

Multas por Mora

Art. 59.- Para el cobro de multas por mora, se hará de acuerdo a lo establecido en el Art. 85, de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP); para lo cual, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), deberá remitir el informe de incumplimiento proporcionado por el Administrador de Contrato a la Unidad de Asesoría Jurídica, en un plazo máximo de ocho días después de haberse recibido, la Unidad de Asesoría Jurídica contará con un plazo máximo de 30 días hábiles para la resolución, contados desde la recepción del informe.

Políticas sobre la Recepción, Almacenamiento y Distribución de Bienes

Art. 60.- La recepción, almacenamiento, registro, distribución, control, inventarios y aplicación de medidas de seguridad, se regirán por lo establecido en el Manual para el Control de Inventarios de Almacenes y Bodegas.

El referido Manual, deberá contener como mínimo los aspectos siguientes: Normas generales de almacenamiento, procedimiento de recepción de suministro, responsabilidad del Guardalmacén, levantamiento de inventario, normas para distribución de medicamentos, entre otros.

Aceptación de Donativos

Art. 61.- La aceptación de donativos, se regirá por lo regulado en el Manual de Aceptación de Donativos y por los demás lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, Políticas Sobre Servicios Médicos Hospitalarios.

POLITICAS SOBRE SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS**Servicios Médicos Hospitalarios**

Art. 62.- El Hospital, proveerá servicios de salud bajo los principios y elementos técnicos de la atención médico hospitalaria, de tercer nivel a toda la población del país y de segundo nivel, a los residentes del Área geográfica de influencia, que no tengan cobertura en otros sistemas.

Contribuyendo con el desarrollo de la reforma integral e integrada de salud, los servicios del Hospital, podrán convenirse con las instituciones que así lo soliciten: Cruz Roja Salvadoreña, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Instituto del Cáncer, Hospital Divina Providencia, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, entre otros.

El Titular deberá establecer mecanismos de control para asegurar que estos convenios no menoscaben la capacidad de respuesta del Hospital. Asimismo, deberá realizarse el monitoreo correspondiente.

Los extranjeros no residentes en El Salvador, serán atendidos en caso de emergencia y referidos a su país de origen, con el respectivo resumen médico.

La mejora continua de la calidad asistencial, será un compromiso del Hospital para con los pacientes que atienda, siendo uno de sus principales objetivos la consolidación de un modelo de atención dinámico, eficaz y efectivo, que permita dar respuesta a los cambios y demandas de la sociedad. Para garantizar la administración de los servicios, el Hospital contará con un Sistema de evaluación continua y permanente de todo el proceso de atención al paciente, desde su primera atención hasta finalizar su tratamiento; para tal fin, la Dirección contará con la Unidad Organizativa de Calidad, para velar que los servicios proveídos cumplan con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

Los servicios médicos hospitalarios, comprenderán: Consulta externa, Unidad de Emergencias, Servicios Quirúrgicos, Hospitalización; así como también, los servicios de Diagnóstico y de Apoyo Clínico.

División Médica

Art. 63.- Esta División, comprenderá los departamentos de Medicina, Cirugía y Enfermería. Además, Consulta Externa y Unidad de Emergencias:

- a) **Departamento de Medicina:** Comprenderá, Hospitalización de Medicina Interna y sus otras especialidades y la Unidad de Cuidados Intensivos Médica y Unidad de Cuidados Intermedios y será responsable de brindar servicios médicos, en coordinación con la Consulta Externa y Unidad de Emergencias.
- b) **Departamento de Cirugía:** Comprenderá, Hospitalización de Cirugía General y sus otras especialidades y la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos y será responsable de brindar los servicios médicos quirúrgicos, en coordinación con la Consulta Externa, Sala de Operaciones y Unidad de Emergencias.
- c) **Departamento de Enfermería:** Comprenderá, la Enfermería Hospitalaria, Supervisión, Central de Esterilización y Arsenal y los servicios de Enfermería de Procesos Ambulatorios. Será responsable de brindar atención de enfermería a los pacientes de bajo, mediano y alto riesgo.
- d) **Consulta Externa:** Comprenderá, Consulta Médica y Quirúrgica y otras disciplinas de apoyo. Será responsable de brindar servicios médicos a los pacientes que lo requieran aplicando el sistema de referencia y retorno, en forma oportuna y pertinente.
- e) **Unidad de Emergencias:** Comprenderá, la Atención Médica y Quirúrgica y Servicios de Apoyo. Será responsable de brindar estos servicios, preferentemente, a los pacientes referidos o por demanda espontánea, en forma oportuna y pertinente.

División de Diagnóstico y Apoyo Clínico

Art. 64.- Será responsable de los Servicios de Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Radiología e Imágenes, Medicina Nuclear y Anatomía Patológica; y de los Servicios de Apoyo: Medicina Física y Rehabilitación, Farmacia, Estadística y Documentos Médicos y Trabajo Social. Todas las atenciones de estos servicios, estarán enfocadas en la atención integral de Salud que se les brinda a los pacientes.

Cada Unidad organizativa de los servicios de Diagnóstico y Apoyo, desarrollará su propio Manual de procedimientos.

CAPACITACIONES A RECURSOS HUMANOS, RESIDENCIAS MEDICAS E INVESTIGACION

Capacitación a Recursos Humanos

Art. 65.- La Unidad de Desarrollo Profesional, con base a un Diagnóstico de Necesidades de Capacitación (DNC), elaborará y ejecutará un Plan Anual de Capacitaciones Hospitalario, dirigido al personal administrativo, médico y paramédico del Hospital, exceptuando al personal de médicos residentes.

Será responsabilidad de todas las jefaturas, presentar a la Unidad de Desarrollo Profesional sus necesidades de capacitación y entrenamiento del personal bajo su cargo; así como también, colaborar para el desarrollo de las capacitaciones propuestas.

Los conocimientos adquiridos por los funcionarios y empleados en programas de capacitación y entrenamiento en el país o en el exterior, deberán tener un efecto multiplicador hacia el interior del Hospital.

La Dirección, podrá destinar tanto, fondos del Presupuesto General, como fondos de recursos propios que permitan desarrollar capacitaciones, entrenamientos y condiciones materiales y de infraestructura para el personal, a fin de proporcionar las competencias y desarrollo en los puestos de trabajo, incrementando la productividad laboral y calidad en la atención a los pacientes.

El Programa de Capacitación al Personal, deberá incluir temas relacionados con la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria e higiene ocupacional.

Residencias Médicas

Art. 66.- El Proceso de Selección, se hará con base a la Norma para la Ejecución de los Programas de las Especialidades Médicas y Odontológicas, en los Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud, los resultados deberán ser informados al Comité Académico Ministerial (CAMI) y a la Junta Directiva de la Institución formadora.

La Comisión encargada del proceso de selección, no deberá asumir o avalar a ningún residente que no apruebe satisfactoriamente. Advertida de cualquier irregularidad, la Comisión deberá informar por escrito al Titular y al Comité Académico Ministerial (CAMI); así mismo, podrá trasladar el caso al Tribunal de Ética.

Investigación

Art. 67.- La Unidad de Desarrollo Profesional, será responsable de gestionar la investigación para la salud dentro del Hospital, en todos sus aspectos: Desarrollo, organización, ejecución, financiamiento y diseminación del conocimiento nuevo adquirido. Deberá velar por el cumplimiento de normas éticas y científicas internacionales de la investigación para la salud con sujetos humanos, desarrollar y actualizar las líneas prioritarias de investigación dentro del Hospital, promover la misma dentro de éste, capacitando, asesorando y/o coordinando las investigaciones que se realicen en la Institución. Así mismo, se desarrollarán investigaciones que se requieran, según las líneas prioritarias de investigación local y nacional, de iniciativa propia y/o participando en otras de iniciativas regionales e internacionales.

Información en Salud

Art. 68.- La Dirección, por medio de la Unidad de Epidemiología, Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED), División Médica, División de Diagnóstico y de Apoyo Clínico y las jefaturas de los servicios de ambas divisiones, serán los responsables del funcionamiento local de los sistemas relacionados con la producción de información en salud, basados en la obligatoriedad de normativas y lineamientos ministeriales. Dicha información, deberá ser registrada correctamente en cantidad y calidad en los instrumentos para tal fin y su reporte en los tiempos establecidos; inmersos en ello la Producción de Servicios en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

Dentro de la Vigilancia Epidemiológica Nacional, se deberá informar en forma oportuna, completa y correcta las enfermedades sujetas a la notificación obligatoria y participar con medidas oportunas y pertinentes ante situaciones de brotes o epidemias nacionales.

Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria

Art. 69.- La Dirección, por medio de la Unidad de Epidemiología, División Médica, División de Diagnóstico y de Apoyo Clínico y jefaturas de los servicios de ambas divisiones, implantarán, supervisarán y evaluarán estrategias y medidas de prevención y control de Infecciones, Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), basadas en normativas ministeriales, las cuales serán de obligatorio cumplimiento por el personal de salud de atención directa e indirecta. El Hospital, estará obligado a proveer los insumos necesarios al personal y éste de gestionarlos y emplearlos correctamente.

Saneamiento Básico Ambiental

Art. 70.- La Dirección, por medio de la Unidad de Epidemiología, División Médica, División de Servicios de Diagnóstico y de Apoyo Clínico y sus jefaturas, implantarán, supervisarán y evaluarán estrategias y medidas tendientes a procurar el saneamiento básico hospitalario, adecuado para la recuperación de la salud de los pacientes y el mantenimiento de la salud de su personal; lo anterior, incluirá el manejo de los desechos bioinfecciosos y comunes: Agua potable, alimentos, vectores, aguas servidas y negras. Aunque la limpieza de las instalaciones de la Institución, será responsabilidad del servicio correspondiente, todo el personal del Hospital estará obligado a preservarla y mantenerla.

La Institución, favorecerá e implantará políticas y medidas tendientes a lograr un mejor medio ambiente como el reciclaje, control de emisiones radioactivas y la disposición adecuada de las sustancias químicas de desecho.

Comités y Comisiones

Art. 71.- La Dirección, por medio de la Unidad Organizativa de Calidad, según requerimiento ministerial o necesidad institucional, deberá organizar y coordinar mediante acuerdo interno del Departamento de Recursos Humanos, los comités y comisiones que aseguren la apropiada respuesta a las necesidades institucionales.

La Unidad Organizativa de Calidad, será el equipo asesor de la Dirección encargada de evaluar los procesos hospitalarios y sus resultados, definiendo estándares e indicadores que sirvan de insumo para generar políticas de mejora de calidad de servicios de salud.

La participación de los empleados o servidores públicos de la Institución, en los diferentes comités o comisiones, deberá estar sujeta al cargo que desempeñen o según disposición de la Dirección; de tal manera, que se constituyan como equipos altamente calificados y efectivos que cumplan los objetivos para los cuales hayan sido creados.

Cada Comité, deberá tener su Manual de Organización y Funcionamiento; así como también, designar un Coordinador que se encargue de dar cumplimiento e informar las acciones y sus resultados; tales informes, serán dirigidos al Titular y/o a la Jefatura de la Unidad Organizativa de Calidad. Así mismo, la información que se genere deberá orientarse como apoyo a la gestión hospitalaria; por tanto, el carácter de la misma, deberá ser de recomendables.

Las comisiones, deberán ser establecidas con base a necesidades prioritarias y apegarse a los objetivos para las cuales hubieren sido creadas, rindiendo informe periódico del proceso a la Jefatura de la Unidad Organizativa de Calidad y Dirección.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 72.- La Dirección, establecerá formalmente y por escrito los procedimientos para autorización, registro y control oportuno de todas las operaciones ejecutadas en el Hospital, concibiéndolos como la secuencia lógica que sigue una tarea o actividad.

POLITICAS DE LA DIVISION ADMINISTRATIVA

División Administrativa

Art. 73.- La División Administrativa, será la responsable de las acciones administrativas operativas, relativas al quehacer institucional y comprenderá las áreas de: Recursos Humanos, Mantenimiento, Servicios Generales, Almacenes y Alimentación y Nutrición. El Departamento de Recursos Humanos, tendrá como obligación establecer las políticas y prácticas para la administración del recurso humano, a través de manuales e instructivos oficiales. Cada Área de Gestión de la División Administrativa, desarrollará sus propios manuales de Organización, Funcionamiento y de Procedimientos.

Préstamos y Donaciones de Equipos y Suministros

Art. 74.- La Dirección, por medio de la División Administrativa, diseñará las políticas y procedimientos de préstamos y donativos de equipos y suministros, tanto a pacientes como a instituciones, que así lo requieran o lo necesiten, sin el menoscabo de los recursos institucionales.

En el caso de Banco de Sangre, el trámite podrá realizarse directamente entre los jefes de los bancos de Sangre, tanto solicitante como donante.

DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE ACTIVOS

Administración del Activo Fijo

Art. 75.- La Dirección, como responsable del resguardo de los bienes muebles e inmuebles del Hospital, establecerá a través de la División Administrativa la implantación del "Sistema para el Manejo y Control del Activo Fijo", en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, en sus "Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo", dicho Sistema, estará a cargo de un servidor que rendirá fianza conforme a la Ley. Los bienes se destinarán exclusivamente a los propósitos institucionales que motivaron su adquisición.

Activo Fijo

Art. 76.- La Sección de Activo Fijo del Hospital, por medio de su responsable, definirá los procedimientos para la constatación física de los inventarios relativo a existencia y ubicación, los traslados, baja o descargo del equipo y mobiliario y demás procesos concernientes al activo fijo, de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo.

En los casos de bienes en custodia el Hospital deberá codificarlos provisionalmente, a fin de evitar descontrol.

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

Protección y Seguridad de los Bienes

Art. 77.- La Dirección, a través de la División Administrativa, establecerá sistemas de seguridad que protejan los bienes almacenados contra eventuales riesgos y siniestros y dictará las normas y procedimientos para contratar seguros sobre activos fijos, considerando el costo beneficio que esto implica; así también, adoptará las medidas de salvaguarda física que garanticen la conservación de los bienes.

Art. 78.- La División Administrativa, a través del Responsable del Activo Fijo, deberá conciliar periódicamente el inventario físico, remitiendo información de los movimientos de bienes depreciables o todos aquellos superiores a \$600.00 al Área de Contabilidad.

Controlará además, todos los bienes inferiores a dicha cantidad que requieran identificación con número de inventario, según lo establecen las Normas de Contabilidad Gubernamental y los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo.

Arqueo de Fondos y Valores

Art. 79.- Deberán practicarse arqueos frecuentes y sin previo aviso sobre la totalidad de los fondos y valores, de ser posible en forma simultánea.

Los arqueos serán practicados por Contabilidad, Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes de aquellos que tengan la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se informará oportunamente al Jefe inmediato responsable de la custodia de los bienes auditados; así como también, al Director, a efecto de que se tomen las medidas preventivas o correctivas correspondientes.

Constatación Física

Art. 80.- El Encargado de Activo Fijo, deberá presentar a la Dirección, con la autorización de la División Administrativa, a más tardar el 30 de noviembre de cada año, la programación anual para la toma física de inventario a realizar para el año siguiente, asegurándose de que la toma física para cada Área de trabajo, sea de por lo menos una vez al año; así mismo, deberá efectuarse toma física cuando sea requerido por las diferentes áreas. Además, podrán realizarse constataciones físicas por parte de servidores independientes de su custodia y registro.

En caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

Sistema de Registro de Bienes

Art. 81.- El Sistema para el Registro de los Activos Fijos, deberá permitir una adecuada codificación e identificación de atributos mínimos como: Naturaleza, ubicación, estado de los bienes, fecha de adquisición, costo de adquisición, responsable de los mismos, depreciación, revalúo cuando aplique o cualquier otra información útil, con el objetivo de contar con información suficiente que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo.

Codificación

Art. 82.- Se establecerá por escrito el tipo de codificación para la identificación de los bienes, se hará de acuerdo a las características y tipo de bienes, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, señalando en una parte visible el código correspondiente.

La codificación, deberá establecerse, de tal manera que sea fácil la identificación de todos los bienes al momento de realizar constataciones físicas; esto será aplicable incluso a los bienes cuyo valor de adquisición sea inferior al límite establecido por las Normas de Contabilidad Gubernamental.

Uso de Vehículos

Art. 83.- Los vehículos se utilizarán exclusivamente para el servicio institucional y llevarán en un lugar visible el distintivo que los identifique, el cual no deberá ser removible.

La asignación, uso, cuidado y conservación de todos los vehículos institucionales y el consumo del combustible, se regirá por el Instructivo para el Uso de Vehículos y Combustible que será elaborado por la División Administrativa, de conformidad a las regulaciones establecidas por la Corte de Cuentas de la República y otras regulaciones aplicables.

Mantenimiento y Reparaciones

Art. 84.- La División Administrativa, a través de la Unidad respectiva, deberá elaborar y ejecutar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de sus activos fijos y emplear todos los medios que permitan prolongar hasta el máximo posible su vida útil; para ello, el Departamento de Mantenimiento y Reparación, por medio de y con autorización de la referida División, deberá elaborar y presentar a la Dirección a más tardar el 31 de Marzo de cada año, el programa para el año siguiente, con el objetivo que sirva de base o se incluya en la Programación Anual de Compras.

Para el mantenimiento y reparación de los bienes, deberá verificarse la propiedad del bien y su inclusión en el Sistema de Control de Activo Fijo Institucional.

Mejoras a Bienes Muebles e Inmuebles

Art. 85.- Toda colocación de piezas que conlleve a una mejora de la capacidad actual de un bien, incrementará el valor del bien en la cuantía de la pieza adquirida, cuando fuere procedente.

Para los bienes inmuebles, el incremento de su valor por trabajos realizados, estará sujeto al valúo efectuado por peritos valuadores. Tal como está regulado en las Normas sobre Inversiones en Bienes de Larga Duración del Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado (SAFI).

Descarte y Descargo de Bienes

Art. 86.- Para el descarte y descargo de bienes de consumo, mobiliarios, equipos, bienes intangibles, vehículos y otros, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Destrucción de Medicamentos e Insumos Médicos Vencidos, Averiadados y no Deseados o los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, según sea el caso, contando con las justificaciones requeridas por parte de quien custodie o resguarde y con la opinión técnica sobre el estado y utilidad, según el caso.

Los bienes considerados en desuso, podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cualquier otro destino, de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud. Estas acciones, deberán quedar debidamente documentadas.

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

Depósitos Ajenos en Custodia

Art. 87.- Los bienes personales de los pacientes ingresados en el Hospital, quedarán en calidad de depósito y bajo responsabilidad del Encargado del Servicio al que ingrese el paciente, siempre y cuando no se encuentre a ningún pariente a quien entregarle dichos bienes al momento del ingreso.

Los depósitos a que se refiere el párrafo anterior, deberán ser devueltos a los pacientes o personas que comprueben parentesco con el paciente, el mismo día del ingreso o al ser dados de alta.

La custodia de los depósitos, estará a cargo de Trabajo Social y será regulado mediante un Instructivo, el cual será elaborado e implementado por un Comité Multidisciplinario, coordinado por la Administración.

Transcurridos seis meses que el paciente haya sido dado de alta o haya fallecido y no se presentare el paciente, los familiares o persona que expresamente haya designado a retirar el depósito y existieran pertenencias que tengan un valor económico convertible en efectivo, la División Administrativa, previo recuento y realización, deberá ingresarlo a Tesorería del Hospital, en concepto de donación.

Será responsabilidad de los encargados del Servicio donde ingrese un paciente, dar a conocer a éste o a sus familiares sobre la Política citada anteriormente; para tal efecto, se deberá elaborar un formulario de depósitos y divulgación de la Política.

POLITICAS RELATIVAS A LA UTILIZACION DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA**Uso de Quirófanos**

Art. 88.- Cada especialidad, podrá contar con quirófano electivo, cuando la producción de un año refleje el uso de dichas instalaciones, durante un promedio de 6 horas diarias en cada día laboral de 8 horas; para lo cual, se tendrá en cuenta la complejidad de los procedimientos quirúrgicos realizados. En caso de no cumplirse con los tiempos descritos, la Jefatura de Sala de Operaciones, deberá ponerlos a disposición de otras especialidades.

Uso de Consultorios

Art. 89.- El uso de los consultorios, deberá ser en horarios escalonados y podrán asignarse a las especialidades, con el respaldo de los registros de la producción anual. Por cada consultorio se deberá programar una producción de por lo menos 7,500 consultas al año.

Art. 90.- Considerando la complejidad y el tiempo requerido, se establecerá que por cada 3,800 procedimientos especializados realizados durante un año, será asignada una clínica; por lo que la programación de dichas actividades deberá hacerse de forma escalonada.

Art. 91.- Considerando el tiempo que requiere cada prueba, se establecerá que por cada 7,500 electrocardiogramas, realizados durante un año, será asignado un Canapé; por lo que, la programación de dichas actividades deberá hacerse de forma escalonada.

Uso de Espacios Diversos

Art. 92.- La utilización de los espacios para reuniones, deberá ser controlada y asignada desde la División Administrativa; por lo que, cada Sala destinada para estos fines, deberá ser accesible, evitando la exclusividad. Para los casos de actividades académicas, se coordinará con la Unidad de Desarrollo Profesional.

Art. 93.- La asignación de espacios para la instalación de cafeterías u otro tipo de actividad que requiera el montaje de mueblería; así como también, la asignación de espacios para la instalación de máquinas dispensadoras de alimentos, boquitas, bebidas o de otro tipo de objetos, le corresponderá al Titular; y solo podrán funcionar con el establecimiento de un contrato, el cual contendrá dentro de sus cláusulas, el canon de arrendamiento.

Art. 94.- Los espacios para estacionamiento de vehículos particulares, serán de uso exclusivo de los empleados del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador. Será el Departamento de Servicios Generales, el responsable de velar porque el orden de éstos cumplan con la Normativa respectiva.

Art. 95.- Las áreas que deberán contar con bodegas acondicionadas para el almacenaje de los suministros, serán las siguientes: Almacén de Artículos Generales, Almacén de Insumos Médicos, Almacén de Medicamentos. Y las áreas que deberán contar con espacios acondicionados para resguardo transitorio de suministros serán: Mantenimiento, Alimentación y Nutrición, Farmacia, Central de Esterilización, Arsenal, Lavandería, Medicina Nuclear, Anestesiología, Patología, Limpieza, Banco de Sangre y Radiología.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 96.- La Dirección y jefaturas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos sobre el diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y hechos significativos que se realicen en la Institución. Los documentos y registros, deberán ser apropiadamente administrados y mantenidos, por cada Unidad organizativa.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 97.- La Dirección y jefaturas, deberán conciliar, por lo menos una vez al año los registros que correspondan a cada Área de competencia, para verificar su exactitud y determinar y corregir errores u omisiones, para lo cual se deberá elaborar el respectivo Manual o Instructivo.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías y Caucciones

Art. 98.- El Director, tendrá la obligación de asegurarse que los funcionarios y empleados encargados de la recepción, control, custodia e inversión de los fondos del Hospital o del manejo de bienes, rindan fianza a favor del Hospital, con la finalidad de responder por el fiel cumplimiento de sus funciones. Este mecanismo, será uno de los tipos de control que puedan implementarse, no siendo el único. Ningún funcionario o empleado de los mencionados anteriormente, podrán tomar posesión del cargo si no cumple con este requisito; para el cumplimiento de lo anterior, la Unidad de Planificación, en coordinación con la División Administrativa, serán responsables de generar las políticas y procedimientos en materia de garantías.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles Generales de Sistemas de Información

Art. 99.- La Dirección, a través de la Unidad de Informática, deberá formular las Normas para Procesamiento, Control y Fortalecimiento de los Sistemas de Información, considerando la programación de actividades y proyecciones sobre el crecimiento y mejoras de los servicios médicos hospitalarios. Los sistemas de información, deberán apoyar el cumplimiento de las políticas, objetivos, misión y visión del Hospital; así como también, los planes anuales de trabajo. De acuerdo a lineamientos o manuales de procedimientos propios del Hospital y del Ministerio de Salud.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación

Art. 100.- La Dirección, a través de la Unidad de Informática, deberá establecer las Normas que regulen los controles de aplicación para proporcionar seguridad razonable en las transacciones informáticas que realice el Hospital.

CAPITULO IV

NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y A LA COMUNICACION

Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación

Art. 101.- Los sistemas de información que se diseñen e implanten en el Hospital, deberán ser acordes con los planes estratégicos y con los objetivos institucionales, debiendo ajustarse a las características y necesidades propias del Hospital y del Ministerio de Salud. La Dirección, será responsable del establecimiento de políticas y procedimientos para los controles generales, que garanticen un adecuado Sistema de Información y Comunicación.

Art. 102.- La Unidad de Informática, deberá elaborar un Plan de Contingencia de los Sistemas de Información, para dar respuesta en casos de siniestros, fallas de servidores de red y otros eventos similares, que faciliten el restablecimiento oportuno e íntegro de dichos sistemas.

Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 103.- La Unidad de Informática, deberá diseñar los procesos que permitan identificar, registrar y recuperar información de los eventos de interés institucional; además, será la responsable de actualizar las versiones de todos los sistemas informáticos, según los avances tecnológicos.

Características de la Información

Art. 104.- Todas las jefaturas, serán responsables de que la información procesada en su Area sea confiable, oportuna y pertinente; con el objeto de mantener los estándares de calidad establecidos; así mismo, la calidad de la información registrada será responsabilidad de los usuarios de los sistemas. Toda la información oficial, será divulgada a través del Titular.

Efectiva Comunicación de Información

Art. 105.- Los responsables mencionados en el artículo anterior, deberán comunicar y distribuir información dentro de plazos razonables y en formatos adecuados. La información externa, deberá ser definida en cuanto a cuál será pública y a partir de qué momento, estableciendo canales de comunicaciones adecuados y respetando los niveles jerárquicos establecidos, según la estructura organizativa.

Archivo Institucional

Art. 106.- Las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con un Archivo para preservar la información, en virtud de su utilidad y de requerimientos jurídicos y técnicos, conformado por toda la información y documentación del Area respectiva por el tiempo estipulado, según lo defina las leyes o lineamientos vigentes, de acuerdo al tipo de documentación.

CAPITULO V

NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO

Monitoreo sobre la Marcha

Art. 107.- La Dirección y demás jefaturas, estarán obligadas a realizar actividades de control de forma periódica e integrada, previo y durante la ejecución de las operaciones, con el objeto de comprobar que todos los servidores públicos realicen sus funciones, de conformidad a lo establecido en la Normativa aplicable. Las actividades de control realizadas, deberán documentarse.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 108.- La Dirección y todas las jefaturas, tendrán la obligación de verificar ,por lo menos una vez al año, la efectividad del Sistema de Control Interno de su Área de responsabilidad, pudiendo hacer los cambios que fueren necesarios para lograr una mejor efectividad del mismo.

Evaluaciones Separadas

Art. 109.- La Unidad de Auditoría Interna, Unidad de Auditoría del Ministerio de Salud, Corte de Cuentas de la República, firmas privadas de Auditoría contratadas y demás organismos de control y fiscalización, podrán practicar revisiones periódicas sobre la efectividad y eficacia del Sistema de Control Interno Institucional.

Será responsabilidad de cada servidor público del Hospital, proporcionar a los auditores la información requerida de forma oportuna; así como también, brindar colaboración para que puedan ejecutar su trabajo.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 110.- Los resultados de las actividades de monitoreo del Sistema de Control Interno de cualquier naturaleza practicados por los auditores u otra instancia contralora, deberán ser comunicados a la Dirección y/o servidor público, según corresponda, con el objeto de realizar las acciones preventivas o correctivas oportunamente.

El proceso de monitoreo concluirá cuando se corrijan las deficiencias encontradas, se cumpla la recomendación o cuando se demuestre que los hallazgos y recomendaciones no ameritan ninguna acción.

CAPITULO VI**DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

Art. 111.- La elaboración de los documentos a que se refieren las presentes Normas y que a la fecha de entrar en vigencia no hayan sido creadas, se contará con un plazo no mayor de seis meses, a partir de la fecha de aprobación de las mismas.

Art. 112.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital, considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el Hospital, en su condición de máxima autoridad. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, de San Salvador, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 113.- El Director del Hospital, será el responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a sus funcionarios y empleados; así como de la aplicación de las mismas.

Art. 114.- Derógase el Decreto N° 12, publicado en el Diario Oficial N° 174, Tomo No. 384, de fecha 21 de Septiembre de 2009.

Art. 115.- El presente Decreto entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los tres días del mes de abril de dos mil catorce.

Lic. Rosalío Tóchez Zavaleta,

Presidente de la Corte de Cuentas de la República.