



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: Luis Ernesto Flores López

TOMO N° 393

SAN SALVADOR, JUEVES 8 DE DICIEMBRE DE 2011

NUMERO 230

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

SUMARIO

	Pág.		Pág.
ORGANO EJECUTIVO		MINISTERIO DE SALUD	
MINISTERIO DE GOBERNACIÓN		RAMO DE SALUD	
RAMO DE GOBERNACIÓN			
Nuevos estatutos de la Academia Salvadoreña de la Lengua, Correspondiente de la Real Academia Española y Acuerdo Ejecutivo No. 202, aprobándolos.....	5-14	Acuerdo No. 1543.- Norma para el Desarrollo del Servicio Social.....	41-47
Estatutos de la Asociación Comunicando y Capacitando a Mujeres Trans con VIH en El Salvador y de la Iglesia Profética de Liberación y Sanidad “La Casa del Alfarero Efesios 2:20” y Acuerdos Ejecutivos Nos. 210 y 222, aprobándolos y confiriéndoles el carácter de persona jurídica.....	15-33	ORGANO JUDICIAL	
		CORTE SUPREMA DE JUSTICIA	
		Acuerdos Nos. 871-D, 1078-D, 1082-D, 1085-D, 1088-D, 1090-D, 1093-D, 1094-D, 1097-D, 1098-D, 1102-D, 1103-D, 1104-D, 1105-D, 1107-D, 1109-D, 1110-D, 1111-D, 1112-D, 1114-D, 1116-D, 1117-D, 1121-D, 1126-D, 1129-D, 1132-D, 1139-D, 1140-D, 1143-D, 1144-D, 1147-D, 1150-D, 1152-D, 1155-D, 1158-D, 1159-D, 1161-D, 1163-D, 1167-D, 1170-D, 1172-D, 1175-D, 1177-D, 1178-D, 1180-D, 1181-D, 1183-D, 1185-D, 1188-D, 1189-D, 1193-D, 1196-D y 1201-D.- Autorizaciones para el ejercicio de la abogacía en todas sus ramas.	48-59
MINISTERIO DE ECONOMÍA		INSTITUCIONES AUTÓNOMAS	
RAMO DE ECONOMÍA		CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA	
Acuerdo No. 1047.- Se modifica el Acuerdo Ejecutivo No. 409, de fecha 18 de mayo de 2010, emitido a nombre de la sociedad Centro Logístico Integral, S.A. de C.V.....	34-35	Decretos Nos. 25, 26 y 27.- Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, del Ministerio de Economía y del Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Ilopango.	
MINISTERIO DE EDUCACIÓN			
RAMO DE EDUCACIÓN			
Acuerdos Nos. 15-1404, 15-0093, 15-1067, 15-1345, 15-1441 y 15-1551.- Reconocimiento de estudios académicos.	35-38		
Acuerdo No. 15-1317.- Se reconoce a la Profesora Tanya Suzanne Powderly Vilanova, como Directora del Colegio “El Barquito de Papel”, ubicado en el municipio de San Salvador..	39		
Acuerdo No. 15-1408.- Creación, nominación y funcionamiento de la Academia Cristiana Internacional.....	39-40		

DECRETO No. 27

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 6, de fecha nueve de abril del año dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo 379, de fecha 12 de mayo de 2008, la Corte de Cuentas de la República emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Ilopango, del Departamento de San Salvador.
- II. Que mediante nota de fecha 19 de agosto de 2010, el señor Director de dicho Hospital Nacional, solicitó a esta Corte la modificación del referido Decreto.
- III. Que según el artículo 80, del mencionado Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Ilopango, del Departamento 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 “ENFERMERA ANGELICA VIDAL DE NAJARRO”,
SAN BARTOLO, ILOPANGO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR**

CAPITULO PRELIMINAR

Ambito de Aplicación

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituyen las directrices o el marco básico que adopta el Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Ilopango, del Departamento de San Salvador, que para efectos de estas Normas en lo sucesivo se denominará el “Hospital”, aplicable con carácter obligatorio a todas las unidades organizativas que lo conforman, la Dirección, jefaturas médicas y no médicas y demás servidores o empleados.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2.- Todos los empleados del Hospital, entenderán por Sistema de Control Interno, al conjunto de procesos continuos e interrelacionados comprendidos en los planes, métodos, procedimientos y actividades realizadas por la Dirección, las jefaturas médicas y no médicas de las diferentes áreas y demás empleados del Hospital, diseñados para proporcionar seguridad razonable en la consecución de sus objetivos.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno, tendrá como finalidad coadyuvar con el Hospital, en el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Lograr eficiencia, efectividad y eficacia en la ejecución de los planes, métodos, procedimientos y actividades;
- b) Cumplir jurídica y técnicamente con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables; y
- c) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información médica, estadística, financiera, presupuestaria y cualesquiera otros reportes para uso externo e interno.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los componentes del Sistema de Control Interno serán:

- 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. 5.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno del Hospital, corresponderá a la Dirección y a las jefaturas médicas y no médicas, en el área de su competencia dentro de la Institución.

Corresponderá a los demás empleados, realizar las acciones necesarias para ejecutar las responsabilidades que se les haya asignado y garantizar su efectivo cumplimiento.

Seguridad Razonable

Art. 6.- El Sistema de Control Interno del Hospital, proporcionará seguridad razonable, en el cumplimiento de los objetivos institucionales, considerando la relación costo-beneficio de las actividades de control que se implementen.

CAPITULO I**NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL****INTEGRIDAD Y VALORES ETICOS****Cultura Institucional de Control Interno**

Art. 7.- La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, deberán fomentar entre los demás empleados una cultura de control interno como parte integrante de la Institución.

Valores Éticos

Art. 8.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y el resto de empleados, deberán mantener y demostrar honradez y una conducta de acuerdo a lo establecido en la Ley de Ética Gubernamental y a los valores éticos de solidaridad, tales como: Calidad, integridad y culturalmente aceptable, oportunidad, seguridad y responsabilidad en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones; así como también, contribuir con su liderazgo y acciones a promoverlos en la Institución, para su cumplimiento por parte de los demás empleados.

Entendiéndose cada valor ético de la forma siguiente:

- a) Solidaridad: Que exista una estrecha colaboración, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades entre la Dirección, jefaturas médicas y no médicas y el resto del personal del Hospital con los ciudadanos y demás profesionales de organismos y/o instituciones, a fin de contribuir al desarrollo integral de la salud.
- b) Calidad: Que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, estén involucrados en el mejoramiento constante de los procesos de atención, brindados a satisfacción de las expectativas de la población de responsabilidad.
- c) Integralidad: Que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, garanticen que los usuarios reciban una atención en salud completa, pertinente, racional y continua, en función de sus necesidades y en un contexto bio-psico-social.
- d) Culturalmente Aceptable: Que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, al brindar los servicios respeten los principios, valores y creencias de la población.
- e) Responsabilidad: Que todas las acciones de salud se realicen en concordancia con las políticas, normas y estrategias emanadas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- f) Oportunidad: Que toda acción para resolver los problemas en salud se efectúen en el momento adecuado, según las necesidades de la población.
- g) Seguridad: Que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, garanticen que los beneficios derivados de los servicios de salud superan sus riesgos potenciales.
- h) Integridad: Que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, realicen sus actividades en función del interés público, sin solicitar dádivas, promesas o recompensas como retribución al desempeño de sus funciones.

Compromiso con la Competencia

Art. 9.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y el resto de los empleados, deberán realizar acciones que los conduzcan a poseer y mantener el nivel de aptitud e idoneidad que les permita realizar los deberes asignados y lograr óptimos estándares de calidad en el desarrollo de sus funciones y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos. Dentro de las acciones a realizar están:

- 1) Dar cumplimiento a la Normativa del Proceso de Reclutamiento y Selección;
- 2) Actualización del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación;
- 3) Actualizar y socializar el Manual de Inducción del Puesto;
- 4) Desarrollar el Plan de Capacitación; y
- 5) Evaluación periódica del personal, según Norma.

Estilo de Gestión

Art. 10.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión transparente, asertivo, visionario, innovador en la negociación de conflictos, que les permita administrar un nivel de riesgo residual, orientado a la medición del desempeño durante su gestión y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**Organigrama**

Art. 11.- La Dirección del Hospital, será responsable de aprobar la estructura organizativa institucional y las modificaciones que sean necesarias, posteriormente deberá ser autorizada por la instancia superior correspondiente.

Revisión de la Estructura Organizativa

Art. 12.- La Dirección del Hospital, deberá revisar y evaluar su estructura organizativa institucional, cada vez que la estructura del Ministerio de Salud cambie o cuando los objetivos y metas institucionales se reorienten, con el propósito de satisfacer los cambios que requieran el desarrollo institucional.

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

Art. 13.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán asignar la autoridad y responsabilidad; así como también, establecer claramente los niveles de autoridad, líneas de mando y relaciones de jerarquía, proporcionando los canales apropiados de comunicación, enmarcados en el Manual de Organización y Funciones.

Aprobación del Manual de Organización y Funciones

Art. 14.- Será responsabilidad de la Dirección del Hospital, aprobar el Manual de Organización y Funciones y otros documentos técnicos administrativos de cada Unidad organizativa. Las jefaturas médicas y no médicas y demás empleados, serán responsables de cumplir con lo establecido en dicho Manual.

Unidad de Mando

Art. 15.- En el Manual de Organización y Funciones, se deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado, las cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad; excepto, el personal que por la naturaleza de su trabajo desempeñe funciones en dos o más servicios, responderá ante cada uno de ellos.

Supervisión

Art. 16.- El Director, jefes de unidades, departamentos y servicios, ejercerán supervisión sobre el trabajo de sus subalternos, para efecto de controlar de forma directa su rendimiento.

Delegación de Autoridad

Art. 17.- El Manual de Organización y Funciones, definirá por escrito a los diferentes niveles de jerarquía establecidos dentro del Hospital, sus competencias en la toma de decisiones y poder así cumplir las funciones y rendir cuentas por ellas.

Políticas y Prácticas para la Administración del Capital Humano

Art. 18.- La Dirección del Hospital, a través de la Dirección de Recursos Humanos, deberá aplicar y hacer cumplir las políticas y prácticas del personal, según la Normativa institucional legal vigente, principalmente las que se refieran a: Contratación, inducción, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias, las cuales deberán de ser del conocimiento de todos los empleados.

Evaluación de Desempeño

Art. 19.- El desempeño laboral de los empleados del Hospital, será evaluado de conformidad a lo regulado por la Ley de Escalafón y de acuerdo a la Normativa emitida por el Ministerio de Salud (MINSAL) su rendimiento deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos en el documento oficializado para la evaluación. El Jefe de cada Unidad, será el responsable de la evaluación del personal a su cargo y los resultados deberán ser remitidos a la Dirección de Recursos Humanos, para los efectos correspondientes.

Control de Asistencia

Art. 20.- Todo el personal nombrado por Ley de Salarios y Contratos de Servicios Personales, deberá asistir con puntualidad a su trabajo y registrar de forma personal su asistencia.

El control respectivo, se hará a través de los medios que establezca la máxima autoridad o de los recursos disponibles que permitan el control eficiente de asistencia, puntualidad y permanencia del personal, en cumplimiento a lo establecido en el Reglamento Interno de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

De la asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, será responsable el Jefe inmediato.

Expedientes de Personal

Art. 21.- La Dirección de Recursos Humanos, será responsable de elaborar, estructurar, clasificar, custodiar y mantener actualizados los expedientes de todo el personal, independientemente de la forma de contratación y fuente de financiamiento, con la información necesaria que facilite su ubicación en los archivos del Departamento.

Los expedientes deberán ser foliados y contendrán toda la documentación general, laboral y profesional de cada uno de los empleados, referente a la información relacionada con su ingreso, evaluaciones, ascensos, promociones y retiro del personal.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 22.- Las auditorías al Hospital, serán realizadas por la Unidad de Auditoría Interna del Nivel Superior.

CAPITULO II**NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS****DEFINICION DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES****Objetivos y Metas Estratégicas**

Art. 23.- La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, tomando en cuenta la misión y visión institucional, deberán definir los objetivos y metas en el Plan Estratégico Institucional y Plan Anual Operativo, que deberán responder a las políticas establecidas en el Plan de Gobierno u otros documentos y análisis pertinentes.

Seguimiento y Evaluación de Objetivos y Metas

Art. 24.- El seguimiento y evaluación del cumplimiento de objetivos y metas del Hospital, deberán ser supervisadas y evaluadas por la Dirección y jefaturas médicas y no médicas, a fin de realizar acciones preventivas o correctivas oportunamente. Cada Jefatura de área, según su nivel organizativo, dará seguimiento periódico del cumplimiento de indicadores establecidos y deberá documentar y presentar los resultados a la Jefatura inmediata.

Planificación Participativa

Art. 25.- Cada Jefatura médica y no médica y el personal a su cargo, de acuerdo a la estructura organizativa, realizará el Plan Anual Operativo de una 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, se deberá efectuar un examen exhaustivo de la situación actual, análisis del entorno y de las características internas significativas y realizar una valoración de riesgos, como componente del Sistema de Control Interno.

Integración de Planes Anuales Operativos

Art. 26.- La Dirección del Hospital, será la responsable de integrar los planes anuales operativos de cada área al Plan Operativo Institucional, oficializarlos y darlos a conocer a todo el personal, para lograr un compromiso en la utilización, como un instrumento de gestión.

Identificación de Riesgos

Art. 27.- La Dirección del Hospital y todas las jefaturas médicas y no médicas, deberán identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, asociados al logro de los objetivos institucionales.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 28.- Los factores de riesgos que hubieren sido identificados, deberán ser analizados por cada Unidad organizativa, en cuanto a su impacto o significado y a la probabilidad de ocurrencia que determine su importancia.

Al analizar los riesgos, deberá especificarse como mínimo, el proceso involucrado, el riesgo potencial identificando, la frecuencia, el impacto que puede ser: bajo, moderado o alto y la probabilidad de ocurrencia, clasificándolos del más al menos importante.

Gestión de Riesgos

Art. 29.- Analizada la probabilidad de ocurrencia y el impacto, se deberá decidir las acciones que se tomarán para minimizar el nivel de riesgo.

Al menos una vez al año, deberá realizarse una revisión de los posibles riesgos para las diferentes áreas del Hospital y determinar las alternativas de prevención.

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

Art. 30.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán documentar, mantener actualizado y divulgar internamente, las políticas y procedimientos de control que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno.

Actividades de Control

Art. 31.- Cada uno de los procesos que se realicen en el Hospital, en cualquier Unidad organizativa, deberán integrar sus propias actividades de control interno que mejor se adapten a su Unidad y a la Institución, a fin de que permitan una gestión eficaz y eficiente de los riesgos, que apoyen al logro de los objetivos y metas propuestas.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 32.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos que definan claramente la autoridad y la responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la Institución.

Separación de Funciones

Art. 33.- Las funciones de las diferentes unidades organizativas y de los empleados, deberán separarse, a fin de que exista independencia entre las funciones de: Autorizar, ejecutar, registrar, custodiar y controlar las operaciones.

Validación Presupuestaria

Art. 34.- No deberá existir ninguna erogación de fondos que no tenga respaldo presupuestario para validar la adquisición de bienes y servicios. Corresponderá a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) verificar la asignación presupuestaria, antes de iniciar todo proceso de adquisición de obras, bienes o servicios, en los rubros y cuentas correspondientes.

Análisis e Informes Financieros

Art. 35.- La Unidad Financiera Institucional (UFI) informará a la Dirección del Hospital, después del cierre contable el análisis de la ejecución presupuestaria, identificando las variaciones entre lo presupuestado y ejecutado sobre todos aquellos rubros que hubieren tenido mayor impacto y de los no cumplidos, con el propósito de que se realicen las acciones pertinentes oportunamente.

Cuentas Bancarias

Art. 36.- Toda cuenta bancaria, deberá estar a nombre de la Institución, conforme a las disposiciones legales correspondientes, identificando su naturaleza. El número de cuentas se limitará al necesario.

Todos los movimientos de las cuentas bancarias, deberán registrarse cronológicamente el día de la transacción.

Manejo de Cuentas Bancarias

Art. 37.- Cualquier cheque, retiro de fondos o cualquier documento de pago que se emita, deberá ser autorizado mediante firmas mancomunadas y de conformidad a las regulaciones establecidas por el Ministerio de Hacienda. Todos los desembolsos se efectuarán por medio de cheques prenumerados o abono a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias de la entidad, a excepción de los pagos por Caja Chica.

Las firmas en los cheques emitidos, deberán estamparse manualmente o de conformidad a lo que regule el Sistema Bancario. Por ningún motivo se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de persona o empresa diferente a las que hubieren suministrado bienes o servicios.

Las fórmulas de los cheques, cumplirán con los requisitos legales y de seguridad establecidos por la Ley. Los cheques en blanco, deberán ser debidamente custodiados para evitar el mal uso.

Recepción y Registro de Fondos

Art. 38.- Se llevarán registros, ya sean manuales o electrónicos detallados de toda recepción de efectivo, cheques y otros valores. El registro contable de los mismos, deberá clasificarse según su fuente de origen y estará a cargo del personal independiente, al responsable de la recepción.

Fondos de Caja Chica

Art. 39.- El Encargado o Responsable del Fondo de Caja Chica, será un servidor distinto al Responsable de los otros fondos y de quienes efectúen labores contables o presupuestarias. El Encargado o Responsable del Fondo, deberá ser seleccionado por su honradez, integridad y conocimiento de las Normas aplicables a la administración financiera y control de los recursos del Estado; además, deberá rendir fianza en cumplimiento a la Ley.

Transferencia de Fondos

Art. 40.- Toda transferencia de fondos, ya sea interna o externa, con el Sistema Financiero o con entidades, podrá hacerse por medios manuales o electrónicos, asegurándose que cada una de las transacciones, además de cumplir con las obligaciones legales, esté soportada en documentos debidamente autorizados por el Tesorero y Refrendario.

Registro de Información Financiera

Art. 41.- Las operaciones, deberán registrarse dentro del período en que ocurran, a efecto que la información financiera contable presente saldos actualizados y oportunos, que faciliten la toma de decisiones y para cumplir con este propósito las diversas unidades organizativas que administren información financiera, deberán remitirla al Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI) dentro del plazo regulado por ésta.

Recepción de Ingresos Propios

Art. 42.- La Unidad Financiera Institucional (UFI) percibirá y registrará en orden cronológica, a efecto que la información financiera contable presente fondos que se obtengan o provengan de: Arrendamiento de cafetines, máquinas dispensadoras de café, golosinas, convenios celebrados entre instituciones formadoras y el Hospital, por alumnos que realicen prácticas como parte de su proceso de formación, donaciones en efectivo por parte de empresas privadas y fundaciones, entre otros productos. Debiendo verificar, que su actuar se enmarque dentro de las Normas aplicables a la administración financiera.

Vencimientos de Derechos y Obligaciones por Pagar

Art. 43.- Deberá establecerse un control sobre los vencimientos de derechos y obligaciones por pagar, considerando las fechas de vencimiento para su recuperación o cancelación en forma oportuna. Este análisis y evaluación se efectuará periódicamente, en lo relacionado al pago oportuno de las obligaciones por pagar, dependerá de los depósitos de las solicitudes de fondos realizadas al nivel superior y de la disponibilidad de fondos propios.

Programa Anual de Adquisiciones y Contrataciones

Art. 44.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) elaborará en coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI) la programación anual de compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta programación anual deberá ser compatible con: La Política Anual de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, Plan de Trabajo Institucional, Presupuesto y programación de la ejecución presupuestaria del ejercicio fiscal en vigencia y sus modificaciones.

Normas del Sistema de Adquisiciones y Contrataciones

Art. 45.- El Sistema de Adquisiciones y Contrataciones, se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en el Reglamento y la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) el Manual de Procedimientos Integrado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y demás normativas, emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC) en cuanto a lo financiado con fondos del Gobierno de El Salvador (GOES) fondos propios y donaciones.

Art. 46.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) será la responsable del cumplimiento de las políticas, lineamientos y disposiciones técnicas que sean establecidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC) y de ejecutar todos los procesos relacionados con la gestión de adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios, en cumplimiento a lo establecido en la programación anual de adquisiciones.

Inicio de Adquisición y Contratación de Obras, Bienes o Servicios

Art. 47.- Todo proceso de adquisición o contratación, dará inicio con la solicitud o requerimiento por parte de la Unidad Organizativa solicitante. La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) verificará la asignación presupuestaria, previo a la iniciación de todo proceso de contratación de obras, bienes y servicios y verificará las existencias en inventario de bienes y suministros.

Bases de Concursos o Licitaciones

Art. 48.- Previo a toda licitación o concurso, se elaborarán las bases correspondientes, debiendo redactarse en forma clara y precisa, a fin de detallar el objeto de las obligaciones contractuales, los requerimientos y especificaciones de las mismas, cumpliendo el contenido mínimo de las bases que defina la Ley vigente.

Adjudicación de Obras, Bienes y Servicios

Art. 49.- Los criterios de evaluación en las adquisiciones y contrataciones, deberá evaluarse en sus aspectos técnicos y económicos financieros, que obedezcan a parámetros y criterios objetivos, medibles y comprobables, de acuerdo al marco legal vigente, lo cual quedará debidamente documentado.

Prohibición de Fraccionamiento

Art. 50.- Se deberá evitar el fraccionamiento de las adquisiciones y contrataciones, con el fin de modificar la cuantía de la misma y eludir así el requisito establecido para las diferentes formas de contratación reguladas por las leyes vigentes.

Recepción de Obras, Bienes y Servicios

Art. 51.- Deberá dejarse constancia escrita de la recepción de obras, bienes y servicios adquiridos. El responsable de emitir esta constancia se asegurará que el suministro cumpla con las características establecidas en la Orden de Compra o Contrato. En caso de determinar bienes dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes, el responsable de la recepción del suministro levantará el informe respectivo, informará a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y entregará copia al Proveedor del bien o servicio; absteniéndose de recibir el suministro hasta que se haya subsanado la deficiencia, de lo contrario se procederá según la Ley.

La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) deberá coordinar con las diferentes unidades organizativas o la Bodega, los plazos de entregas de las adquisiciones parciales o totales.

ACTIVIDADES ESPECIALES DE ATENCION A LA PERSONA Y AL MEDIO AMBIENTE

Servicios Médicos Hospitalarios

Art. 52.- La Dirección del Hospital, en coordinación con sus unidades organizativas, será responsable de planificar, administrar y garantizar los servicios médicos permanentes e integrales a la población de su área geográfica de influencia. Los servicios médicos hospitalarios comprenderán: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y otras que la población demande, sin detrimento de

las especialidades que competan a un Hospital de Segundo Nivel; incluyendo: Hospitalización, consulta externa, consulta de emergencia, cirugías, nutrición, rehabilitación, administración de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio y gabinete, asistencia psicológica y psiquiátrica, consulta odontológica y controles preventivos materno e infantiles.

Programas de Salud

Art. 53.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y demás empleados, serán responsables de garantizar el cumplimiento de los programas médicos que el Nivel Superior del Ministerio de Salud Pública designare, mediante: La planificación, organización, ejecución, control, evaluación, supervisión y monitoreo oportuno de dichos servicios.

Verificación y Seguimiento de la Calidad Médica

Art. 54.- El Director del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios médicos hospitalarios, deberán monitorear, supervisar y evaluar permanentemente el cumplimiento de los servicios médicos hospitalarios que proporcionen los diferentes proveedores.

Estadística de los Servicios de Salud

Art. 55.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y demás empleados, en beneficio de los usuarios, deberán establecer y mantener actualizados los procedimientos que sean necesarios, a fin de garantizar la obtención de estadísticas oportunas, veraces y confiables de todos los servicios de salud proporcionados, diaria, semanal, mensual y anualmente, basados en la Normativa institucional vigente.

Administración de Medicamentos

Art. 56.- La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas correspondientes, elaborarán los mecanismos de control apropiados; de tal manera, que se garantice la administración eficiente de los medicamentos para los usuarios.

Las unidades organizativas correspondientes, deberán mantener un control de todas las existencias de medicamentos e insumos e informar mensual y anualmente a las unidades correspondientes el consumo e inventario de los mismos.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 57.- La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documentos las políticas y procedimientos, que definan claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la Institución, cuando esto no esté definido en las leyes vigentes.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Activos

Art. 58.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos para proteger y conservar los activos institucionales, principalmente los más vulnerables, cuando no esté establecido en las normativas legales vigentes.

Administración del Activo Fijo

Art. 59.- Para el control, conservación, registro, transferencia, descargo y trámite de subasta, donación, permuta o destrucción de los activos fijos del Hospital, se aplicará la Norma para la Administración del Activo Fijo, instructivos del Proceso de Permuta de Bienes Muebles y el Proceso de Subasta Pública del Ministerio de Salud. La Unidad responsable de llevar el control de los activos fijos institucionales, será Conservación y Mantenimiento. El control de los activos fijos de las diferentes unidades organizativas, será responsabilidad de las jefaturas médicas y no médicas y de los empleados.

Entrega de Activos Fijos

Art. 60.- Cuando existan cambios en el personal por cualquier causa, éstos harán entrega formal de los activos asignados, dejando constancia mediante Acta, la cual deberá ser firmada por el que entregue, reciba y el representante de Conservación y Mantenimiento.

Donaciones

Art. 61.- Todos los bienes obtenidos por el Hospital en carácter de donativos, deberán estar sujetos a un proceso de aceptación y recepción, previo a un análisis técnico que emita para tal efecto el o los expertos del área correspondiente, a fin de determinar la conveniencia de contar con dicho bien, antes de pasar a formar parte de los inventarios del Almacén.

El Director del Hospital, decidirá la aceptación del donativo sustentado en el análisis técnico a que se refiere el inciso anterior.

Las donaciones de medicamentos, insumos médicos y equipo médico quirúrgico por parte de instituciones u organismos nacionales o internacionales, se regulará de acuerdo a la Norma para Aceptación de Donativos de Medicamentos, Insumos Médicos y Equipo Médico Quirúrgico emitida por el Ministerio de Salud.

Control de Bienes en Bodegas

Art. 62.- Para la recepción, almacenamiento, registro, distribución, control e inventario, niveles de seguridad y determinación de existencias, se regirá por lo establecido en la Normativa del Ministerio de Salud.

Arqueo de Fondos

Art. 63.- Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes sobre la totalidad de fondos, los cuales serán practicados por una persona designada por la Unidad Financiera Institucional (UFI) quien 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 y a la Dirección del Hospital.

Constatación Física

Art. 64.- Se realizarán constataciones físicas de inventarios en bodegas y Farmacia, por lo menos dos veces al año y al activo fijo una vez al año, por parte de los responsables de cada área en mención o si fuere posible de acuerdo al costo-beneficio por servidores independientes de su custodia y registro; a las unidades organizativas involucradas en caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

Registro de Almacén y Activos

Art. 65.- Se mantendrá un Sistema para el registro de las existencias de Almacén y activos fijos, que facilitará: La codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, estado de los bienes, fecha, costo de adquisición, responsable de los mismos y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo.

Codificación

Art. 66.- Todo el equipo deberá estar codificado de acuerdo a la Normativa emitida por el Ministerio de Salud. La codificación deberá establecerse, de tal manera que sea factible la identificación de todos los bienes al momento de realizar constataciones físicas.

Mantenimiento Preventivo y Correctivo

Art. 67.- De acuerdo a disponibilidad presupuestaria, se 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 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, el control contable del bien para determinar el costo-beneficio de las reparaciones y el establecimiento de controles que garanticen la veracidad de las reparaciones y la colocación de repuestos o piezas nuevas. En caso de contratación de terceros para el mantenimiento o reparación de bienes, deberá vigilarse el fiel cumplimiento de lo pactado.

Descargo de Bienes

Art. 68.- Se aplicará estrictamente las disposiciones reglamentarias para el descargo de bienes de consumo, mobiliario y equipo, bienes intangibles, vehículos y otros; contando con las justificaciones requeridas. Los bienes descargados podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cumplir cualquier disposición institucional apegada a la Ley. Estas acciones deberán quedar debidamente documentadas.

Transferencias

Art. 69.- El Hospital, podrá efectuar transferencia de bienes en general entre instituciones de gobierno; así como también, con otras instituciones sin fines de lucro.

Las transferencias las autorizará el Director del Hospital, ya sea cuando se trate de recibir o de enviar; todos los bienes sujetos a transferencia, deberán efectuarse en formulario de "solicitud y vale de salida de materiales". Cuando el Hospital tenga que enviar el bien a otra Institución, además del formulario establecido, deberá existir la solicitud escrita del Titular de la Institución solicitante.

Las transferencias de medicamentos e insumos médicos, se realizarán en base a lo establecido en las Normas y Procedimientos para efectuar Transferencias de Medicamentos e Insumos Médicos, emitidas por el Ministerio de Salud (MINSAL).

Uso de Vehículos

Art. 70.- 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. Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada laboral en el estacionamiento asignado a cada Unidad organizativa, a menos que haya una autorización de la Dirección para ser usados fuera de la jornada normal y resguardarlos fuera de la Institución.

Art. 71.- La administración de combustible institucional, se realizará de acuerdo a la Normativa legal vigente.

Registro de Bienes Inmuebles

Art. 72.- Los bienes inmuebles, deberán estar documentados en escrituras públicas, que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritas en el registro correspondiente según indica la Ley. Los documentos originales que amparen la propiedad de los bienes, deberán ser remitidos para su custodia al Archivo General del Ministerio de Salud, conservándose copia debidamente certificada en la Unidad de Activo Fijo, quienes a su vez deberán remitir copia certificada a la Unidad Financiera Institucional del Hospital, a fin de ser registrada contablemente.

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

Art. 73.- La Dirección del Hospital, deberá establecer por medio de documento, los 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 resguardados de acuerdo a la Normativa vigente.

Diseño de Documentos, Formularios y Reportes Institucionales

Art. 74.- Cuando sea pertinente, las jefaturas médicas y no médicas, con aprobación de la Dirección, podrán diseñar y elaborar documentos, formularios, reportes u otro tipo de registros que facilite el control interno, para anotar las transacciones y hechos significativos que necesiten ser registrados y demostrados, los cuales deberán reunir al menos los requisitos siguientes:

- a) Un propósito definido;
- b) Apropriados y relacionados con los objetivos institucionales;
- c) Que sean de utilidad a la Unidad Organizativa y la entidad; y
- d) Que permitan un análisis, revisión o evaluación posterior.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 75.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documentos, las políticas y procedimientos sobre la conciliación periódica de registros, para verificar su exactitud y determinar y enmendar errores u omisiones.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Caucciones

Art. 76.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos en materia de garantías, considerando la razonabilidad y suficiencia, para que sirva como medio de aseguramiento del adecuado cumplimiento de las funciones, respetando la Normativa legal vigente.

Pérdidas por Extravío de Valores

Art. 77.- Cuando ocurran robos, hurtos, fraudes, pérdidas o extravío de valores, el Encargado de los mismos, deberá informar en su oportunidad al Jefe inmediato, quien comunicará a la Dirección del Hospital lo sucedido para constituir una Comisión de investigación que deduzca responsabilidades administrativas. Asimismo, deberá informar lo sucedido a las autoridades de seguridad y justicia correspondientes; además de gestionar ante la Compañía de seguros el reclamo respectivo.

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

Art. 78.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos sobre los controles generales, comunes a todos los sistemas de información.

CAPITULO IV**NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION****Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación**

Art. 79.- Los sistemas de información que se diseñen e implanten dentro del Hospital, deberán ser acordes con los planes estratégicos y los objetivos institucionales, debiendo ajustarse a sus características y necesidades.

Gestión del Sistema de Información

Art. 80.- La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, serán los responsables de gestionar, desarrollar e implementar un Sistema de Información, de acuerdo al Plan Estratégico, misión, objetivos y metas establecidos institucionalmente, debiendo ajustarse a requerimientos internos y externos y facilitando información para la rendición de cuentas de la gestión.

Flujo de la Información Institucional

Art. 81.- La Dirección del Hospital, en coordinación con las jefaturas médicas y no médicas, deberán determinar y establecer los medios de comunicación, que garanticen adecuada difusión de información oficial de la Institución, a todos los niveles correspondientes.

Responsable de Comunicaciones

Art. 82.- El ente coordinador de las comunicaciones internas y externas de la Institución, será la Dirección del Hospital o el funcionario que se designe.

Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 83.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán diseñar los procesos que les permita identificar, registrar y recuperar la información, de los eventos internos y externos que lo requieran dentro de un contexto de cambios constantes.

Características de la Información

Art. 84.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y demás empleados, deberán asegurar que la información que se genere y procese en cada Unidad organizativa, sea confiable, oportuna, suficiente, accesible y pertinente. Cada Unidad organizativa, deberá establecer los puntos de control para verificar y asegurarse que estas características se cumplan de acuerdo a los procesos que desarrollen.

Efectiva Comunicación de la Información

Art. 85.- La información deberá ser comunicada al usuario, interno y externo que la necesite, en la forma y plazo requeridos para el cumplimiento de sus competencias. La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, establecerán y mantendrán líneas recíprocas de comunicación a todos los niveles de la organización.

Archivo Institucional

Art. 86.- Las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con un Archivo para preservar la información, en virtud de su utilidad y requerimientos jurídicos y técnicos, conformado por toda la información y documentación del área respectiva, de gestión y de cumplimiento legal que realice 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. 87.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán vigilar que los funcionarios realicen las actividades de control durante la ejecución de las operaciones de manera integrada e institucionalmente en el tiempo real.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 88.- Todas las jefaturas responsables de una Unidad organizativa, área o proceso, deberán determinar la efectividad del Sistema de Control Interno propio, al menos una vez al año, realizando una autoevaluación de cada uno de los componentes de su Sistema, respecto de las actividades significativas.

Evaluaciones Separadas

Art. 89.- La Unidad de Auditoría del Nivel Superior, la Corte de Cuentas de la República, las firmas privadas de Auditoría y demás instituciones de control y fiscalización, evaluarán periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno Institucional.

Comunicación de Resultados del Monitoreo

Art. 90.- Los resultados de las actividades de monitoreo del Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados a la Dirección del Hospital, a las jefaturas médicas y no médicas, según corresponda.

CAPITULO VI**DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

Art. 91.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, Ilopango, del Departamento de San Salvador, 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 la máxima autoridad. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, Ilopango, del Departamento 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.

Divulgación

Art. 92.- La Dirección del Hospital, será la responsable de divulgar las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a sus funcionarios y empleados; así como de la aplicación de la misma, mediante documento a los niveles gerenciales, de Jefatura y operativos del Hospital.

Art. 93.- Derógase el Decreto No. 6, de fecha nueve de abril del año dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo 379, de fecha 12 de mayo de 2008.

Art. 94.- El presente Decreto entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, veinticinco de noviembre del dos mil once.

Dr. (h.c.) Marcos Gregorio Sánchez Trejo,

Presidente de la Corte de Cuentas de la República.