

**DECRETO No. 111**

**EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,**

**CONSIDERANDO:**

- I. Que mediante Decreto No. 4, de fecha 14 de septiembre del 2004, esta Corte emitió las Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).
- II. Que según el artículo 39, del referido Decreto, cada entidad del Sector Público presentaría a esta Corte un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a efecto de que sea parte del Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas que emita la Corte de Cuentas de la República para cada institución.

**POR TANTO:**

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

**DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO,** que contiene las:

**NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS  
DEL HOSPITAL NACIONAL “DR. JORGE ARTURO MENA”  
DE SANTIAGO DE MARIA, DEPARTAMENTO DE USULUTAN**

**CAPITULO PRELIMINAR**

**Naturaleza, Ambito y Propósito de las Normas**

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituyen las directrices básicas para el funcionamiento de una Actividad, Unidad Organizativa, Proyecto o Programa; porque regulan, guían y limitan acciones a desarrollar, determinan una línea de conducta a cumplir y aseguran uniformidad de procedimientos para actividades similares llevadas a cabo por los diferentes funcionarios, empleados o unidades organizativas del Hospital Nacional “Dr. Jorge Arturo Mena”, de Santiago de María, Departamento de Usulután.

Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, establecen un marco de seguridad razonable, al interactuar y ajustar las diferentes actividades de las dependencias institucionales sobre un andamiaje ya protocolizado; y su aplicación es de carácter obligatorio para todas las unidades organizativas y a sus servidores.

**CONCEPTOS GENERALES RELATIVOS AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

**Definición del Sistema de Control Interno**

Art. 2.- Todos los servidores públicos del Hospital Nacional Dr. Jorge Arturo Mena, de Santiago de María, entenderán por Sistema de Control Interno: El conjunto de procesos continuos e interrelacionados, realizados por la máxima autoridad, funcionarios y empleados, diseñados para proporcionar seguridad en la consecución de sus objetivos.

**Objetivos del Control Interno**

Art. 3.- La finalidad del Sistema de Control Interno, es el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a. Lograr eficiencia, eficacia y economía de las operaciones.
- b. Obtener confiabilidad y oportunidad de la información.
- c. Cumplir con leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

**Componentes Orgánicos del Sistema de Control Interno**

Art. 4.- El Sistema de Control Interno estará compuesto por cinco componentes orgánicos y 31 factores de conformidad al informe COSO.

## LOS COMPONENTES ORGANICOS Y FACTORES SON:

**Componente Ambiente de Control**

Art. 5.- Establece el funcionamiento de la Institución, para influir en la práctica del control en sus servidores, es la base de los otros componentes del Sistema de Control Interno, proporcionará los elementos necesarios que permitan el desarrollo de actitudes positivas y de apoyo para la aplicación del Sistema de Control Interno y para una gestión escrupulosa.

**Factores del Ambiente de Control**

- 1) Integridad y valores éticos;
- 2) Compromiso con la competencia;
- 3) Estilo de gestión;
- 4) Estructura organizacional;
- 5) Definición de áreas de autoridad, responsabilidad y relaciones de jerarquía; y
- 6) Unidad de Auditoría Interna.

**Componente de Valoración de Riesgos**

Art. 6.- Cada entidad enfrenta una variedad de factores de riesgo derivados de fuentes externas e internas, que deberán ser tomadas en cuenta, para alcanzar los objetivos institucionales. De aquí que una condición previa para la valoración de riesgos es el establecimiento de objetivos, enlazados en niveles diferentes y consistentes internamente. La valoración de riesgos es la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para el logro de los objetivos, todo esto nos lleva a la determinación de cómo deberán administrarse los riesgos.

**Factores de Valoración de Riesgos**

- 1) Definición de objetivos institucionales;
- 2) Planificación participativa;
- 3) Identificación de riesgos;
- 4) Análisis de riesgos identificados; y
- 5) Gestión de riesgos.

**Componente de Actividades de Control**

Art. 7.- Son las políticas y procedimientos que permiten obtener una seguridad razonable en el cumplimiento de las directrices administrativas, tales actividades nos aseguran que se están tomando en cuenta las acciones necesarias para enfrentar los factores de riesgos implicados en el logro de los objetivos de la entidad, éstas se dan en todos los niveles de la organización e incluyen un rango de actividades tan diversas como aprobaciones y autorizaciones, conciliaciones, seguridad de activos, rotación del personal, rendición de fianzas y segregación de funciones.

**Factores de las Actividades de Control**

1. Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos;
2. Actividades de Control;
3. Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación;
4. Definición de Políticas y Procedimientos sobre Activos;
5. Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y uso de Documentos y Registros;
6. Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros;
7. Políticas y Prácticas para la Administración del Capital Humano;
8. Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal;
9. Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Cauiones;
10. Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles Generales de los Sistemas de Información; y
11. Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación.

**Componente de Información y Comunicación**

Art. 8.- Deberán establecerse los procesos para que la administración activa pueda identificar, registrar y comunicar información, relacionada con actividades y eventos internos y externos relevantes para la organización.

**Factores de la Información y Comunicación**

- 1) Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación.
- 2) Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información.
- 3) Características de la Información.
- 4) Efectiva Comunicación de la Información.
- 5) Archivo Institucional.

**Componente de Monitoreo**

Art. 9.- El Sistema de Control Interno, deberá ser sometido a un proceso continuo de monitoreo, bajo la responsabilidad del Director del Hospital Nacional de Santiago de María. Estas actividades se realizan con la finalidad de valorar la calidad del funcionamiento del Sistema de Control interno, en el tiempo y asegurar razonablemente que los resultados de las auditorías y de otras revisiones se atiendan con prontitud.

**Factores del Monitoreo**

- 1) Monitoreo sobre la Marcha.
- 2) Monitoreo mediante Auto-evaluación del Sistema de Control Interno.
- 3) Evaluaciones Separadas.
- 4) Comunicación de los Resultados del Monitoreo.

**Responsables del Sistema de Control Interno**

Art. 10.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, corresponderá al Director del Hospital y a las demás jefaturas en el área de su competencia.

**CAPITULO I****NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL****INTEGRIDAD Y VALORES ETICOS****Ambiente Propicio para el Control**

Art. 11.- El Director del Hospital y los jefes de Departamento, deberán impulsar un ambiente propicio para la puesta en marcha del Control Interno, mediante la generación de una cultura de control, que promueva entre todos los empleados, el reconocimiento del Control Interno como parte integrante de los sistemas institucionales.

**Principios y Deberes Eticos**

Art. 12.- Las jefaturas y los empleados del Hospital, deberán demostrar una conducta de compromiso personal en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones, a fin de contribuir correctamente al logro de los objetivos y metas institucionales, de acuerdo a lo establecido en las normas éticas para la función pública.

Las normas deberán ser socializadas frecuentemente a todos los niveles del Hospital.

**Comprensión y Cultura de la Base Legal y Técnica**

Art. 13.- Todo el personal del Hospital Nacional, deberá estar capacitado para cumplir las leyes, reglamentos, disposiciones, normas y otras disposiciones, aplicables para el desarrollo de sus actividades en su Unidad e institucionalmente.

**ESTILO DE GESTION****Filosofía y Estilo de Dirección**

Art. 14.- El Director y los jefes de Departamento deberán dar a conocer a todos los niveles de la Institución de manera explícita, pertinente y permanente su compromiso respecto a la visión, misión, controles internos, valores éticos y el cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL****Organigrama**

Art. 15.- El Director del Hospital, deberá tener una estructura organizativa, que permita: Planear, ejecutar, controlar y monitorear las actividades en función del cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad.

Los jefes de Departamento crearán sus propias estructuras organizativas, las cuales deberán ser autorizadas por el Director del Hospital.

**Revisión de la Estructura Organizativa**

Art. 16.- El Director del Hospital con su equipo de Gestión, deberán revisar y evaluar la estructura organizativa del Hospital, en un plazo no mayor de 5 años, o cuando los objetivos y metas institucionales se reorienten, con la finalidad de satisfacer los cambios que requiere el desarrollo Institucional.

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

Art. 17.- Todas las unidades organizativas del Hospital, deberán tener, además de su organigrama, los Manuales de Organización y Funciones que integren claramente el ámbito de control y supervisión, los objetivos y funciones de la Unidad con niveles jerárquicos establecidos, los canales de comunicación y la delegación de autoridad.

**Aprobación de Manuales de Organización y Funciones**

Art. 18.- El Director del Hospital, aprobará los manuales de Organización y Funciones de cada Unidad Organizativa y los jefes de Departamento y empleados serán los responsables de cumplir con lo establecido en dichos manuales.

**Unidad de Mando**

Art. 19.- En los manuales de Organización y Funciones, se establecerán en forma clara o específica las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado, los cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad.

**Delegación de Autoridad**

Art. 20.- La autoridad se podrá delegar por escrito a todos los niveles jerárquicos establecidos, asignándoles responsabilidades para la toma de decisiones en todos los procesos de operación y también para que puedan cumplir con las funciones encomendadas.

Para delegar la autoridad, se deberá capacitar al personal sobre los objetivos y metas de la institución, a la vez que los empleados posean un elevado nivel de conocimientos y experiencia y un alto grado de responsabilidad, deberán además, aplicar procesos efectivos de supervisión en las actividades y a los resultados obtenidos.

**Separación de Funciones Incompatibles**

Art. 21.- Deberá existir independencia entre las siguientes funciones: Autorizar, ejecutar, registrar, custodiar y controlar todas las operaciones de las unidades organizativas del Hospital, por tanto un empleado no puede desempeñar dos funciones a la vez, a menos que la Unidad sea tan pequeña que no necesite la contratación de muchos empleados.

**UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA****Unidad de Auditoría Interna**

Art. 22.- El Director del Hospital, establecerá una Unidad de Auditoría Interna, el cual será independiente a los demás departamentos del Hospital y en ningún momento ejercerá funciones con: El proceso administrativo, control previo, aprobación, contabilización o toma de decisiones financieras.

La Unidad de Auditoría Interna, realizará exámenes o evaluaciones, en todas las operaciones, actividades o programas que se desarrollen dentro del Hospital, aunque no sean registradas por la Unidad Financiera.

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

Art. 23.- Los objetivos y metas estratégicas se deberán elaborar tomando en cuenta la misión y visión institucional, estos objetivos y metas deberán responder a las políticas pre-establecidas en el Plan de Gobierno u otros documentos de estudio y análisis pertinentes.

**Objetivos y Metas en Planes Anuales Operativos**

Art. 24.- El Director del Hospital Nacional junto con las diferentes jefaturas, elaborarán planes anuales operativos, que contendrán: Objetivos y metas orientadas al logro de los objetivos institucionales. Dichos planes deberán considerar los indicadores de resultados o desempeño que permitan la evaluación de los mismos.

**Seguimiento y Evaluación de Objetivos y Metas**

Art. 25.- El Director del Hospital junto con los diferentes jefes de Departamento, evaluarán y supervisarán periódicamente el cumplimiento de objetivos y metas institucionales, a fin de realizar acciones preventivas o correctivas que sean necesarias, las cuales estarán enfocadas a la consecución de los objetivos y metas. Los jefes de diferentes dependencias, vigilarán los objetivos y metas de sus correspondientes áreas cada semestre, a través del seguimiento periódico y del cumplimiento de indicadores establecidos, los cuales deberán quedar totalmente documentados.

**PLANIFICACION PARTICIPATIVA****Planes Anuales Operativos**

Art. 26.- La Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, será la encargada de emitir oportunamente a todos los hospitales y regiones, los lineamientos que se seguirán para la elaboración del Plan Anual Operativo; para ello, proporcionará asistencia técnica, para que estos planes sean coherentes y congruentes con los objetivos y metas institucionales.

**IDENTIFICACION DE RIESGOS****Identificación de Factores de Riesgos**

Art. 27.- El Director del Hospital junto con los jefes de cada Departamento, deberán organizarse para identificar los factores de riesgos de origen interno y externo que potencialmente pudieran obstaculizar el cumplimiento de los objetivos, metas y/o actividades institucionales, derivados de situaciones presentes o futuras.

Por lo menos una vez al año, deberán reunirse para realizar esta identificación de riesgos y deberán formar parte de los planes: Estratégicos, anuales y operativos.

**ANALISIS DE RIESGOS IDENTIFICADOS****Estimación de Probabilidades de Ocurrencia**

Art. 28.- Cuando estén identificados los riesgos en los planes estratégicos, cada Unidad Administrativa procederá a analizarlos, para determinar su importancia, probabilidad de ocurrencia y valoración o pérdida que éstos puedan ocasionar.

Una vez analizados los riesgos se deberá especificar: La Unidad Organizativa, el riesgo potencial identificado, la frecuencia, el impacto y la posibilidad de ocurrencia, clasificándolos de los más importantes a los menos importantes.

**GESTION DE RIESGOS****Acciones para reducir los Riesgos**

Art. 29.- Una vez identificados, analizados y cuantificados los riesgos, cada Jefe de Unidad o Departamento, deberá definir los objetivos específicos de control y las actividades asociadas para prevenir, eliminar o minimizar sus efectos.

## CAPITULO III

## NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

## DOCUMENTACION, ACTUALIZACION Y DIVULGACION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

**Autorización de Políticas de Control**

Art. 30.- El Director del Hospital, emitirá y autorizará por escrito las políticas y procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del Sistema de Control Interno.

La Dirección del Hospital Nacional y las demás jefaturas serán responsables de divulgar las políticas, cumplirlas y actualizarlas en función a las necesidades que se requieran institucionalmente.

## ACTIVIDADES DE CONTROL

**Prácticas y Medidas de Control**

Art. 31.- Los procesos identificados en este Hospital, deberán integrar sus propias actividades de control interno para que cumplan con la Unidad Organizativa, esto permitirá una administración eficaz y eficiente de los riesgos y la gestión que ayude al cumplimiento de objetivos y metas.

**Divulgación del Presupuesto Anual**

Art. 32.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional divulgará a cada Unidad Organizativa del Hospital, el contenido de su asignación presupuestaria correspondiente, con la finalidad de que cada Departamento cumpla oportunamente con la ejecución presupuestaria.

## DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACION Y APROBACION

## PRESUPUESTO

**Marco Presupuestario**

Art. 33.- Toda gestión presupuestaria se deberá enmarcar dentro de los principios, técnicas, métodos y procedimientos utilizados en las diferentes etapas del ciclo presupuestario, como son: Formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, en concordancia a lo establecido en el presupuesto aprobado por la Honorable Asamblea Legislativa; Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y el Reglamento respectivo.

**Programación**

Art. 34.- Para realizar la programación y formulación presupuestaria se deberá hacer un cuadro comparativo de los resultados del ejercicio vigente, con los anteriores, todo esto para tener bases y sustentar estimaciones futuras. Institucionalmente deberán elaborarse las políticas y prioridades que determinen la relación entre propósitos y recursos.

**Control Presupuestario**

Art. 35.- La Unidad Financiera establecerá controles adecuados para la administración del presupuesto aprobado y las modificaciones que ocurran, mostrando con claridad y exactitud los movimientos relacionados con transferencias, autorizaciones de compromisos, validaciones para la adquisición de bienes y servicios, ajustes y otro tipo de movimiento de cualquier naturaleza, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de las disposiciones vigentes.

**Respaldo Presupuestario**

Art. 36.- Cualquier erogación de fondos deberá tener el respaldo presupuestario para validar la adquisición de los bienes y servicios. Será condición previa a las erogaciones, la certificación de la existencia de la disponibilidad presupuestaria en los rubros y cuentas correspondientes por parte de la Unidad Financiera Institucional.

**Informe de Ejecución Presupuestaria**

Art. 37.- Trimestralmente, después del cierre contable y del análisis de la ejecución presupuestaria, el jefe UFI informará a la Dirección del Hospital, las variaciones entre lo presupuestario y ejecutado sobre todos aquellos rubros que han tenido mayor impacto y los no cumplidos, con el propósito de que se realicen las acciones preventivas y correctivas oportunamente.

**TESORERIA****Apertura y Denominación de las Cuentas Bancarias**

Art. 38.- Todas las cuentas bancarias que se aperturen para controlar los diferentes fondos que se manejen, deberán estar a nombre del Hospital, identificando su naturaleza, conforme a las disposiciones legales correspondientes. El número de cuentas Bancarias, se limitará al necesario.

**Requerimiento de Fondos**

Art. 39.- Todo requerimiento de fondos que requiera la Unidad Financiera Institucional del Hospital, deberá documentarse y autorizarse de conformidad a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Hacienda, asegurándose que el monto de los fondos, esté acorde a las programaciones y fuentes de financiamiento establecidos y aprobado para el período en que se está llevando a cabo la ejecución. Dichos fondos deberán ser requeridos sobre la base de los compromisos u obligaciones que han sido devengadas por contabilidad.

**Transferencia de Fondos**

Art. 40.- Las transferencias de fondos de las Cuentas Corrientes, con el sistema financiero, podrán hacerse por medios manuales o electrónicos, asegurándose que cada una de las transacciones cumpla con las obligaciones legales que establecen los entes reguladores y que esté soportada en documentos debidamente autorizados por la Jefatura correspondiente.

**Recepción y Registro de Fondos**

Art. 41.- Para regular la recepción y registro de fondos que ingresen a la Tesorería o Colecturía del Hospital, se considerarán los procedimientos emanados por el Jefe de la Unidad Financiera Institucional del Ministerio de Salud Pública y por el Ministerio de Hacienda. Estos fondos se clasificarán según su fuente de Financiamiento, operación que deberá ser realizado por personal independiente al que recibe los fondos.

**Deposito de Ingresos**

Art. 42.- Cuando en la Tesorería o Colecturía se perciban ingresos de efectivo, cheque o de cualquier otro valor, éstos deberán ser depositados completos y exactos, en la cuenta bancaria correspondiente, a más tardar veinticuatro horas después de su recepción.

De ninguna manera, el efectivo proveniente de estos ingresos, se utilizará para cambiar cheques o para efectuar desembolsos no programados de la institución, ni para otros fines que no sean el depósito al Banco, íntegramente.

**Fondo Circulante de Monto Fijo y Caja Chica**

Art. 43.- El Director del Hospital, autorizará la creación de un Fondo Circulante de Monto Fijo y de una Caja Chica, con la finalidad de atender obligaciones y gastos pequeños, de carácter urgente, estos movimientos se regularán de acuerdo a lo establecido en las Normas que para tal fin tiene el Ministerio de Hacienda; y de conformidad al Acuerdo de Creación, emitido por la Dirección de este Hospital.

**Encargado del Fondo Circulante**

Art. 44.- El Encargado de Fondo Circulante, podrá ser un empleado distinto a los que trabajen en la Unidad Financiera Institucional del Hospital y no podrá ser ejercido por los jefes de diferentes departamentos y unidades, ni por el personal que ya tenga a su cargo la custodia de valores, ya sea en especie o en efectivo.

El Encargado del Fondo Circulante, será seleccionado tomando en cuenta los siguientes requisitos: Su honradez, integridad y conocimiento de las Normas Aplicables a la Administración Financiera y Control de los Recursos del Estado; el Encargado del Fondo Circulante, rendirá además fianza de fidelidad, de conformidad a la Normativa legal vigente.

**Control de Transacciones Bancarias**

Art. 45.- La Tesorería del Hospital Nacional, deberá anotar en forma cronológica y ordenada en sus respectivos registros, todos los movimientos que se realicen de las diferentes cuentas bancarias que se hayan aperturado en el sistema informático del Hospital; identificando en estos registros, la serie y número de cheque, el beneficiario, el valor del cheque, la referencia y una breve descripción del movimiento realizado, determinando la disponibilidad de fondos de la cuenta.

**Control de Pagos**

Art. 46.- En la Tesorería del Hospital, deberá llevarse un registro de control de pagos, que permita identificar a los beneficiarios o proveedores la entrega y recibo de todos los pagos y desembolsos efectuados, ya sea con cheque o con abono a cuenta.

**CONTABILIDAD****Sistema Contable**

Art. 47.- El Sistema Contable proporcionado por el Ministerio de Hacienda a todas las instituciones públicas, se establece como el único y aplicable a las disposiciones legales; este sistema además, está diseñado para la captura de la información financiera de los fondos GOES y fondos propios.

El sistema deberá proporcionar los estados financieros e información necesaria que se utilizará periódicamente, para la toma de decisiones gerenciales.

**Oportunidad de los Registros**

Art. 48.- Todas las operaciones contables que se realicen en la Unidad Financiera, serán registradas en el período que se sucedan, con la finalidad de que la información financiera contable, presente saldos actualizados y oportunos, todo esto para que faciliten la toma de decisiones por parte de la Dirección del Hospital junto con los jefes de departamentos.

Los departamentos que generen información contable, y que no pertenezcan al Departamento de Contabilidad, deberán remitir dicha información en forma oportuna, al Departamento de Contabilidad de la Unidad Financiera del Hospital, a más tardar dentro de los cinco días hábiles después de finalizado el mes.

**Documentación Contable**

Art. 49.- Los informes contables que justifiquen los registros de todas las operaciones que se han realizado, contendrán los datos suficientes para que facilite el análisis de los mismos; y en éstos se deberán incluir veracidad, pertinencia y legalidad; además deberán ser resguardados por el tiempo que legalmente estipulan las normas y leyes respectivas.

La Unidad responsable de comprobar que toda la documentación que respaldan los procesos contables cumpla con los requisitos antes expuestos es el Area de Contabilidad de la Unidad Financiera del Hospital.

**ADQUISICIONES****Plan Anual de Adquisiciones**

Art. 50.- Le corresponde a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional del Hospital, junto con la Dirección del Hospital y los diferentes jefes de Departamento, elaborar la programación anual de compras; las adquisiciones y contrataciones se realizarán de acuerdo a las asignaciones presupuestarias establecidas y a las solicitudes de compras que los diferentes departamentos presenten a esta Unidad.

**La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional**

Art. 51.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), el Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, el Manual de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones para las Instituciones y Empresas Estatales de Carácter Autónomo y demás normativas emitidas por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC), en relación a lo financiado con fondos GOES.

Art. 52.- Las adquisiciones y contrataciones con fondos de préstamos o donaciones de organismos internacionales, se registrarán por lo establecido en los convenios tratados. Para los aspectos no regulados en dichos convenios, se aplicará las regulaciones señaladas en el párrafo anterior.

**Bancos de Ofertantes**

Art. 53.- La UACI deberá establecer y mantener actualizado un Banco de Información de todos sus ofertantes, este Banco contendrá información básica de los ofertantes de adquisiciones y contrataciones, según su competencia; así como de sus antecedentes en el cumplimiento de contratos.

Esta información deberá clasificarse por especialización y categorías. Las categorías se establecerán según la capacidad técnica, financiera, competencia, cumplimiento, tecnología y otros.

**Requerimiento de Obras, Bienes o Servicios**

Art. 54.- Toda adquisición de obras, bienes y servicios ya sea por licitación, concurso o libre gestión, deberán respaldarse con el requerimiento suscrito por el responsable del área o Unidad solicitante.

**Comisiones de Evaluación de Ofertas**

Art. 55.- Dependiendo de la cantidad de adquisiciones o contrataciones, cada Institución constituirá las comisiones en cada caso, para la evaluación de ofertas que estime conveniente, las que serán nombradas por el titular o a quien éste designe.

Dichas comisiones podrán variar de acuerdo a la naturaleza de las obras, bienes o servicios a adquirir.

Procederán en todo caso, cuando se trate de licitaciones o concursos públicos o por invitación, nacionales o internacionales.

**Constancia de Recepción**

Art. 56.- Deberá dejarse constancia escrita de la recepción de obras, bienes y servicios adquiridos. El responsable de emitir esta constancia se asegurará que el suministro cumpla con las características establecidas en la orden de compra o contrato.

Art. 57.- En caso de determinar bienes dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes, el responsable de la recepción del suministro levantará el informe respectivo, informará a la UACI y entregará copia al proveedor del bien o servicio; absteniéndose de recibir el suministro hasta que se haya subsanado la deficiencia, de lo contrario se procederá según la Ley.

**ACTIVIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. JORGE ARTURO MENA" DE SANTIAGO DE MARIA,  
DEPARTAMENTO DE USULUTAN**

**Objetivos de Salud del Hospital Nacional de Santiago de María**

Art. 58.- Para desarrollar el ordenamiento legal, establecer los fundamentos de una mejor atención en salud, se aplicará el contenido del Código de Salud, el Reglamento General para Hospitales Nacionales y la Ley de Medio Ambiente.

**Protocolos**

Art. 59.- Los Protocolos establecidos a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se les dará cumplimiento, según programas y/o atención directa, brindado a los usuarios. Las diferentes jefaturas de Enfermería, serán las que realicen el respectivo monitoreo y retroalimentación.

**Consulta Externa**

Art. 60.- La atención a los pacientes con patologías no clasificadas como emergencias, serán atendidos en la Consulta Externa del Hospital, para ello, los médicos del staff, residentes y enfermeras, que laboren en este servicio, se apegarán a lo dispuesto en el Reglamento General para Hospitales Nacionales.

En la consulta externa se contará con los siguientes servicios de apoyo: Odontología, Farmacia, Materno Infantil y Control Prenatal, Vacunación, Inyecciones y Curaciones, Saneamiento Ambiental, Documentos Médicos, Cardiología, Ultrasonografía, Radiología, Trabajo Social, y visita domiciliar.

**Emergencia**

Art. 61.- Se atenderán pacientes en esta área, cuando éstos presenten cuadros clínicos que son de máxima urgencia y que necesiten atención inmediata. La Emergencia del Hospital deberá estar abierta las 24 horas del día, habiendo siempre un Médico de turno junto a una Enfermera, quienes atenderán a los pacientes.

La Emergencia tendrá servicios de apoyo como: Observación, Pequeña Cirugía, Terapia Respiratoria, Inyecciones y Curaciones, Cardiología, Ultrasonografía, Laboratorio Clínico, Radiología, Anestesiología, Farmacia, Ropería, Trabajo Social y Documentos Médicos.

**Hospitalización**

Art. 62.- La hospitalización de pacientes del Hospital, se clasificará por sexo y edad, teniendo así: Encamados hombres; ya sea por Cirugía y por Medicina Interna; los Encamados mujeres, que se separarán así: Atenciones de Parto, Cirugías de Ginecología y Obstetra, Medicina Interna y Pediatría, donde se atenderán a los menores de doce años de ambos sexos.

Los servicios de apoyo en hospitalización, serán: Anestesiología, Cirugía, Cardiología, Ultrasonografía, Anestesiología, Radiología, Laboratorio Clínico, Lavandería, Alimentación y Dietas, Ropería, Farmacia, Documentos Médicos, Fisioterapia y Rehabilitación y Trabajo Social.

#### **Sala de Operaciones**

Art. 63.- El Hospital contará con una sala de operaciones en donde únicamente tendrá acceso el personal calificado para ello, como son: Médicos, enfermeras, anestesiólogos, Auxiliar de Limpieza y el personal que realice mantenimiento de equipos, todos utilizarán vestuario completo y correcto, utilizable como Área Restringida. Anexo a esta Sala estará el Arsenal, lugar en donde se tendrá la ropa para ingresar a sala, Material Médico Quirúrgico y otros insumos.

#### **Saneamiento Ambiental**

Art. 64.- El Hospital contará con una oficina para Saneamiento Ambiental, con la finalidad de prevenir las enfermedades. Esta oficina contará con personal idóneo para impartir educación a la población sobre el manejo de desechos sólidos, letrización, vacunación canina, atención al medio ambiente, prevención de enfermedades infecto contagiosas, como: Dengue, cólera, paludismo y otras.

#### **Administración**

Art. 65.- El Hospital tendrá oficinas administrativas, las cuales estarán integradas con un Departamento de Recursos Humanos, una Unidad Financiera Institucional, una Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y un Departamento de Mantenimiento, quienes estarán coordinados por un Administrador.

### **DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE ACTIVOS**

#### **Registro y Control de Existencias**

Art. 66.- Para la recepción, almacenamiento, registro, distribución, control de inventario, niveles de seguridad y determinación de existencias; los empleados responsables se registrarán por lo establecido en las Normas para el Almacenamiento de Insumos Médicos y no médicos, emitido por la Unidad Técnica de Medicamentos e Insumos Médicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

#### **Registro y Distribución de Bienes Muebles**

Art. 67.- Se mantendrá un sistema para el registro de las existencias de almacén y de activos fijos que facilite la codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, estado de bienes, fecha, costo de adquisición, responsable de los mismos y depreciación o revalúo cuando aplique, con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo.

#### **Codificación**

Art. 68.- 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.

La codificación se establecerá de tal manera que sea factible la identificación de todos los bienes al momento de realizar constataciones físicas, ésto será aplicable incluso a los bienes cuyo valor de adquisición sea inferior al límite establecido por las Normas de Contabilidad Gubernamental.

#### **Registro y Evaluación de Bienes Inmuebles**

Art. 69.- Los bienes inmuebles deberán estar documentados en escrituras públicas, que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritas en el Centro Nacional de Registro correspondiente al Departamento, según indica la Ley.

Los documentos que amparan la propiedad de los bienes, deberán estar debidamente custodiados por un servidor responsable e independiente de los que autorizan y aprueban las adquisiciones.

Art. 70.- Los bienes inmuebles propiedad del estado deberán revaluarse por el Departamento de Contabilidad de la UFI del Hospital, oportunamente, a fin de presentar su valor real en los estados financieros de conformidad a la plusvalía, adiciones o mejoras realizadas a los inmuebles.

#### **Protección y Seguridad de los Activos**

Art. 71.- Se establecerá una política de Sistema de Seguridad que protegerá los bienes muebles e inmuebles y los almacenados en Bodega, contra eventuales riesgos y siniestros, contratando para ello los seguros que se estimen convenientes.

Asimismo, se deberán proteger mediante controles administrativos los bienes de poco valor que no son considerados activos fijos pero que son propiedad del Hospital, de conformidad a las Normas Técnicas de Contabilidad Gubernamental.

#### **Constatación Física**

Art. 72.- Se realizarán constataciones físicas de inventario en bodegas y activos fijos por parte de servidores independientes de su custodia y registro, por lo menos dos veces al año en cada uno de los departamentos del Hospital; en caso de variaciones se efectuarán las investigaciones y ajustes y en su caso, determinar las responsabilidades conforme a la ley.

#### **Mantenimiento y Reparaciones**

Art. 73.- El Departamento de Conservación y Mantenimiento del Hospital, deberá elaborar y ejecutar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo para todo el año, de los activos fijos y bienes del Hospital, a la vez, emplear todos los medios que permitan prolongar hasta el máximo posible su vida útil.

Para poder realizar el mantenimiento y reparación de bienes, el Jefe del Departamento de Mantenimiento del Hospital, deberá verificar la propiedad del bien y su inclusión en el Sistema 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.

Art. 74.- En caso que el Hospital no cuente con el recurso apropiado para realizar las actividades antes descritas, se podrá contratar a personas ajenas a la Institución, para que realice el mantenimiento o reparación de bienes, el Departamento de Mantenimiento deberá vigilar que este recurso dé fiel cumplimiento de lo pactado.

#### **Descargo de Bienes**

Art. 75.- El Encargado de controlar el Activo Fijo, se apegará estrictamente a las disposiciones reglamentarias vigentes para la baja o descargo de bienes de consumo, mobiliario y equipo, bienes intangibles, vehículos y otros, cuando por obsolescencia, desperfectos, o cualquier otro motivo, la Dirección del Hospital decida subastar, vender o simplemente desechar como chatarra, tales bienes; para ello, contará con las justificaciones requeridas en las normativas vigentes.

#### **Administración de Vehículos Institucionales**

Art. 76.- La asignación, uso, cuidado y conservación de todos los vehículos del Hospital y el consumo de combustible, se regirá de conformidad a las regulaciones establecidas por la Corte de Cuentas de la República, el Reglamento para Controlar el Uso de Vehículos Nacionales, los Lineamientos para la Administración de Combustible, emitidos por la Dirección Administrativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otras regulaciones aplicables.

Art. 77.- Los vehículos nacionales, sean éstos ambulancias, camiones, pick ups, coches, motos y bicicletas, se utilizarán exclusivamente para el servicio institucional y llevarán en un lugar visible el distintivo del Ministerio de Salud, que los identifique, el cual no deberá ser removido. En caso que este distintivo se decolore deberá colocarse nuevamente, de manera que siempre sea visible.

Los vehículos nacionales al servicio de esta Institución, deberán ser guardados al final de cada jornada laboral en el estacionamiento del Hospital.

### **DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE DISEÑO Y USO DE DOCUMENTOS DE REGISTRO**

#### **Uso y Control de Formularios Pre-numerados**

Art. 78.- Deberá utilizarse en la Unidad Financiera del Hospital, un sistema de formularios pre-numerados, previendo el número de copias que tendrá cada formulario, el destino de copia y las firmas de autorización necesarias.

Los documentos que registren el trámite o transferencia de recursos de cualquier naturaleza, deberán ser controlados constantemente; si hay pérdida, será oportunamente notificada al Jefe inmediato superior y al Director del Hospital.

Art. 79.- Los juegos de formularios y otros documentos de carácter especial que sean anulados, deberán archivarlos junto con los legajos de los que han sido utilizados correctamente, todo esto para mantener su control, secuencia numérica y evitar su uso no adecuado.

La custodia de cualquier otro formulario que se encuentre sin utilizar y que sea de carácter especial, es responsabilidad única del personal que está autorizado para su uso.

**DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE CONCILIACION PERIODICA DE REGISTROS****Conciliaciones**

Art. 80.- Se efectuarán conciliaciones mensuales de toda clase y naturaleza de cuentas bancarias, relacionadas con la información contable, presupuestaria y de tesorería, con el propósito de verificar saldos o disponibilidades. Estas serán elaboradas y suscritas por un servidor independiente de la custodia y registro de fondos, haciéndolas del conocimiento del Jefe inmediato respectivo.

**DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE LA ADMINISTRACION DE PERSONAL****Definición de Políticas y Procedimientos sobre Recursos Humanos****Contratación de Personal**

Art. 81.- El Director del Hospital, en coordinación con el Jefe de Recursos Humanos, tendrán la responsabilidad de: Reclutar, seleccionar y contratar al personal nuevo, mediante convocatorias que pueden ser en medios escritos o dirigidas, entrevistas, pruebas de idoneidad, verificación de datos, referencias, exámenes médicos y otros; a efecto de determinar su capacidad técnica y profesional, experiencia, honestidad y que no exista impedimento legal o ético para el desempeño del cargo.

**Formas de Contratación**

Art. 82.- La contratación de personal, se hará por la modalidad de Ley de Salarios y Contratos de fondos GOES y/o por Servicios Profesionales, los que serán pagados con fondos obtenidos en el Hospital.

**Inducción**

Art. 83.- Todo el personal que ingrese al Hospital en calidad de empleado, deberá ser orientado e inducido para que conozca todas las instalaciones donde realizará su labor, de tal manera que se le facilite integrarse a la Institución. Esta inducción se hará el primer día que se presente a sus labores de acuerdo a las políticas establecidas por el Departamento de Recursos Humanos del Hospital.

**Desarrollo Profesional**

Art. 84.- El Hospital ejecutará programas de capacitación y entrenamiento con la finalidad de que sus funcionarios y empleados mejoren sus capacidades y aptitudes en el área de su competencia; de conformidad a lo establecido en el manual de políticas de recursos humanos.

Todas las jefaturas del Hospital, deberán presentar al Departamento de Recursos Humanos, sus necesidades de capacitación del personal bajo su cargo.

Es necesario suscribir un convenio que regule la responsabilidad de que los conocimientos adquiridos por los funcionarios y empleados en programas de capacitación en el país o en el exterior deberán tener un efecto multiplicador hacia el interior de la entidad.

**Evaluación al Desempeño**

Art. 85.- Se evaluará cada seis meses el trabajo de los empleados del Hospital, de acuerdo al Manual de Políticas del Departamento de Recursos Humanos; esta evaluación deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidas por cada unidad organizativa. El Jefe de cada Unidad en coordinación con Recursos Humanos, serán los responsables de la evaluación del personal a su cargo y los resultados deberán archivarlos en el expediente respectivo.

**Promoción**

Art. 86.- Cuando queden plazas vacantes antes de realizar la convocatoria externamente, se deberá hacer una promoción del personal que ya está laborando, de acuerdo a méritos, aptitudes personales, experiencias, grado académico, eficiencia y rendimientos en su desempeño.

**Acciones Disciplinarias**

Art. 87.- Todo funcionario o empleado será sometido a las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil, Disposiciones Generales del Presupuesto y demás leyes y Reglamentos afines, cuando obstaculice negligentemente el desarrollo de actividades institucionales o que cometa actos de indisciplina.

**Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación del Personal**

Art. 88.- La rotación del personal de este Hospital, será responsabilidad del Jefe del Departamento respectivo, en coordinación con el Jefe del Departamento de Recursos Humanos, cuando por la naturaleza de las funciones que realiza el personal y las disposiciones técnicas operativas lo permitan.

La rotación del personal se hará en cumplimiento a las disposiciones que contendrá el Manual de Políticas de Recursos Humanos.

#### **Control de Asistencia**

Art. 89.- El control de asistencia del personal a sus labores, se hará a través de los medios que establezca el Director del Hospital, todo empleado deberá marcar o registrar su entrada y salida de su lugar de trabajo. Estos medios pueden ser relojes biométricos de huella, sistema biométrico de mano, relojes con tarjetas, o libros foliados debidamente autorizados, que permitan un control eficiente de asistencia, puntualidad, permanencia en su lugar y salida del personal.

Será responsabilidad del Jefe respectivo: La asistencia del personal, su puntualidad y permanencia del empleado en el lugar de trabajo.

#### **Trámite de Licencias y Permisos**

Art. 90.- Cada empleado deberá tramitar oportunamente con su Jefe inmediato, todas las licencias, permisos, misiones oficiales y las faltas de marcación, para que de igual forma, todas las jefaturas deberán autorizarlos y remitirlos al Departamento de Recursos Humanos. De no hacerlo oportunamente, dicho Departamento aplicará los descuentos respectivos en cumplimiento a las regulaciones establecidas.

#### **Expedientes de Personal**

Art. 91.- El Departamento de Recursos Humanos, será el responsable del control de los expedientes e inventario de todo el personal Administrativo, Médico y Paramédico y de mantenerlos clasificados y actualizados, sin importar la forma de contratación, con la finalidad de ubicarlos y controlarlos con facilidad en el Hospital.

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

### **DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE GARANTIA Y CAUCIONES**

#### **Fianzas o Garantía**

Art. 92.- Deberán rendir fianza o garantía a favor de la Institución, para responder por el fiel cumplimiento de sus funciones; los empleados encargados de la recepción, control, custodia e inversión de fondos o del manejo de bienes públicos, sean éstos en efectivo, títulos valores o cualquier otro activo que represente valor económico y que puedan ser susceptible de robo, pérdida o extravío.

Por ningún motivo se dará posesión del cargo a ningún funcionario o empleado, si no hubiere cumplido este requisito.

#### **Responsabilidad de Contratación de Pólizas**

Art. 93.- La Unidad Financiera Institucional, será la responsable de informar oportunamente al Director del Hospital, sobre la necesidad de contratar las Pólizas correspondientes.

#### **Garantías de Proveedores**

Art. 94.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) será la responsable de exigir, registrar, custodiar y devolver las diferentes garantías para asegurar el cumplimiento de las ofertas y contratos que se celebren para la adquisición de obras, bienes y servicios, en cumplimiento a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

#### **Pérdida por Extravío de Valores**

Art. 95.- Cuando ocurran robos, hurtos, fraudes, pérdida o extravío de valores, el responsable de los mismos deberá informar en su oportunidad a su Jefe inmediato, quien comunicará a la Dirección del Hospital para que coordine con la Unidad Financiera Institucional y forme una Comisión de Investigación para deducir responsabilidades.

Asimismo, se deberá informar lo sucedido a las autoridades de seguridad y justicia correspondientes, además de gestionar ante la compañía de seguros el reclamo respectivo.

#### **DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS EN LOS CONTROLES DEL SISTEMA DE INFORMACION**

##### **Política y Plan de Contingencia**

Art. 96.- El Coordinador de Informática, deberá elaborar la Política y Plan de contingencia de los sistemas de información que permita continuar operando en casos de siniestros, fallos de servidores de red, comunicación de datos, recuperación de aplicaciones, entre otros, que facilite restablecer oportunamente los sistemas de información institucional.

##### **Uso de la Información y Equipo Informático**

Art. 97.- El Coordinador de Informática del Hospital, será el responsable de la administración integral del modelo de datos lógico y físico de la base de datos de los sistemas de información del Hospital, para lo cual deberán elaborarse las normas y políticas respectivas.

El Coordinador de Informática, será el responsable de custodiar las licencias de los diferentes lenguajes de programación.

##### **Mantenimiento de Equipo Informático**

Art. 98.- El Coordinador de Informática, será el responsable de garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo informático, que posea el Hospital.

#### **DEFINICION DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LOS CONTROLES DE APLICACION**

##### **Procedimiento para Autorización y Registro**

Art. 99.- Se apegará a lo establecido por la Corte de Cuentas de la República, Ministerio de Hacienda y Reglamento para Hospitales Nacionales, en todo lo relacionado a los procedimientos para autorización, registros y control oportuno de las operaciones, concibiéndolos como la secuencia lógica de los pasos que siguen una tarea o actividad.

##### **Administración de Cuentas Bancarias**

Art. 100.- Cualquier documento de pago, ya sea con cheque o retiro de fondos que se emita, deberá ser autorizado mediante firmas mancomunadas y de conformidad a las normativas legales vigentes emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

Los desembolsos se efectuarán con cheques pre-enumerados o en la modalidad de depósito a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, contra las cuentas bancarias autorizadas de este Hospital, de esta modalidad se exceptúa los trámites de pago del Fondo Circulante de Monto Fijo.

Art. 101.- Las firmas de los cheques o retiros de fondos, se estamparán manualmente o según lo permitan las normativas del sistema bancario.

Art. 102.- No se firmarán cheques en blanco, ni se emitirán los mismos a nombre de personas o empresas diferentes a las que se ha contratado o suministrado los bienes y servicios.

Las fórmulas de cheques cumplirán con los requisitos legales y de seguridad establecidos, de conformidad a las disposiciones de la Superintendencia del Sistema Financiero.

Art. 103.- Las formulas de cheques en blanco serán custodiados por el Tesorero del Hospital, para evitar utilizations indebidas.

**Refrendario de Cheques**

Art. 104.- La Dirección de este Hospital informará por escrito ante los bancos respectivos, las personas titulares y suplentes autorizadas para el movimiento de las cuentas autorizadas.

Los refrendarios de los cheques de las cuentas bancarias, no deberán ejercer las funciones de autorización de gastos, ni ser empleado de la UFI del Hospital.

Art. 105.- Los refrendarios de cheques vigilarán que los documentos que soportan los gastos cumplan con los requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia.

Al producirse una vacante en algún refrendario se comunicará al banco oportunamente, para evitar rechazo de cheques por firmas indebidas o por cualquier intento de fraude.

**Arqueo de Fondos y Valores**

Art. 106.- Deberán practicarse arqueos de Fondos, a los responsables sin previo aviso y frecuentes, sobre la totalidad de los fondos y valores, de ser posible en forma simultánea.

Los arqueos serán practicados por Auditoría Interna y a falta de ésta, por firmas privadas de auditoría o la Corte de Cuentas de la República. Estos serán elegidos por el Director del Hospital y se dejará constancia escrita y firmada por los servidores que participan en los arqueos.

**CAPITULO IV****NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION****ADECUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACION****Sistemas de Información y Comunicación**

Art. 107.- El Director del Hospital con los jefes de cada Departamento y el empleado de Trabajo Social, serán los responsables de desarrollar un sistema de información de acuerdo al Plan Estratégico, misión, objetivos y metas establecidos institucionalmente, debiendo ajustarse a requerimientos internos y externos y facilitando información para la rendición de cuentas de la gestión.

**Política de Comunicaciones**

Art. 108.- La Dirección del Hospital junto con el Trabajador Social y los jefes de Departamento, deberán elaborar y proponer una política de comunicación, que garantice la adecuada difusión de la información oficial del Hospital a todos los niveles correspondientes, además para proyectarse a la población usuaria, deberá de utilizar los medios de comunicación existentes en el Municipio como son: La radio, televisión por cable, Radio de circuito cerrado, marchas, campañas preventivas, panfletos y otros.

**PROCESO DE IDENTIFICACION, REGISTRO Y RECUPERACION DE LA INFORMACION****Sistemas de Información**

Art. 109.- El Director del Hospital y los jefes de Departamento, deberán diseñar un sistema de información con el que se pueda identificar, obtener, procesar y divulgar datos relativos a la información financiera de sus operaciones y de su cumplimiento legal interno y externo. Esto con la finalidad de facilitar a la dirección, la ejecución y control de sus operaciones, las cuales deberán estar acorde a las necesidades institucionales en el contexto de cambios constantes.

**CARACTERISTICAS DE LA INFORMACION****Características**

Art. 110.- La información que se genere en las diversas unidades organizativas, deberá reunir las siguientes características: Apropiaada, oportuna, actualizada, exacta y accesible. Cada Jefe de Unidad deberá establecer los puntos de inspección, con la finalidad de verificar y cerciorarse que las anteriores características se están llevando a cabo de acuerdo a los procesos que se realicen. Todo esto para garantizar la calidad y que sea útil para la toma de decisiones.

**EFFECTIVA COMUNICACION DE LA INFORMACION****Canales de Comunicación**

Art. 111.- Todas la jefaturas establecerán y mantendrán líneas de comunicación recíprocas, de tal manera que el personal se apodere las responsabilidades que conlleva sus funciones. Es necesario que cada empleado entienda su propio papel en el Sistema de Control Interno y que la relación de sus actividades individuales, se complementan con el trabajo de los demás, influyendo en los objetivos institucionales.

**ARCHIVO INSTITUCIONAL****Conformación del Archivo Institucional**

Art. 112.- El Archivo Institucional del Hospital estará conformado por toda la documentación de las operaciones financieras, de gestión y de cumplimiento legal que realiza cada Unidad Organizativa. Este Archivo existirá adicionalmente al archivo de la documentación contable que establece el Ministerio de Hacienda.

Todas las jefaturas serán las responsables del archivo de su Unidad.

**CAPITULO V****NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO****Monitoreo sobre la Marcha**

Art. 113.- La Dirección del Hospital junto con los jefes de Departamento, estarán en la obligación de realizar actividades de supervisión, con el propósito de comprobar que los subalternos realicen sus actividades de conformidad a los lineamientos establecidos y tomar las acciones correctivas que sean aplicables. Estas actividades deberán documentarse.

**MONITOREO MEDIANTE AUTOEVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO****Autoevaluación del Sistema de Control Interno**

Art. 114.- Al menos una vez al año todas las jefaturas del Hospital, deberán formar un equipo con los empleados del mismo Departamento, para analizar y evaluar el funcionamiento del control interno existente y así determinar la vigencia y calidad de sus operaciones, todo esto con la finalidad de realizar las modificaciones que se crean necesarias para mantener su efectividad.

Para este monitoreo y con base en los planes organizacionales y a otras regulaciones que fueren aplicables, se deberá efectuar una revisión permanente de la gestión que realiza cada Departamento del Hospital para identificar en forma oportuna cualquier desviación encontrada y realizar las acciones que sean necesarias para prevenirlas o corregirlas.

**EVALUACIONES SEPARADAS****Revisiones Posteriores**

Art. 115.- Los auditores designados, la Corte de Cuentas de la República y las firmas privadas de auditoría, practicarán revisiones periódicas sobre la funcionabilidad de la eficiencia del Sistema de Control Interno Institucional. Todo esto adicionalmente a las necesidades de monitoreo y autoevaluación, proporcionando así las recomendaciones necesarias para su fortalecimiento.

Es responsabilidad de las jefaturas y todo el personal del Hospital, proporcionar la colaboración oportuna y la información adecuada a los auditores designados y a otros entes supervisores para que ejecuten su trabajo con eficiencia y eficacia.

**COMUNICACION DE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO****Comunicación de Resultado**

Art. 116.- Los resultados de las actividades del monitoreo y evaluación del Sistema de Control Interno Institucional que encuentren los encargados de realizarlo, deberán ser comunicados oportunamente al Director del Hospital Nacional o a las jefaturas inmediatas, con el propósito de realizar acciones preventivas o correctivas oportunamente.

**CAPITULO VI****DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA****Revisión y Actualización**

Art. 117.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, serán realizadas por el Director del Hospital en coordinación con los jefes de Departamento al menos cada dos años. Los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el Director del Hospital.

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

**Divulgación de la Norma**

Art. 118.- La Dirección del Hospital, será la responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas a sus funcionarios y empleados; así como la aplicación de la misma.

**Vigencia**

Art. 119.- El presente decreto entrará en vigencia a partir del día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, diez de diciembre del dos mil siete.

**Dr. Rafael Hernán Contreras Rodríguez,**  
**Presidente de la Corte de Cuentas de la República.**

**(Registro No. F000160)**