

# DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: Víctor Manuel Portillo Ruiz

TOMO N° 433

SAN SALVADOR, LUNES 8 DE NOVIEMBRE DE 2021

NUMERO 212

**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.
<b>ORGANO LEGISLATIVO</b>			
Decreto No. 185.- Reforma a la Ley para el Uso de Productos para Tratamientos Médicos en Situaciones Excepcionales de Salud Pública Ocasionadas por la Pandemia COVID-19. ....	3-4	Acuerdos Nos. 15-0740 y 15-0933.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados en otro país. ....	33
Decreto No. 188.- Disposiciones Especiales y Transitorias de Suspensión de Concentraciones y Eventos Públicos o Privados.....	5-8	<b>MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERÍA</b>	
Decreto No. 190.- Ley de Creación de la Dirección General de Energía, Hidrocarburos y Minas. ....	9-20	<b>RAMO DE AGRICULTURA Y GANADERÍA</b>	
Decreto No. 191.- Reformas a la Ley de Creación del Fideicomiso para la Recuperación Económica de las Empresas Salvadoreñas. ....	21-27	Acuerdo No. 467.- Se crea la Comisión Forestal, como un organismo consultivo de concertación y coordinación del sector forestal.....	34-36
<b>ORGANO EJECUTIVO</b>			
<b>MINISTERIO DE ECONOMÍA</b>			
<b>RAMO DE ECONOMÍA</b>			
Acuerdo No. 1140.- Se modifica parcialmente el listado de incisos arancelarios no necesarios para la actividad autorizada, con sus respectivas excepciones, a la sociedad Contech Solutions de El Salvador, Sociedad Anónima de Capital Variable. ....	28-29	<b>ORGANO JUDICIAL</b>	
Acuerdos Nos. 1319, 1382 y 1383.- Diferentes nombramientos en el Ministerio de Economía. ....	29-31	<b>CORTE SUPREMA DE JUSTICIA</b>	
Acuerdo No. 1460.- Se modifica el Acuerdo No. 135, de fecha 1 de febrero de 2021.....	32	Acuerdos Nos. 536-D, 676-D, 735-D, 743-D, 746-D, 748-D, 778-D, 806-D, 812-D, 813-D, 814-D, 825-D, 835-D, 856-D, 870-D, 873-D, 875-D, 885-D, 939-D, 962-D, 965-D, 971-D, 973-D, 980-D y 985-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas. ....	37-41
<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
Acuerdo No. 15-0552.- Se reconoce a la profesora Lisseth Abigail Regalo de López, como Directora del Centro Educativo privado denominado Liceo Cristiano El Salvador. ....	33	Acuerdos Nos. 1065-D, 1066-D y 1067-D.- Suspensiones en el ejercicio de la abogacía y en la función pública del notariado .....	42
<b>INSTITUCIONES AUTÓNOMAS</b>			
<b>CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA</b>			
<b>SUPERINTENDENCIA GENERAL DE ELECTRICIDAD Y TELECOMUNICACIONES</b>			
Resolución No. T-0863-2021, Se reserva temporalmente las bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico en ondas milimétricas y actualizar el cuadro nacional de atribución de frecuencias en las bandas en ondas milimétricas. ....			
			71-74

# INSTITUCIONES AUTONOMAS

## CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

DECRETO No. 15

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

CONSIDERANDO:

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

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

### NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS

#### DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

#### DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN

#### CAPÍTULO PRELIMINAR

#### GENERALIDADES

#### Ámbito de aplicación

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituyen el marco fundamental para la realización de las actividades del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, las cuales son de aplicación obligatoria a todos los funcionarios y empleados del Hospital. Para efectos de estas Normas, el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, se denominará el "Hospital".

#### Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 2.- El diseño, implantación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno, le corresponde al Director, empleados y demás servidores del Hospital; según su competencia todos realizarán las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

**Definición del Sistema de Control Interno**

Art. 3.- Se entenderá como Sistema de Control Interno al conjunto de procesos continuos e interrelacionados determinados por el Director, funcionarios y demás servidores públicos, diseñados para el control de las operaciones a su cargo, a fin de proporcionar seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales, ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

**Objetivos del Sistema de Control Interno**

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

- 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.
- d. Brindar servicios de salud en sintonía con la Política Nacional de Salud y con las Redes Integrales e Integradas de Salud.

**Componentes y principios del Sistema de Control Interno**

Art. 5.- El Hospital contará con los siguientes componentes y principios del Sistema de Control Interno:

**a. Entorno de control**

Comprende las normas: Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, Ley de Ética Gubernamental, Código de Salud, Reglamento General de Hospitales, Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, Guías de Manejo Clínico MINSAL, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que desarrollará el control interno en el hospital.

**Principios:**

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

**b. Evaluación de riesgos**

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

**Principios:**

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

**c. Actividades de control**

Son las acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones 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.
3. Emisión de políticas y procedimientos de Control Interno.

**d. Información y comunicación**

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

**Principios:**

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

**e. Actividades de supervisión**

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

**Principios:**

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

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

**Estándares de conducta**

Art. 9.- Estándares de conducta establecidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud y Ley de Ética Gubernamental, que deberán de ser divulgados a todos los servidores del Hospital para su cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

La integridad y valores éticos serán definidos por el Director, según el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, Capítulo I, DISPOSICIONES GENERALES, Objeto, Art. 1.-: "El presente Código de Ética tiene por objeto establecer las conductas éticas y morales mínimas exigibles a los servidores públicos del MINSAL, que le permitan cumplir con el eficaz y adecuado servicio hacia la población, en la ejecución del bien jurídico salud", estableciendo estándares de conducta de los servidores del 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 Director y jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a los estándares de conducta, aplicando acciones preventivas, correctivas o sancionatorias, según la Ley de Ética Gubernamental, Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud y Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud y otras que el Ministerio de Salud o el Hospital considere convenientes implementar.

**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 Director y jefaturas, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y complejidad del Hospital, según el Reglamento General de Hospitales y Manual de Organización y Funciones del Hospital.

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

Art. 12.- El Director evaluará cada seis meses el marco normativo en el que se sustenta el Sistema, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, efectuará los ajustes correspondientes.

Art. 13.- El Director a través de las unidades organizativas competentes, tiene la atribución de supervisar la efectividad de los cinco componentes del Sistema de Control Interno, implementado por la Institución.

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

Art. 14.- El Director del Hospital para cumplir con los fines y objetivos en el diseño de la estructura organizativa, deberá considerar entre otros, los siguientes aspectos: Naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y el marco legal aplicable. Esta estructura estará definida en el Manual de Organización y Funciones del Hospital.

Art. 15.- La máxima autoridad del Hospital actualizará, aprobará y autorizará el Manual de Organización y Funciones del Hospital.

**Establecimiento de funciones y competencias**

Art. 16.- El Director y jefaturas del Hospital, evaluarán anualmente mediante los instrumentos diseñados para cada Unidad Organizativa, las funciones y competencias líneas de reporte o de comunicación, a efecto de garantizar el cumplimiento de los objetivos y facilitar el flujo de información.

Art. 17.- En el Manual de Organización y Funciones del Hospital y Manual General de Descripción de Puesto de Trabajo: Tomo I - III deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada puesto, los cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad.

#### **Autoridad y responsabilidad**

Art. 18.- El Titular de la Institución delegará mediante acuerdo a todos los niveles jerárquicos establecidos la autoridad, responsabilidad y segregación de funciones en cada nivel de la estructura organizativa institucional:

- a. El Director será responsable de las funciones que delega; por lo que, deberá supervisarlas de forma mensual y en caso de desviaciones efectuará los ajustes pertinentes.
- b. Las jefaturas emitirán instrucciones escritas, que le faciliten al personal llevar a cabo sus responsabilidades de control interno.
- c. El personal deberá de cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y obtener 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. 19.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puesto de Trabajo: Tomo I - III y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deben ser cumplidas por los servidores, en el desempeño de sus funciones para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

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

Art. 20.- El Director del Hospital a través de las jefaturas, vigilará el cumplimiento del Manual de Políticas de Recursos Humanos o cualquier otro documento que contenga procedimientos para la administración del personal. Asimismo, conjuntamente con las jefaturas correspondientes y en coordinación con la Unidad de Recursos Humanos deberán reclutar, seleccionar y contratar al personal que sea necesario para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, realizando: Convocatorias, entrevistas, pruebas de idoneidad, verificación de datos, referencias y otros; a efecto de determinar la capacidad técnica y profesional, experiencia, honestidad y que no exista impedimento legal o ético para el desempeño del cargo.

Art. 21.- Al existir una vacante se hará saber al personal de la Institución para que pueda optar a ella. De existir algún recurso interno, éste deberá cumplir con todos los requisitos, inclusive disciplina y responsabilidad notoria, previa evaluación de su expediente personal. En caso de no existir internamente el personal idóneo, se hará el proceso de selección externo.

##### **Formas de contratación**

Art. 22.- Las formas de contratación del personal se harán a través del Fondo General de la Nación por el Sistema de Ley de Salarios y Contratos.

**Contratación de personal eventual**

Art. 23.- En la contratación de personal eventual, se requerirá la justificación correspondiente y la autorización respectiva de la máxima autoridad del Hospital. El pago se realizará por medio de la emisión de un recibo pre numerado con la descripción respectiva del contrato emitido con anterioridad.

**Inducción**

Art. 24.- Todo el personal que ingrese al Hospital deberá recibir la orientación suficiente, de tal manera que se le facilite integrarse a la Institución, a la Unidad Organizativa y con el personal que se relacionará. La inducción se realizará de acuerdo al Manual de Políticas de Recursos Humanos.

**Evaluación de competencias**

Art. 25.- El Departamento de Recursos Humanos en conjunto con las jefaturas, evaluarán semestralmente las competencias del talento humano en la Institución, de acuerdo con el Manual General de Descripción de Puesto de Trabajo: Tomo I – III y Manual de Organización y Funciones del Hospital y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones.

**Desarrollo profesional**

Art. 26.- El Director facilitará la capacitación necesaria para desarrollar competencias técnicas al personal y competente para apoyar el cumplimiento de los objetivos de la Institución.

Será responsabilidad de todas las jefaturas presentar anualmente a la Unidad de Recursos Humanos, las necesidades de capacitación del personal bajo su jurisdicción.

Los conocimientos adquiridos por el servidor en programa de capacitación en el interior o exterior del país, deberán tener un efecto multiplicador en el Hospital; para ello, se suscribirá un convenio que regule esta responsabilidad, tomando en cuenta la temática recibida, duración e inversión realizada.

**Evaluación al desempeño**

Art. 27.- El trabajo de todo el personal del Hospital será evaluado semestralmente, su rendimiento deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos por cada Unidad Organizativa en el Manual de Políticas de Recursos Humanos.

El Jefe de cada Unidad en coordinación con la Unidad de Recursos Humanos, será responsable de la evaluación del personal a su cargo y los resultados deberán ser dados a conocer al evaluado y archivados en el expediente respectivo.

**Promoción del personal**

Art. 28.- La promoción del personal deberá ser de acuerdo a méritos, cualidades personales, experiencia, grado académico, eficiencia y rendimiento en su desempeño, necesidades y de acuerdo a lo establecido en el Manual de Políticas de Recursos Humanos.

**Acciones disciplinarias**

Art. 29.- Todo funcionario y empleado que obstaculice el desarrollo de las actividades institucionales o que cometa actos de indisciplina, será sometido a las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil, Disposiciones Generales de Presupuesto, Reglamento Interno de Trabajo y otras disposiciones legales.

**Control de asistencia**

Art. 30.- El control respectivo se hará a través de los medios que establezca la máxima autoridad o de los recursos disponibles, que pueden ser: Relojes biométricos de huella, sistema biométrico de mano, relojes con tarjeta o libros foliados debidamente autorizados, que permitan el control eficiente de asistencia, puntualidad, permanencia en el lugar y salida del personal a través del Jefe inmediato.

La máxima autoridad del Hospital y todo el personal deberán marcar o registrar su entrada y salida. De la asistencia, puntualidad y permanencia del personal en su lugar de trabajo, será responsable el Jefe inmediato.

**Trámite de licencias y permisos**

Art. 31.- Las licencias, permisos, misiones oficiales y las faltas de marcación o registro justificadas del personal, deberán tramitarlos cada empleado oportunamente en los tiempos establecidos en la Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos y el Reglamento Interno del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

De igual forma todas las jefaturas deberán autorizarlos y remitirlos a la Unidad de Recursos Humanos, de no hacerlo oportunamente, dicha Unidad aplicará los descuentos respectivos en cumplimiento a las regulaciones establecidas.

**Expedientes de personal**

Art. 32.- La Unidad de Recursos Humanos será la responsable del control de los expedientes e inventarios de todo el personal y los mantendrá actualizados y alfabéticamente clasificados, independientemente de la forma de contratación y fuente de financiamiento, con la información que facilite su ubicación y control en el Hospital.

Los expedientes deberán contener toda la documentación general, laboral y profesional de cada uno de los empleados; así como también, toda la información relacionada con su ingreso, evaluaciones, ascensos, promociones y retiro del personal.

**Planes de contingencia**

Art. 33.- El Director a través de las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, 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.

**Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades****Responsabilidades sobre el control interno**

Art. 34.- El Director 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.

El Director y sus delegados como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno, deberá efectuar una evaluación anual del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura de la Institución, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos, a través del Plan de Supervisión Institucional.

Art. 35.- El Director, Departamento Jurídico y de Recursos Humanos realizará supervisiones mensuales de asistencia, permanencia y puntualidad; así como también, el cumplimiento de las funciones del personal en cada una de sus áreas.



**Incentivos**

Art. 36.- El Director establecerá en todos los niveles de la Institución, los reconocimientos apropiados por el desempeño al talento humano que realice actividades que contribuyan a mejorar la calidad, calidez e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de sus objetivos a corto y largo plazo.

A través de reconocimientos al esfuerzo en el área académica, en la humanización de los servicios de salud, trabajo en equipo y desempeño de sus funciones; los cuáles se entregarán por disciplina en la Asamblea General de Empleados y serán las jefaturas las encargadas de dar a conocer al personal bajo su cargo de dichos reconocimientos.

**Evaluación del desempeño**

Art. 37.- El Director a través del Departamento de Recursos Humanos establecerá y aplicará evaluaciones del desempeño al talento humano en forma sistemática y continua, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la Institución.

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

**Procedimientos para autorización y registro**

Art. 38.- Se establecerán formalmente y por escrito a través de acuerdos, procesos o procedimientos que definan claramente la autoridad y la responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar, aprobar y controlar las operaciones de la Institución, concibiendo estos procedimientos como la secuencia lógica de los pasos que sigue una tarea o actividad.

**CAPÍTULO II****EVALUACIÓN DE RIESGOS****Evaluación de riesgos**

Art. 39.- Es un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia, establecidos por la Institución pública.

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

Art. 40.- La Dirección y las jefaturas definirán los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que deberán ser consistentes con la misión y visión institucional.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se deberá considerar al menos los siguientes aspectos:

- a. Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas.
- b. Determinación de la tolerancia para cada nivel de riesgo asociado con los objetivos.
- c. Armonización de los objetivos establecidos con la normativa aplicable.

- d. Establecimiento de los objetivos en términos específicos, medibles, observables, realizables y relevantes.
- e. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

**Objetivos estratégicos**

Art. 41.- El Director y su Consejo Estratégico de Gestión definirán las directrices generales contenidas en el Plan Anual Operativo de la Institución, basados en la misión, visión, principios y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.

**Objetivos operacionales**

Art. 42.- La Dirección y su Consejo Estratégico de Gestión establecerán las metas y actividades para cada Unidad Organizativa para el ejercicio fiscal, las cuales serán determinadas en función de los objetivos estratégicos y orientadas al cumplimiento de los fines institucionales.

Art. 43.- La Dirección del Hospital emitirá anualmente las directrices necesarias para la elaboración de los planes anuales operativos y velará porque éstos sean coherentes y congruentes con los objetivos y metas institucionales.

Art. 44.- La elaboración del Plan Anual Operativo Institucional será responsabilidad del Director y del Consejo Estratégico de Gestión.

**Elaboración de los planes**

Art. 45.- Todas las unidades organizativas elaborarán sus planes anuales operativos que contendrán sus propios objetivos y metas, orientados al cumplimiento de los mismos. Dichos planes deberán considerar los indicadores de procesos, resultados y desempeño que permitan la evaluación de los mismos.

**Integración de planes anuales operativos**

Art. 46.- La Dirección del Hospital y su Consejo Estratégico de Gestión, serán los responsables de integrar los planes de cada Unidad Organizativa al Plan Anual Operativo Institucional.

**Divulgación de los planes**

Art. 47.- Los jefes de las diferentes unidades organizativas deberán divulgar oportunamente los planes entre el personal bajo su responsabilidad, para su conocimiento y cumplimiento, a fin de que su participación en el desarrollo de las mismas sea efectiva y al mismo tiempo compartida, a efecto de lograr las metas y objetivos institucionales.

**Seguimiento de los planes**

Art. 48.- La Dirección del Hospital y su Consejo Estratégico de Gestión evaluarán el cumplimiento de objetivos y metas institucionales, con el fin de realizar planes de intervención o de mejora de forma oportuna y que contribuyan con el logro de los mismos; y los jefes de las diferentes unidades organizativas efectuarán dicho procedimiento en las áreas bajo su responsabilidad, a través del seguimiento periódico y del cumplimiento de indicadores establecidos.

Art. 49.- El Director y su Consejo Estratégico de Gestión elaborarán el Plan de Supervisión Integral, el cual evaluará anualmente el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Todas las actividades de supervisión, evaluación y seguimiento realizadas, deberán documentarse y entregar informe para realizar intervenciones necesarias.

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

Art. 50.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, la Dirección y su Consejo Estratégico, semestralmente debe identificarlos, analizarlos y establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

**Gestión de riesgos**

Art. 51.- Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

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

**Identificación de riesgos**

Art. 52.- 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 Institución (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. Tecnologías de información y comunicación.
- f. Medio ambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

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

Los riesgos internos y externos estarán contemplados en las matrices de riesgos anexas a esta normativa.

**Análisis de riesgos**

Art. 53.- La Dirección y su Consejo Estratégico de Gestión efectuarán el análisis de los riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de Institución, como del entorno próximo y remoto. Este proceso deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para el logro de los objetivos.

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

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

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

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos. La persistencia se refiere a que, en una Institución no existe forma de reducir los riesgos a cero.

La identificación de riesgos deberá realizarse al menos una vez al año y deberán formar parte de los planes estratégicos, anuales y operativos.

Art. 54.- Una vez identificados los riesgos a través de las matrices, cada Unidad Organizativa procederá a realizar el análisis para determinar su importancia, probabilidad de ocurrencia y valoración o pérdida que éstos puedan ocasionar.

Durante el análisis de riesgos deberán especificarse como mínimo la Unidad Organizativa, el riesgo potencial identificado, la frecuencia, el impacto que puede ser: Bajo, moderado o alto y la probabilidad de ocurrencia, clasificándolos de los más importantes a los menos importantes.

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

Art. 55.- El Director del Hospital y sus jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, después de identificar, analizar y cuantificar los riesgos (probabilidad de ocurrencia e impacto) será necesario establecer un nivel de tolerancia al riesgos para proporcionar a la administración la seguridad razonable al cumplimiento de los objetivos específicos de control y las actividades asociadas para prevenir, eliminar o minimizar los efectos de los riesgos identificados.

**Principio 8: Evaluación del riesgo de fraude****Riesgo de fraude**

Art. 56.- El Hospital al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos.

Para ese fin deberá considerar los posibles actos de corrupción: La sustracción de insumos médicos, medicamentos, alimentos, algún bien del inventario institucional, la alteración de expedientes de medicamentos, la emisión de cheques a proveedores que no hayan prestados servicios y/o bienes al Hospital, de funcionarios y demás servidores, establecidos en leyes vigentes aplicables de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

Art. 57.- El control interno de los posibles actos de corrupción enunciados, se realizarán por medio de los siguientes sistemas de información: Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB), Sistema Integral de Atención al Paciente (SIAP), Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF), Producción, Eficiencia, Recursos Costos (PERC) y Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), controles de entradas y salidas que realicen de las diferentes unidades organizativas.

#### **Administración cuentas bancarias**

Art. 58.- Cualquier cheque, retiro de fondos u otro documento de pago que se emita, deberá ser autorizado mediante firmas mancomunadas y de conformidad a las regulaciones emitidas por el Ministerio de Hacienda.

Todos los desembolsos se efectuarán por medio de cheques pre-enumerados o abono a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias de la Institución, a excepción de los pagos por Caja Chica.

Las firmas de los cheques emitidos se deberán realizar manualmente. Por ningún motivo se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de persona o empresa diferente a las que han suministrado los bienes o servicios.

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

#### **Refrendarios de cheques**

Art. 59.- La máxima autoridad del Hospital acreditará por escrito ante los bancos depositarios, a sus servidores titulares y suplentes autorizados para el movimiento de sus cuentas.

Los servidores que ejerzan funciones de refrendarios de cheques, deberán asegurarse que los documentos que soportan un pago cumplan con los requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia. Anexando para ello, el reporte de pago a realizar según suministrante por el Número de Identificación Tributaria (NIT), de la Aplicación Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Los refrendarios de cuentas bancarias no deberán ejercer las funciones de autorización de gastos ni de Contador. Si se produjera la vacante de algún refrendario, se comunicará oportunamente al Banco.

#### **Arqueo de fondos y valores**

Art. 60.- Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes sobre la totalidad de fondos y valores, de ser posible en forma simultánea. Los arqueos serán realizados mensualmente por servidores independientes de quienes tienen la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos. De los resultados obtenidos en éstos, se informará oportunamente al Jefe inmediato y a la máxima autoridad, a efecto de que se tomen las medidas preventivas o correctivas correspondientes si fuesen necesarias.

#### **Riesgo de fraude documental**

Art. 61.- Los expedientes clínicos son propiedad del establecimiento y responsabilidad del Director velar por mantener todas las condiciones necesarias para la organización, custodia, utilización, archivo y conservación del expediente.

Art. 62.- No se debe suprimir ningún formulario del expediente clínico, excepto cuando se requiera efectuar depuración de sus formularios, con el propósito de evitar el número innecesario de su volumen.

Art. 63.- La depuración de expedientes clínicos, se regirá por la normativa vigente.

Art. 64.- El personal de salud del establecimiento que tiene acceso a la información de los expedientes, están obligados a guardar confidencialidad sobre la información contenida en ellos.

Art. 65.- Ningún expediente deberá salir del establecimiento, salvo cuando lo requiera la autoridad Jurisdiccional competente.

Art. 66.- El Director es el funcionario autorizado para dar información del expediente a la Policía Nacional Civil y Fiscalía General de la República, en casos que haya una orden de un Tribunal competente.

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

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

Art. 67.- El Hospital a través de las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, identifica, analiza y evalúa semestralmente los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso se desarrolla paralelamente a la evaluación de riesgos y requiere que se establezcan controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la Institución, éstos podrían referirse a lo siguiente:

- a. Ambiente externo.
- b. Medio ambiente.
- c. Asignación de nuevas funciones al personal.
- d. Adquisiciones y permutas de activos.
- e. Cambios en las leyes y disposiciones aplicables.
- f. Cambios de jefaturas de unidades y/o servicios.
- g. Nuevas tecnologías de información y comunicación.

### **CAPÍTULO III**

#### **ACTIVIDADES DE CONTROL**

Art. 68.- Las actividades de control son las medidas establecidas por el Director y las diferentes jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos, con impacto potencial en los objetivos de la Institución.

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

Los controles al menos deberán permitir:

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

**Actividades, prácticas y medidas de control**

Art. 69.- Las actividades de control interno deberán establecerse de manera integrada a cada proceso institucional, a efecto de enfrentar los posibles riesgos y dar una seguridad razonable a las operaciones para el cumplimiento de los objetivos y la consecución de la misión de la Institución.

Art. 70.- Las actividades de control estarán integradas en los procedimientos o acciones normales de la Institución y podrán ser:

- a. Validación: Que comprende los mecanismos de autorización, comparación, verificación de la pertinencia y legalidad.
- b. Aseguramiento: Incluye procedimientos de control, tendientes a reducir los riesgos de errores e irregularidades que puedan producirse durante la ejecución de las actividades de la institución.
- c. Verificación continua: Se refiere al control interno durante el proceso de ejecución.
- d. Especialización funcional: Están dadas por la segregación de funciones, la evaluación y supervisión.

Art. 71.- El control interno estará constituido por los manuales: Administrativos y Médicos, Instructivos, circulares y registros que conciernen a los procesos administrativos y médicos; que comprenden la autorización de las operaciones por parte de los niveles jerárquicos correspondientes, de manera que se fomente la eficiencia de las operaciones, la observación de políticas y normas vigentes y la ejecución de los planes estructurados; para ello, la Dirección contará con un detalle actualizado de los mismos.

**Principio 10: Selección y desarrollo de las actividades de control****Selección y desarrollo de actividades de control**

Art. 72.- La Dirección seleccionará e implementará en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuyan a la mitigación de riesgos, hasta niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos.

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

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

Art. 73.- Los factores específicos de cada unidad o servicio del Hospital, influirán en el diseño e implementación de las actividades de control necesarias para apoyar el Sistema de Control Interno, entre los que están:

- a. El ambiente y complejidad de la unidad o servicio.
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c. Estructura organizativa.
- d. Sistemas de información.
- e. Infraestructura tecnológica.

**Procesos relevantes**

Art. 74.- La Dirección definirá las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos de la Institución y sus dependencias, a través del Plan de Supervisión Integral de la Institución.

Los controles estarán orientados a:

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

**Diversidad de controles**

Art. 75.- Las actividades de control incluyen una diversidad de controles en los distintos niveles de la Institución, 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****Marco presupuestario**

Art. 76.- La gestión presupuestaria del Hospital se enmarca dentro de los principios, técnicas, métodos y procedimientos utilizados en el ciclo presupuestario, como son: Formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, en armonía con lo establecido en el presupuesto aprobado por la Asamblea Legislativa, la Ley y Reglamento de Administración Financiera Institucional y Disposiciones Generales del Presupuesto.

**Programación**

Art. 77.- Para la realización de la programación y formulación presupuestaria será necesario el análisis comparativo de los resultados de los ejercicios anteriores y el vigente, para sustentar las estimaciones futuras. Institucionalmente deberán apegarse a las políticas del Plan de Gobierno vigente y prioridades institucionales que determinen la relación entre el propósito y recursos.

**Control presupuestario**

Art. 78.- El Hospital a través de la Unidad Financiera Institucional, deberá seguir los controles establecidos en el Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, reflejando con claridad y exactitud los movimientos relacionados con transferencias, autorizaciones de compromisos, validaciones para adquisición de bienes y servicios, ajustes y otros movimientos presupuestarios regulados por el Ministerio de Hacienda, a fin de asegurar no sólo la disponibilidad presupuestaria en relación directa con los propósitos institucionales, sino también de las disposiciones vigentes.

**Respaldo presupuestario**

Art. 79.- 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 o sus delegados, verificar la asignación presupuestaria antes de iniciar todo proceso de adquisición de obras, bienes o servicios en los rubros y cuentas correspondientes.

**Información de ejecución presupuestaria**

Art. 80.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional informará por escrito al Director del Hospital, después del cierre contable mensual el análisis de la ejecución presupuestaria, identificando las variaciones entre lo presupuestado y ejecutado, sobre todos aquellos rubros que han tenido mayor impacto y los no cumplidos.

**Apertura y denominación de cuentas bancarias**

Art. 81.- Toda cuenta bancaria deberá estar a nombre de la Institución, de conformidad a las disposiciones legales correspondientes, identificando su naturaleza. El número de cuentas se limitará a las necesidades institucionales.

**Requerimientos de fondos**

Art. 82.- Todo requerimiento de fondos deberá documentarse y autorizarse de conformidad a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Hacienda, asegurándose que corresponda a las obligaciones que posee la Institución, sean congruentes con las programaciones y fuentes de financiamiento establecidos en el presupuesto aprobado para el período fiscal.



**Transferencia de fondos**

Art. 83.- Las transferencias de fondos internas o externas entre instituciones o con el sistema financiero, podrán hacerse por medios manuales y/o electrónicos.

Art. 84.- Las transferencias de fondos deberán cumplir con las obligaciones legales, sustentadas en documentos debidamente autorizados.

**Control de transacciones bancarias**

Art. 85.- Todos los movimientos de las cuentas bancarias deberán registrarse cronológicamente en los libros de bancos, físico y del aplicativo Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI), identificando el número de cheque o referencia, una breve descripción del movimiento realizado, determinando en el mismo la disponibilidad.

**Control de pagos**

Art. 86.- Para todos los pagos efectuados con cheque o abono a cuenta, deberá llevarse un control que permita identificar la entrega y recibo de los proveedores.

**Control sobre los vencimientos**

Art. 87.- Deberá hacerse un control sobre los vencimientos de anticipos y obligaciones por pagar, considerando las fechas de vencimiento para su recuperación o cancelación en forma oportuna. Este análisis y evaluación se efectuará periódicamente y será responsabilidad del pagador.

**Recepción y registro de fondos**

Art. 88.- En la recepción y registro de los fondos, se realizará en base al Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria.

El registro de los mismos, deberá clasificarse según su fuente de origen y ser efectuado por personal independiente al responsable de la recepción.

**Depósito de ingresos**

Art. 89.- Todos los ingresos en efectivo, valores o cheques que se perciban, serán depositados completos y exactos, en la cuenta institucional destinada para tal efecto, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción.

Por ningún motivo el dinero proveniente de los ingresos se empleará para cambiar cheques personales, efectuar desembolsos de la Institución u otros fines.

**Fondo circulante de caja chica**

Art. 90.- La creación y administración del Fondo Circulante de Caja Chica, se regulará según lo establecido en los Lineamientos para el Control Administrativo de la Caja Chica del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

Art. 91.- El monto del Fondo Circulante de Caja Chica representa una pequeña cantidad de dinero en efectivo, que se utilizará para afrontar una serie de pagos pequeños, lo que serían engorroso cancelar con cheque.

**Encargado del Fondo Circulante de Caja Chica**

Art. 92.- El Encargado del Fondo Circulante de Caja Chica, será un servidor distinto a los responsables de otros fondos y de quienes efectúen labores contables o presupuestarias.

El Director seleccionará al Encargado o responsable del Fondo, que 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 de la ley.

Art. 93.- Se realizarán mensualmente los arqueos del Fondo Circulante de Caja Chica, los cuales estarán a cargo del Área Contable Institucional.

**Contabilidad****Sistema contable**

Art. 94.- Se establecerá y mantendrá un Sistema Contable dentro del marco de las disposiciones legales emitidas por el Ministerio de Hacienda, para proporcionar en forma oportuna los estados financieros e información complementaria para la toma de decisiones.

**Oportunidad de los registros.**

Art. 95.- 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.

**Documentación contable**

Art. 96.- La documentación contable que justifique el registro de todas las operaciones contendrá datos y elementos suficientes que faciliten el análisis sobre la pertinencia, veracidad y legalidad, incluyendo dentro de este último requisito, el tiempo de conservación de los registros y documentación en original.

El Contador será el responsable de comprobar que toda la documentación que respalde y justifique el registro de las operaciones cumpla con estos requisitos, de conformidad a las leyes establecidas por el Ministerio de Hacienda.

Art. 97.- La Dirección velará porque exista dentro del Hospital un archivo para preservar la información, en virtud de su utilidad y de requerimientos técnicos jurídicos.

Art. 98.- La Dirección, adicionalmente al Archivo, sobre de la documentación contable que exige el Ministerio de Hacienda, habilitará el Archivo Institucional, el cual estará conformado por toda la información y documentación de las operaciones financieras, de gestión y de cumplimiento legal que realiza cada Unidad organizativa.

Todas las jefaturas y empleados estarán obligados a archivar y mantener los documentos propios de su área por un período no menor de cinco años, a excepción de ciertos tipos de documentos que no pueden ser desechados a razón de requisitos legales y técnicos, del tiempo o cuando la ley lo determine expresamente.

**Adquisiciones****Plan de adquisiciones**

Art. 99.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, deberá de elaborar la programación anual de adquisiciones y contrataciones, se basará en las necesidades de recursos que requieran las diferentes unidades organizacionales en los planes anuales operativos, los cuales a su vez deberán estar respaldados en el Presupuesto Institucional aprobado por la Asamblea Legislativa, a fin de cumplir con los objetivos y metas institucionales para cada ejercicio fiscal.

**Sistema de adquisiciones y contrataciones**

Art. 100.- El Sistema de Adquisiciones y Contrataciones se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (RELACAP), el Manual de Procedimientos Integrado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), Ley de Procedimientos Administrativos y demás disposiciones legales emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones (UNAC) del Ministerio de Hacienda.

**Unidad de adquisiciones**

Art. 101.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será la responsable de la descentralización operativa y de realizar todas las actividades relacionadas con la gestión de adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios.

**Catálogo de ofertantes y contratistas**

Art. 102.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, mantendrá un banco de datos actualizado de ofertantes y contratistas; así como, sus antecedentes.

Dicho banco deberá clasificarse según la naturaleza del bien o servicio que ofrezcan, con el objeto de disponer de información oportuna para realizar nuevas adquisiciones.

**Requerimiento de obras, bienes o servicios**

Art. 103.- Toda adquisición de obras, bienes y servicios, deberá respaldarse con el requerimiento suscrito por el responsable del Área o Unidad Administrativa que lo solicite.

Antes de iniciar un proceso de adquisición, deberán verificarse las existencias de inventarios en Almacén.

**Términos de referencia o bases para promover competencia**

Art. 104.- Los términos de referencia o bases de competencia utilizados para la realización de concursos o licitaciones de obras, bienes o servicios, deberán ser claros, precisos e imparciales. Éstos deberán incluir, además de los aspectos técnicos y de calidad, productos y/o servicios esperados, plazos de entrega, forma de presentación de ofertas, procedimiento de apertura de las mismas, sistema de evaluación y clasificación, mecanismos de comunicación de resultados y demás elementos que contribuyan a la transparencia del proceso.

**Evaluación y adjudicación de obras, bienes y servicios**

Art. 105.- Toda adjudicación de obras, bienes y servicios, deberá realizarse bajo un sistema de evaluación cualitativa y cuantitativa, que obedezca parámetros y criterios objetivos, medibles y comprobables; lo cual deberá quedar debidamente documentado.

**Fraccionamiento de compras**

Art. 106.- Deberá evitarse el fraccionamiento de compras, entendiéndose como tal la adquisición de una obra, bien o servicio de la misma clase, con recurrencia en la adquisición y que se evidencie la intención de evadir las diferentes formas de adquisición. Todo esto en concordancia con lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), en su Art. 70.

**Constancia de recepción**

Art. 107.- Deberá dejarse constancia en actas de la recepción de obras, bienes y servicios adquiridos. El Administrador de Contrato emitirá esta constancia y se asegurará que el suministro cumpla con las características establecidas en la orden de compra o contrato. En caso de determinar bienes u obras dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes, los responsables de la recepción se abstendrán 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 Almacén, los plazos de entregas de las adquisiciones parciales o totales.

**Actividades de los servicios médicos hospitalarios****Servicios médicos hospitalarios**

Art. 108.- La Dirección del Hospital en coordinación con sus áreas médicas y de apoyo, serán los responsables de planificar, administrar, supervisar y garantizar los servicios médicos hospitalarios.

Los servicios médicos hospitalarios comprenden, consulta externa, atención de emergencia y hospitalización de las siguientes áreas: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecobstetricia y Ortopedia; y sus áreas de apoyo: Laboratorio Clínico, Radiología e Imagenología, Emergencia, Ultrasonografía, Farmacia, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Educación para la Salud, Fisioterapia y otras que se integran para constituir servicios con calidez y calidad hacia la población.

La atención en la Unidad de Emergencia se registrará en cumplimiento de los Lineamientos Técnicos de TRIAGE y Lineamientos de Referencia, Retorno e Interconsulta.

**Verificación y seguimiento de la calidad médica**

Art. 109.- La Dirección y los jefes de cada área serán los responsables de monitorear, supervisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de la calidad de los servicios médicos hospitalarios (Etab, SPME).

Los resultados obtenidos del monitoreo y supervisión deberán informarse mensualmente por escrito a la Dirección, a fin de que ésta aplique las medidas preventivas y/o correctivas que fueren necesarias, con el propósito de que se garantice una atención de calidad.

**Administración de medicamentos e insumos médicos**

Art. 110.- Para la recepción, control, registro, almacenamiento, custodia y distribución de los medicamentos e insumos médicos se realizarán los controles a través del Sistema Nacional de Abastecimiento (SINAB) y Sistema Integrado Aduanero de Pagos (SIAP), de tal forma que se garantice la administración eficiente de los mismos, según normativas vigentes.

Art. 111.- La Farmacia del Hospital vigilará y aplicará el cumplimiento de las Guías para las Buenas Prácticas de Prescripción y Dispensación.

Art. 112.- El Comité de Farmacovigilancia del Hospital será el ente encargado de vigilar el uso racional de medicamentos e insumos médicos.

El Comité de Farmacovigilancia del Hospital emitirá informe a la Dirección e instituciones competentes, sobre eventos relacionados a la aplicación de vacunas, fallas terapéuticas y reacciones adversas.

Art. 113.- El Médico Asesor de Suministros del Hospital, deberá mantener un control de las existencias y coberturas de medicamentos e insumos médicos e informará oportunamente a la Dirección y gestionará ante la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) las necesidades, a fin de que se realicen los procedimientos para las adquisiciones y mantener los niveles de abastecimientos requeridos.

#### **Administración del activo fijo**

Art. 114.- Para el control, conservación, registro, transferencia y descargo de los activos del Hospital, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, la normativa vigente y el Sistema Informático, los cuales están aprobados por el Ministerio de Salud y otras regulaciones aplicables.

La Unidad de Activo Fijo será la responsable de llevar el control de los activos fijos institucionales.

Asimismo, se deberá proteger mediante controles administrativos los bienes de poco valor que no son considerados activos fijos, de acuerdo con las Normas de Contabilidad Gubernamental.

#### **Sistema de registro y bienes**

Art. 115.- Se mantendrá un sistema para el registro de las existencias de almacén y activos fijos, que facilite 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.

El software a utilizar para el control, tanto en Almacén como en Activos Fijos será el definido por el Ministerio de Salud.

#### **Codificación**

Art. 116.- Se establecerá por escrito el tipo de codificación para la identificación de los bienes, se hará de acuerdo a las características y tipo de bienes, señalando en una parte visible el código correspondiente, según lo establecen Los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo.

#### **Baja o descargo de bienes**

Art. 117.- La aplicación de las disposiciones reglamentarias para la baja o descargo de bienes de consumo, mobiliario y equipo, bienes intangibles, vehículos y otros, serán de carácter estricto; contando para ello, con las justificaciones requeridas según lo establecen, los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo.

Los bienes dados de baja o descargados podrán permutarse, subastarse o trasladarse, cumpliendo con lo establecido en las normas vigentes. Estas acciones deberán quedar debidamente documentadas.

#### **Registro y valúo de los bienes inmuebles**

Art. 118.- Los bienes inmuebles del Hospital deberán estar documentados en escrituras públicas que amparen su propiedad y/o posesión, y estar inscritas en el registro correspondiente según establece la Ley.

Los documentos que amparen la propiedad de los bienes, deberán estar debidamente custodiados por el Director.

Los bienes inmuebles propiedad del Estado deberán revaluarse oportunamente, a fin de presentar su valor real en los estados financieros, de conformidad a la plusvalía, adiciones o mejoras realizadas a los bienes inmuebles.

**Mantenimientos y reparaciones**

Art. 119.- El Jefe de Mantenimiento General deberá elaborar y ejecutar un programa de rutinas de trabajo semanal (para equipos o instalaciones previamente seleccionados), basado en el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo y emplear todos los medios que permitan prolongar su vida útil, según lo establecido en el Manual Procedimiento Unidad Conservación y Mantenimiento.

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 contratado.

**Administración de vehículos institucionales**

Art. 120.- La asignación, uso, cuidado y conservación de todos los vehículos institucionales y el consumo de combustible, se regirá de conformidad a las regulaciones establecidas por el Reglamento para el Control de Vehículos Nacionales y Consumo del Combustible y Lineamientos Técnicos para la Administración del Combustible del Ministerio de Salud.

**Uso de vehículos**

Art. 121.- Los vehículos serán utilizados exclusivamente para el servicio del Hospital y llevarán en un lugar visible el distintivo que los identifique, el cual no deberá ser removible.

La salida de vehículos estará regida por los siguientes aspectos:

- a. Misiones oficiales, se realizará la solicitud de transporte respectiva con un día de anticipación.
- b. Transporte de pacientes, se realizará la solicitud de transporte por la Unidad respectiva.
- c. En los casos de referencias hospitalarias en horas no administrativas, serán coordinadas por el Jefe a cargo del Área respectiva.

Los vehículos deberán ser resguardados al final de cada jornada laboral en el estacionamiento asignado dentro de la Institución.

Art. 122.- La revisión y limpieza de las unidades de transporte, serán responsabilidad de los motoristas.

Dicha revisión se verificará a través de bitácora, de acuerdo a la programación mensual del área.

**Control de bienes en Almacén**

Art. 123.- Para la recepción, almacenamiento, registro, distribución, control e inventario, niveles de seguridad y determinación de existencias, se regirá por lo establecido en Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento, emitido y aprobado por el Ministerio de Salud.

Art. 124.- El Encargado de Almacén deberá remitir a la Unidad Contable, informe de ingresos y egresos de bienes registrados en el Almacén, a excepción de productos alimenticios, gases medicinales y agua.

Dicho informe deberá ser entregado a la Unidad Contable en los primeros 10 días calendario del siguiente mes.

**Diseño de formularios, documentos y reportes**

Art. 125.- El Director y su Consejo Estratégico de Gestión, podrán diseñar y elaborar documentos, formularios, reportes u otro tipo de registro que facilite el control interno, para anotar las transacciones y hechos significativos que necesiten ser registrados y demostrados, los cuales deberán reunir entre otros los siguientes requisitos:

- a. Un propósito definido.
- b. Apropriados y relacionados con los objetivos institucionales.
- c. Que sean de utilidad a la Unidad Organizativa y la Institución.
- d. Que permitan un análisis, revisión o evaluación posterior.
- e. Que estén acorde con los instrumentos técnicos jurídicos del MINSAL.

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

Art. 126.- Los controles generales de las tecnologías de información y comunicación (TIC), incluyen actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos, herramientas tecnológicas, medidas, políticas y procedimientos que permiten garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información y actividades de control, según Lineamientos Técnicos para la Administración y Desarrollo de las TIC.

**Uso de tecnología de información y comunicación**

Art. 127.- El Hospital para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera.

**Políticas de seguridad**

Art. 128.- El Hospital para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza tecnologías de información y comunicación mediante el identificativo de usuario y contraseña, firmas digitales o certificaciones realizadas por las autoridades responsables de las diferentes plataformas tecnológicas utilizadas en el Hospital:

- a. **Autenticidad:** Mediante el identificativo de usuario y contraseña, firmas digitales o certificaciones realizadas por las autoridades responsables de las diferentes plataformas tecnológicas utilizadas en el Hospital.
- b. **Integración:** Garantizar que la información ha sido modificada por personas autorizadas.
- c. **Confidencialidad:** La privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información.

Art. 129.- Las actividades de control deberán estar basadas en estándares para el uso de la tecnología, las cuales pueden relacionarse de la siguiente forma:

- a. La tecnología apoya los procesos de la Institución: Integrando los procesos de la Institución, para mitigar el riesgo de los sistemas de información de un funcionamiento inadecuado.
- b. La tecnología se utiliza para automatizar las actividades de control.

Art. 130.- Los sistemas de información deberán dar apoyo a todas las actividades de la Institución y contar con los controles necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Art. 131.- Los sistemas de información deberán de contar con mecanismos de seguridad de las entradas, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permitan cambios o modificaciones cuando sean necesarios y estén debidamente autorizados, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones.

Art. 132.- En referencia a los sistemas de información, la Unidad de Informática se apegará a lo establecido en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, según el romano IX. Seguridad de la Información.

Los sistemas de información servirán, entre otros fines para:

- a. Tomar decisiones a todos los niveles.
- b. Evaluar el desempeño de la Institución, en cuanto a sus programas, proyectos, procesos, actividades, operaciones.
- c. Rendir cuentas de la gestión.
- d. Cumplir las leyes y regulaciones.

Art. 133.- El Sistema de Información deberá permitir identificar, obtener, procesar y divulgar datos relativos a la información financiera, operacional y de cumplimiento legal interna y externa que posibilite la dirección, ejecución y control de sus operaciones, acorde a las necesidades institucionales en un contexto de cambio constante.

#### **Características de la información**

Art. 134.- La Dirección se asegurará que la información que se genere en las diversas unidades organizativas del Hospital deba ser de calidad, confiable, oportuna, suficiente y pertinente, a fin de ser útil para la toma de decisiones.

#### **Canales de comunicación**

Art. 135.- La Dirección y el Consejo Estratégico de Gestión, establecerán y mantendrán líneas recíprocas de comunicación con todos los niveles del Hospital, de tal forma que el personal asuma las responsabilidades de sus funciones.

Art. 136.- Es indispensable que cada uno comprenda su propio rol en el Sistema de Control Interno y la relación de sus actividades individuales, con el trabajo de los demás y los objetivos institucionales.

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

##### **Procesos y procedimientos**

Art. 137.- La Dirección y las unidades organizativas de la Institución, establecerán las actividades de control a través de procesos y procedimientos que permitan su implementación para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, lo que está documentado en los instrumentos técnicos debidamente autorizados.

Art. 138.- Los procesos y procedimientos deberán cumplir con los aspectos siguientes:

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



## CAPÍTULO IV

## INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

**Información**

Art. 139.- La información es necesaria para que la Institución pueda llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. El Director necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno.

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

Será importante que la Dirección disponga de datos fiables para efectuar la planificación, preparar presupuestos y demás actividades institucionales.

La información, debe ser de calidad y cumplir con los siguientes aspectos:

- a. **Contenido:** Presenta toda la información necesaria.
- b. **Oportunidad:** Se obtiene y proporciona en el tiempo adecuado.
- c. **Actualidad:** Está disponible la información más reciente.
- d. **Exactitud:** Los datos son correctos y confiables.
- e. **Seguridad:** Es resguardada y protegida de manera apropiada.
- f. **Accesibilidad:** La información puede ser obtenida fácilmente por los usuarios, según lo establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública.

**Comunicación**

Art. 140.- El Director en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, ha desarrollado e implementado controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

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

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

Art. 141.- La Dirección en coordinación con las jefaturas de las Divisiones y Unidades de las áreas administrativas, financieras y operativas, deberá desarrollar e implementar controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporte el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información debe ser obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por la Dirección, Jefatura de las Divisiones y Unidades de las áreas administrativas, financieras y operativas y demás personal, de tal manera que contribuya a la consecución de los objetivos de la Institución.

**Sistemas de información**

Art. 142.- El Hospital utiliza sistemas de información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, a fin de convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

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

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

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

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

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

Art. 143.- El Director en coordinación con las jefaturas de Divisiones y Unidades de las áreas administrativas, financieras y operativas, ha de establecer e implementar procesos y procedimientos que faciliten una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Los procesos y procedimientos para la comunicación interna son: Memorándum, correos electrónicos y circulares,

Para esos efectos, la comunicación interna debe permitir:

- a. Que cada servidor conozca su rol en el cumplimiento de los objetivos institucionales y tenga acceso a la información, que sirve para el cumplimiento de su responsabilidad en el Sistema de Control Interno.
- b. Contar con medios alternos de comunicación, en caso de que existan fallas en la operación de los canales establecidos.
- c. Seleccionar métodos de comunicación que permitan la oportunidad y efectividad en la obtención y entrega de la información.

**Niveles de comunicación**

Art. 144.- La comunicación entre el Director, las jefaturas de Divisiones y Unidades de las áreas administrativas, financieras y operativas y demás personal, deberá orientarse a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno.

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

#### **Canales de comunicación**

Art. 145.- Para que la información fluya a través de la Institución, deberán existir canales adecuados de comunicación.

Art. 146.- La Institución tiene implementado el uso de tecnologías de información y comunicación, el cual deberá ser priorizado como canal de comunicación oficial.

Art. 147.- La Institución establecerá canales de comunicación confidenciales (Memorandos, correo electrónicos y circulares) que le permitan a los usuarios internos y externos, de los servicios de la Institución, para que puedan reportar irregularidades en los servicios que se prestan.

#### **Efectividad de la comunicación**

Art. 148.- La Dirección implementará el canal de comunicación adecuado, teniendo en cuenta: El receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. La claridad y efectividad de la comunicación aseguran que el mensaje sea recibido.

Existen formas de comunicación más efectivas que otras; por esta razón, es necesaria una evaluación continua para determinar la efectividad de las comunicaciones. Algunos métodos son:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.
- c. Correo electrónico.
- d. Acuerdos.
- e. Actas.
- f. Cartelera.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Intranet.

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

##### **Comunicación externa**

Art. 149.- La comunicación externa debe incluir los procesos y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional.

La comunicación con terceros, permite que éstos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con la Institución. Al mismo tiempo, la información que la Institución reciba de terceros, puede ser importante y confiable sobre el Sistema de Control Interno.

Los procesos y procedimientos para la comunicación externa son:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.

- c. Correo electrónico.
- d. Noticieros locales.
- e. Página web.

Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deberán asegurar el no repudio, aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad y la existencia de validez legal de la firma digital.

## **CAPÍTULO V**

### **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN**

#### **Supervisión**

Art. 150.- La supervisión implica la realización de evaluaciones anuales e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente en la Institución, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Art. 151.- Todo proceso deberá ser supervisado por el Director, con el fin de incorporar el concepto de mejoramiento continuo; asimismo, el Sistema de Control Interno deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

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

- a. Las actividades de supervisión son realizadas continuamente en el curso ordinario de las operaciones del Hospital.
- 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.

Es importante establecer procedimientos que aseguren que cualquier deficiencia detectada que pueda afectar al Sistema de Control Interno, sea informada por las jefaturas de las unidades administrativas, financieras y operativas oportunamente a la Dirección para tomar las decisiones pertinentes.

El Sistema de Control Interno cambia constantemente, debido a que los procedimientos que eran eficaces en un momento, pueden perder su validez por diferentes motivos, como la incorporación de nuevos empleados, restricciones de recursos, entre otros.

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

##### **Evaluaciones continuas y/o independientes**

Art. 152.- El Director seleccionará, desarrollará y llevará a cabo evaluaciones continuas y/o independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

##### **Evaluaciones continuas**

Art. 153.- El Hospital ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones mensuales 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. 154.- 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.

**Combinación de evaluaciones**

Art. 155.- La Dirección de conformidad a la naturaleza y categorización del Hospital, podrá seleccionar, desarrollar y llevar a cabo evaluaciones continuas e independientes para mitigar los riesgos de incumplimiento de los objetivos.

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

Art. 156.- La Dirección en coordinación con las jefaturas de las unidades, Divisiones y/o áreas administrativas, financieras y operativas, evaluará anualmente 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. 157.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, las unidades organizativas deben revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de cambios necesarios y vigencia.

Art. 158.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada cuando las circunstancias lo ameriten; esta labor estará a cargo del Director y de la Comisión que éste nombre, la cual estará 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, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, 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 publicación por el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

Art. 159.- El Director a través de la Comisión responsable de su elaboración, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, a los empleados de todos los niveles; así como, de la aplicación de las mismas en los procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Art. 160.- Deróguese el Decreto N° 2, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el nueve de abril de 2008, publicado en el Diario Oficial N° 85, Tomo 379, de fecha 9 de mayo de 2008.

Art. 161.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en Diario Oficial.

Dado en San Salvador, a los dieciséis días del mes de agosto del año dos mil veintiuno.

LIC. ROBERTO ANTONIO ANZORA QUIROZ,

PRESIDENTE

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA.

LICDA. MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ BARAHONA,  
PRIMERA MAGISTRADA.

LIC. JULIO GUILLERMO BENDEK PANAMEÑO,  
SEGUNDO MAGISTRADO.