



DECRETO No. 03

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

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno. (NCTI).
- II. Que el referido Reglamento, se elaboró de conformidad al Marco Integrado de Control Interno COSO III, emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (conocido como COSO, por sus siglas en inglés).
- III. Que es necesario efectuar una adecuación del mencionado Reglamento, con el propósito de proporcionar un instrumento técnico, que les permita a las entidades sujetas a su ámbito de fiscalización, el diseño de sus Normas Técnicas de Control Interno Específicas.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

**NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL SANTA GERTRUDIS, DEPARTAMENTO DE SAN VICENTE**

**CAPÍTULO PRELIMINAR
GENERALIDADES**

Objeto de las Normas Técnicas Institucionales

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituyen el marco básico que establece el Hospital Nacional Santa Gertrudis, Departamento de San Vicente, que en adelante se denominará el "hospital", aplicables con carácter obligatorio a sus dependencias y servidores, para regular el Sistema de Control Interno.

Responsables del Sistema de Control

Art. 2.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno, corresponde al Titular y demás jefaturas, según su competencia, todos realizarán las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno, es el conjunto de procesos continuos e interrelacionados, diseñado para el control de las operaciones del hospital, a fin de proporcionar seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales, de las actividades llevadas a cabo por el Titular, jefaturas y empleados de hospital; el control interno, puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

Objetivos del Control Interno

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

- a. Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia de las operaciones;
- b. garantizar la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de la información;
- c. cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables; y
- d. proveer información exacta, veraz, completa y oportuna de las diferentes operaciones a las autoridades competentes.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno, son: Entorno de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información, Comunicación y Supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

a. Entorno de Control

Comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno en cada entidad pública.

Principios:

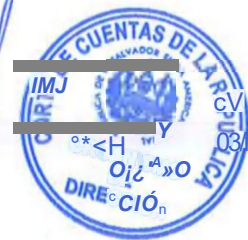
1. Compromiso con la integridad y valores éticos;
2. Supervisión del Sistema de Control Interno;
3. Estructura, líneas de reporte o de comunicación, autoridad y responsabilidad;
4. Compromiso con la competencia del talento humano; y
5. Cumplimiento de responsabilidades.

b. Evaluación de Riesgos

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

c. Principios:

1. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales;
2. Identificación y análisis de los riesgos para el logro de objetivos;
3. Evaluación del riesgo de fraude; e



4. Identificación, análisis y evaluación de cambios que in/ip^ctan el Sistema de Control interno.

d. Actividades de Control

Son las acciones establecidas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la administración, para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

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

e. Información y Comunicación

La información permite al hospital, llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. La administración, necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno.

La comunicación, es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información.

Principios:

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

f. Actividades de Supervisión

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

Principios:

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

Seguridad Razonable

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



CAPÍTULO I ENTORNO DE CONTROL

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

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

Principio 1: Compromiso con la Integridad y los Valores Éticos

Compromiso con los Principios y Valores Éticos

Art. 8.- El Titular y jefaturas, en todos los niveles y dependencias del hospital, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, la sujeción a la integridad y los valores éticos según lo contenido en la Ley de Ética Gubernamental, de acuerdo al Art. 4, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Estándares de Conducta

Art. 9.- La integridad y valores éticos, estarán definidos según el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, estableciendo estándares de conducta del talento humano de este hospital y los procedimientos para evaluar su cumplimiento, los que serán divulgados en todos los niveles de la estructura organizativa.

Seguimiento a Desviaciones

Art. 10.- El Titular y jefaturas, debe atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a los estándares de conducta, aplicando acciones preventivas, correctivas o sancionatorias, según lo establecido en la Ley de Servicio Civil.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la Responsabilidad en la Supervisión

Art. 11.- La responsabilidad de supervisión del Sistema de Control Interno, recae principalmente en el Titular y las jefaturas, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y complejidad de cada área.

Supervisión y Evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 12.- El Titular, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y cumpliendo lo establecido en los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para contribuir al logro de los objetivos institucionales. Y solo en casos de procesos internos, efectuará los ajustes correspondientes junto a las jefaturas.



Art. 13.- El Titular, tiene la atribución de supervisar la efectividad de los cinco componentes del Sistema de Control Interno, implementados por el hospital.

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

Estructura Organizativa

Art. 14.- El hospital, posee una estructura organizativa aprobada por el Ministerio de Salud, conformada por unidades y departamentos. Dicha estructura, podrá ser modificada por la Dirección y equipo de apoyo, en base a necesidades internas de la Institución o cambios de coyuntura emergente, considerando los siguientes aspectos: Naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y el marco legal aplicable.

Establecimiento de Funciones y Competencias

Art. 15.- El Titular y su equipo, ha diseñado y evalúa las funciones y competencias, líneas de reporte o de comunicación, para cada unidad organizativa, a efecto de garantizar el cumplimiento de los objetivos y facilitar el flujo de información.

Autoridad y Responsabilidad

Art. 16.- El Titular, es responsable de las funciones que delega; por lo que, debe supervisarlas de forma periódica y en caso de modificaciones, efectuará los ajustes pertinentes, según los siguientes niveles:


- a. **Las jefaturas**, emiten instrucciones escritas, que le faciliten al personal llevar a cabo sus responsabilidades de control interno; y
- b. **El personal**, obtendrá una comprensión de los estándares de conducta esperados, riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos, actividades de control inherentes a sus funciones y competencias, canales de comunicación, actividades de supervisión y cumplirán con las instrucciones emitidas por las jefaturas.

Principio 4: Compromiso con la Competencia del Talento Humano

Establecimiento de Políticas y Prácticas

Art. 17.- El Departamento de Recursos Humanos, con autorización del Titular, será el responsable de orientar y velar porque se cumpla el marco regulatorio sobre Políticas y Prácticas de Personal, especialmente en: la inducción, contratación, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias a todo el talento humano del hospital.

Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de Unidad y Departamentos de Recursos Humanos, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deben de ser cumplidas por el talento humano en el desempeño de sus funciones, para el cumplimiento de los objetivos institucionales.



La competencia consiste en: la capacidad del talento humano, para llevar a cabo las responsabilidades asignadas; requiere de actividades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas, en temas relacionados a las funciones asignadas, los cuales deberán ser integrados en el plan de capacitación para cada ejercicio fiscal, a fin de mejorar los procesos de la Institución y facilitar la obtención de certificaciones en áreas especializadas, que de acuerdo a las funciones asignadas, sean requeridas.

Lo anterior, será manifiesto a través de las actitudes, conocimientos y comportamientos del talento humano, en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluación de Competencias

Art. 18.- El Titular, a través de las jefaturas evaluará periódicamente las competencias del talento humano, de acuerdo a lo establecido en el perfil del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

Desarrollo Profesional

Art. 19.- El Titular, a través del Departamento de Recursos Humanos, promoverá el desarrollo de procesos de capacitación permanente, a través de diagnósticos y planes anuales realizados por las jefaturas, para facilitar la capacitación necesaria para el desarrollo de las competencias profesionales del talento humano, según las funciones que desempeñan; lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos.

Planes de Contingencias

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

Principio 5: Cumplimiento de Responsabilidades

Responsabilidad sobre el Control Interno

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

El Titular, como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno, deberá efectuar una evaluación continua de la responsabilidad asignada a nivel de la estructura de la entidad por medio de las jefaturas, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos.

Incentivos

Art. 22.- El Titular, establecerá en todos los niveles del hospital, los incentivos apropiados para el talento humano que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen



institucional, sin afectar el cumplimiento de sus objetivos a corto y largo plazo y la normativa establecida vigente.

Evaluación del Desempeño

Art. 23.- El Titular de la Institución, a través del Departamento de Recursos Humanos, establecerá y aplicará evaluaciones de desempeño al talento humano, por medio de instrumentos técnicos que permitan medir el cumplimiento de los deberes y obligaciones asignados a cada empleado, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas, para el logro de los objetivos de la entidad.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que permitan fortalecer las capacidades del talento humano, ejercer medidas disciplinarias y la aplicación del Sistema de Incentivos por Mérito Personal.

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de Riesgos

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

Principio 6: Establecimiento de Objetivos Institucionales

Objetivos Institucionales


Art. 25.- El Titular y las jefaturas, definirá los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que deberán ser consistentes con la misión y visión institucional.

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

1. Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas;
2. Determinación de la tolerancia para cada nivel de riesgo, asociado con los objetivos;
3. Armonización de los objetivos establecidos con la normativa aplicable;
4. Establecimiento de los objetivos en términos específicos, medibles, observables, realizables y relevantes; y
5. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

Objetivos Estratégicos

Art. 26.- El Ministerio de Salud, ha definido las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.



Objetivos Operacionales

Art. 27.- El Titular, con las jefaturas, en cumplimiento con el Lineamiento Interno para la Planificación Anual Operativa, elaborarán el Plan Anual Operativo que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa, en función de sus objetivos estratégicos, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

Riesgos

Art. 28.- Los riesgos, constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, las jefaturas deben identificarlos y analizarlos, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

Gestión de Riesgos

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

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

Identificación de Riesgos

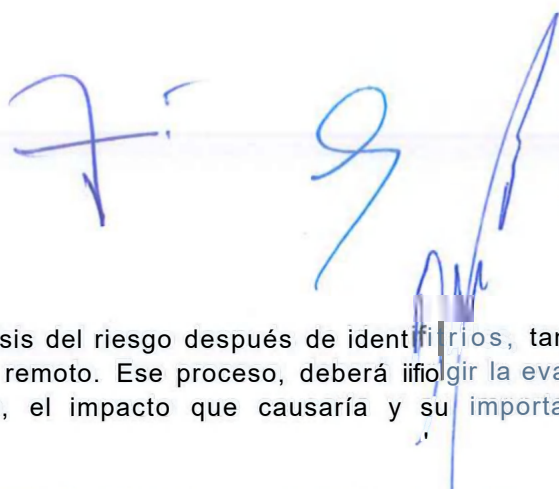
Art. 30.- El Titular, a través de las diferentes jefaturas de unidades y/o departamentos, serán responsables de la identificación de riesgos internos o externos, que impidan la consecución de los objetivos y las metas institucionales. El proceso de identificación de riesgos, debe ser integral, considerando las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos, pueden ser generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos, se pueden generar en áreas como:

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

Los riesgos externos, pueden ser:

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



Análisis de Riesgos

Art. 31.- Las jefaturas, efectúan el análisis del riesgo después de identificarlos, tanto a nivel del hospital, como en el entorno próximo y remoto. Ese proceso, deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

Se debe estimar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificado, con el fin de valorar el impacto en el cumplimiento de éstos. Esta estimación, comprende tres variables: Probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones, se puede construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

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

- a. La velocidad del riesgo, se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.
- b. El impacto, se refiere a pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información de la entidad, entre otras.

El impacto, deberá estar expresado en términos cuantitativos.

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

Determinación e Implementación de Acciones para Mitigar el Riesgo

Art. 32.- Analizados los riesgos, el Titular y las jefaturas, definirán las acciones para su administración y mitigación.

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

Principio 8: Evaluación del Riesgo de Fraude

Riesgo de Fraude

Art. 33.- El Titular y las jefaturas, al evaluar los riesgos considerarán la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos.

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

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

Cambios que Afectan el Sistema de Control Interno

Art. 34.- El hospital, a través de las jefaturas identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso, es desarrollado

paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos del hospital, éstos podrían referirse a los siguientes:

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

CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL

Actividades de Control

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

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

Los controles establecidos permiten:

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

Principio 10: Selección y Desarrollo de las Actividades de Control

Selección y Desarrollo de Actividades de Control

Art. 36.- El Titular y las jefaturas, seleccionarán e implementarán en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuyan a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos.

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

Factores que Influyen en el Diseño e Implementación

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

- a. El ambiente y complejidad del hospital;
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones;

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

Procesos Relevantes

Art. 38.- El Titular y las jefaturas, definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos del hospital.

Los controles están orientados a:

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

Diversidad de Controles

Art. 39.- Las actividades de control, pueden incluir una diversidad de controles en los distintos niveles de la entidad, algunos se relacionan solamente con un área específica, pero frecuentemente las actividades de control definidas para un objetivo específico, pueden utilizarse para lograr el cumplimiento de otros objetivos. Los controles pueden ser: Preventivos, de detección y correctivos; siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Tipos de Actividades de Control

Art. 40.- El Titular, a través de las jefaturas, implementará las actividades de control relacionadas, con los aspectos siguientes:

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

Autorizaciones y Aprobaciones

Art. 41.- El Titular, a través del Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Santa Gertrudis y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, ha definido niveles jerárquicos, para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonios, ingresos y gastos.

Verificaciones

Art. 42.- El Titular, a través de las jefaturas, se encargarán de las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos, al menos una vez al año.

Se nombrarán comisiones, en casos excepcionales y que ameriten verificación por encima de las actividades realizadas, en las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos. Los miembros de dichas comisiones, serán independientes al registro, custodia y control de los bienes.

El resultado de las verificaciones físicas, se respaldará mediante levantamiento de inventario físico; de existir diferencias, se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo y Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministro de Almacenes del Ministerio de Salud.

Administración de Fondos y Bienes

Art. 43.- El Titular, nombrará mediante acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los procedimientos establecidos en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Revisión de Informes

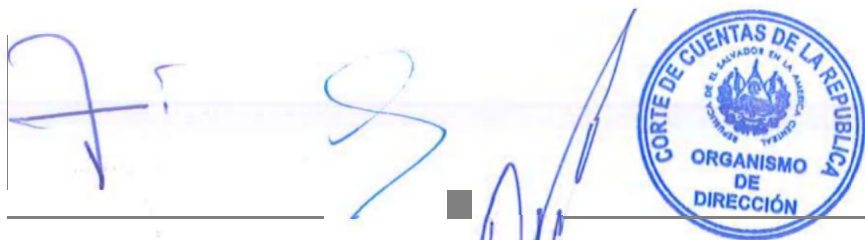
Art. 44.- El Titular y las jefaturas, efectuarán revisión de los informes generados en las diferentes áreas de la Institución; según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

Art. 45.- El Titular y las jefaturas, deberán asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados.

Controles Físicos

Art. 46.- El Titular, a través del Departamento de Activo Fijo, se encargará de realizar la verificación física de bienes muebles e inmuebles y a través de Almacén, se encargará de realizar el inventario de existencia de insumos.

Ambos efectuarán el levantamiento de inventario, una vez al año.



De existir diferencias, se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo y Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministro de Almacenes del Ministerio de Salud.

Art. 47.- El hospital, está sometido a Auditoría Interna del Ministerio de Salud, cuando éste así lo considere o que el hospital lo solicite, efectuando control de los bienes, fondos y valores institucionales, de acuerdo a procedimientos establecidos en las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental y Manual de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.

Rendición de Fianzas

Art. 48.- Previo a tomar posesión del cargo, los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, el Titular verificará que éstos rindan fianza a favor de la Institución. En el acuerdo de nombramiento, se definirán las personas que de conformidad a la función asignada deban rendir fianza y se adjuntará al expediente personal, el certificado correspondiente.

Indicadores de Rendimiento

Art. 49.- El Titular y las jefaturas, diseñarán e implementarán indicadores de rendimientos para verificar el desempeño y el cumplimiento de los planes, procesos y funciones asignadas en el cumplimiento de los objetivos y lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.

Segregación de Funciones Incompatibles

Art. 50.- El Titular y las jefaturas, evitarán la asignación de funciones incompatibles, como son las de autorización, registro, custodia de fondos, valores y bienes, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

Asistencia y Permanencia de Personal

Art. 51.- El Reglamento Interno de Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, establece el mecanismo de control para la asistencia y permanencia de los empleados en su lugar de trabajo, siendo las jefaturas las responsables de verificar su cumplimiento.

Documentación de Actividades

Art. 52.- Las actividades realizadas en las diferentes áreas, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior.

Registro Oportuno y Adecuado de las Transacciones y Hechos Económicos

Art. 53.- Las jefaturas, deberán remitir oportunamente a la Unidad Financiera Institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generan, para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

Acceso Restringido a los Recursos, Activos y Registros

Art. 54.- En el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, y los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, se define la restricción en el acceso a los recursos, activos y registros del hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Conciliaciones

Art. 55.- En el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, se definen los procedimientos de conciliación periódica de los registros administrativos de fondos y registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo, para asegurar la congruencia de las cifras y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias.

Art. 56.- Las conciliaciones bancarias, se efectuarán dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró.

Rotación de Personal en las Tareas Claves

Art. 57.- El Director, definirá procedimientos de rotación de personal en áreas claves, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

El proceso de rotación de personal, se desarrollará según necesidad del área, verificada en Manual de Organización Funciones del Hospital Nacional Santa Gertrudis y el perfil a cumplir, según Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud.

Función de Auditoría Interna Independiente

Art. 58.- El Ministerio de Salud, garantizará que la función de auditoría interna se desarrolle de manera independiente, para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno, contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas, para mitigar los riesgos existentes en el hospital.

Autoevaluación y Actualización de Controles

Art. 59.- Las jefaturas, serán responsables de verificar de forma periódica los controles establecidos, de acuerdo a las operaciones que realizan y determinar si son funcionales o si ameritan ser actualizados.

Planes de Contingencia

Art. 60.- El Director, a través de los diferentes comités hospitalarios, formulará y mantendrá actualizado el Plan de Contingencia para el Resguardo y Protección de Personas, Bienes e Información, asegurando la continuidad de las operaciones ante eventos que podrían alterar el



normal funcionamiento, para la minimización de los riesgos no pijjejybles, críticos o de emergencia y facilitar la recuperación de las actividades normales.

Informe de Resultados

Art. 61.- Las jefaturas, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, los que deberán ser presentados a la Dirección, para efectos de consolidación y medición de resultados.

Uso de Tecnologías de Información y Comunicación

Art. 62.- El Ministerio de Salud, a través de los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, definirá los controles aplicables al procesamiento electrónico de datos, con el propósito de salvaguardar el diseño, ciclo de operación y desarrollo de los sistemas; así como, la utilización de los sistemas operativos y equipos tecnológicos.

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

Seguridad de la Información

Art. 63.- La seguridad de la información, deberá ser gestionada por el Área de Informática, en todos los niveles de la Institución, con base a lo determinado en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, que define las necesidades operativas que garantizan el cumplimiento de los siguientes objetivos para la información:

- a) **Confidencialidad:** Se garantiza que la información sea accesible, sólo para personas autorizadas a tener acceso a la misma;
- b) **Integridad:** Se salvaguarda la exactitud y totalidad de la información y métodos de procesamiento; y
- c) **Disponibilidad:** Se garantiza que los usuarios autorizados tengan acceso a la información y a los recursos relacionados con la misma, siempre que lo requiera.

Principio 11: Selección y Desarrollo de Controles Generales sobre Tecnología

Controles Generales

Art. 64.- El Director, a través de la Jefatura de Informática, será responsable de cumplir lo establecido por medio de los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de la base de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyan las medidas, políticas y procedimientos para garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.



Uso de Tecnologías de Información y Comunicación

Art. 65.- El Director, para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utilizará tecnologías de Información y comunicación, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera.

Política de Seguridad

Art. 66.- El Director, a través de la Jefatura de Informática, hará cumplir las políticas de seguridad de la información establecida, que contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, que consisten en:

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

Art. 67.- Los sistemas de información gestionados por el Director, darán apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos; por lo que, se han establecido los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información, cuentan con mecanismos de seguridad de la entrada, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permite los cambios o modificaciones necesarias y autorizadas, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones, según gestiones realizadas al Área de Tecnología, del Ministerio de Salud.

Principios 12: Emisión de Políticas y Procedimientos de Control Interno

Políticas y Procedimientos

Art. 68.- El Director, según los lineamientos, establecerá actividades de control aplicables a las áreas administrativa, financiera y operativa, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.

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

Handwritten signature and stamp of the Corte de Cuentas de la República, El Salvador, C. A. The stamp is circular and contains the text: "CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA", "ORGANISMO DE DIRECCION", and "REPUBLICA DE EL SALVADOR EN LA AMERICA CENTRAL".

Las políticas y procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

- a) Son establecidas por escrito;
- b) Realizadas oportunamente y por el personal responsable;
- c) Incluyen acciones preventivas y correctivas; y.
- d) Son sujetos a evaluación periódica.

CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información

Art. 69.- La información, es necesaria para que el Director ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes de control interno.

El sistema de información, incluye un conjunto de actividades involucrando: Usuarios internos y externos, procesos, datos y/o tecnología, para permitir al Director obtener, generar, usar y comunicar la información, manteniendo responsabilidad sobre la misma y facilitando la evaluación del desempeño o progreso hacia el cumplimiento de los objetivos.

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

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

Comunicación

Art. 70.- La comunicación, es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad; tanto interna, que fluya en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por el Director.

Principio 13: Información Relevante y de Calidad

Información Relevante y de Calidad

Art. 71.- El Director, en coordinación con las jefaturas, desarrollará e implementará controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

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

Sistema de Información

Art. 72.- La Entidad, desarrollará sistemas de información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto Internas como externas, para convertirlos en Información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

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

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

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

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

Principio 14: Comunicación Interna

Comunicación Interna

Art. 73.- El Director, en coordinación con las jefaturas, ha establecido e implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Para esos efectos, la comunicación interna permite:

- a. Que cada empleado conozca su rol y tenga acceso a la información, que sirve de base para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de su responsabilidad en el Sistema de Control Interno;
- b. Contar con medios alternos de comunicación, en caso de que existan fallas en la operación de los canales establecidos; y



- c. Seleccionar métodos de comunicación, que permitan la oportunidad y efectividad en la obtención y entrega de la información. Aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad.

Niveles de Comunicación

Art. 74.- La comunicación entre el Director, las jefaturas y empleados en general, estará orientada a proporcionar la información necesaria, para ejercer supervisión, sobre las responsabilidades del Sistema de Control de Interno. Las comunicaciones, se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, cambios o problemas identificados en el Sistema.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que el Director en coordinación con las jefaturas, analicen el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que tomen las decisiones adecuadas y oportunas.

Canales de Comunicación

Art. 75.- Para que la información fluya a través de la organización, el Director establecerá canales adecuados de comunicación, por medios escritos y de tecnologías de información y comunicación. Además, ha colocado buzones de sugerencias en el Área de Atención a Usuarios, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales, puedan hacer sugerencias para mejorar la prestación de los servicios y reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la Comunicación

Art. 76.- El Director y las jefaturas, utilizan el método adecuado de comunicación, tomando en cuenta al receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a. Circulares;
- b. Memorandos;
- c. Correo electrónico;
- d. Acuerdos;
- e. Actas;
- f. Carteleras;
- g. Reuniones de trabajo;
- h. Noticias;
- i. Mensajes de texto;
- j. Intranet;
- k. Transmisiones vía internet;
- l. Sitio web institucional;
- m. Publicaciones; y
- n. Video conferencias.



Principio 15: Comunicación Externa

Comunicación Externa

Art. 77.- Para realizar la comunicación externa, el Director en coordinación con las jefaturas, deberá cumplir las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante de fuentes externas, relacionadas con el que hacer institucional.

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

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

CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 78.- La supervisión, implica la realización de evaluaciones continuas e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

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

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

- a. Las actividades de supervisión, son realizadas continuamente por las jefaturas y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones;
- b. Implementación de evaluaciones independientes;
- c. Toma de acciones, respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno;
- d. Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control; y
- e. Deficiencias detectadas, que afecten al Sistema de Control Interno, deberán ser informadas oportunamente a la jefatura inmediata, de acuerdo al organigrama institucional vigente, para garantizar una adecuada toma de decisiones.

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

Evaluaciones Continuas e Independientes

Art. 79.- El Director, desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.



Evaluaciones Continuas

Art. 80.- El Director, ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos las evaluaciones continuas que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Evaluaciones Independientes

Art. 81.- El hospital, es sujeto a evaluaciones independientes por parte de la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y de la Corte de Cuentas de la República, estas evaluaciones se ejecutan periódicamente y determinan si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es desarrollado de manera efectiva.

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

Principio 17. Evaluaciones y Comunicación de Deficiencias de Control Interno

Evaluación y Comunicación de Deficiencias

Art. 82.- El Titular, en coordinación con las jefaturas, evaluará y comunicará las deficiencias de control interno de forma oportuna a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Art. 83.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital Nacional Santa Gertrudis, del Departamento de San Vicente, las unidades organizativas deberán revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

Art. 84.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por la Entidad cuando las circunstancias lo ameriten, esta labor estará a cargo de una Comisión conformada por miembros de las áreas: Administrativa, Financiera y Operativa, nombrada por el Director.

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

Art. 85.- El Director, a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), a los funcionarios y empleados de

todos los niveles; así como, de verificar la aplicación de las mismas en los procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 86.- Derógase el Decreto No. 37, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 20 de noviembre de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 229, de fecha 04 diciembre de 2008, que contienen el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Santa Gertrudis, del Departamento de San Vicente.

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

San Salvador, a los cuatro días del mes de marzo de dos mil veintiuno.



Lic. Roberto Antonio Anzora Quiroz
Presidente



Licda. María del Carmen Martínez Barahona
Primera Magistrada



Lic. Julio Guillermo Bendek Panameño
Segundo Magistrado

