

# DIARIO OFICIAL



DIRECTORA: Nilda Verónica Menéndez Gil

TOMO Nº 438

SAN SALVADOR, MARTES 21 DE MARZO DE 2023

NUMERO 56

**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 EJECUTIVO</b>	<b>ORGANO JUDICIAL</b>
<b>MINISTERIO DE GOBERNACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL</b>	<b>CORTE SUPREMA DE JUSTICIA</b>
Escrituras públicas, estatutos de la Fundación El Salvador y Decreto Ejecutivo No. 47, declarándola legalmente establecida, aprobándole sus estatutos y confiriéndole el carácter de persona jurídica. .... 3-15	Acuerdo No. 1437-D.- Autorización para ejercer las funciones de notario. .... 40
<b>RAMO DE GOBERNACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL</b>	Acuerdos Nos. 1104-D, 20-D, 45-D, 60-D, 68-D, 104-D, 106-D, 117-D, 129-D, 139-D y 143-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas. .... 40-42
Escritura pública, estatutos de la Asociación Consorcio de Instituciones de Educación Superior para el Crecimiento Económico de El Salvador y Acuerdo Ejecutivo No. 259, aprobándole sus estatutos y confiriéndole el carácter de persona jurídica. .... 16-30	Acuerdo No. 164-D.- Se declara finalizada suspensión impuesta en el ejercicio de la abogacía y de la función pública del notariado. .... 42
Estatutos de la Iglesia Evangélica Profética Tierra de Santidad y Acuerdo Ejecutivo No. 318, aprobándolos y confiriéndole el carácter de persona jurídica. .... 31-33	<b>INSTITUCIONES AUTÓNOMAS</b>
<b>MINISTERIO DE HACIENDA</b>	<b>CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA</b>
<b>RAMO DE HACIENDA</b>	Decreto No. 31.- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani, de Sensuntepeque, departamento de Cabañas. .... 43-67
Acuerdo No. 263.- Se incorpora al Acuerdo No. 992, de fecha 28 de septiembre de 2011, un servicio prestado por la Policía Nacional Civil. .... 34	<b>ALCALDÍAS MUNICIPALES</b>
Acuerdo No. 338 bis.- Se autorizan los precios por servicios del Reglamento Técnico Salvadoreño de Eficiencia Energética 29.02.01:21 Productos Eléctricos Luminarias Especificaciones de Eficiencia Energética y el RTCA Productos Eléctricos Acondicionadores de Aire Tipo Dividido Inverter. .... 35	Decreto No. 1.- Reforma a la Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios del municipio de Cacaopera, departamento de Morazán. .... 68
Acuerdo No. 370.- Se autorizan los precios para la venta de productos y servicios del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. .... 36-39	Decreto No. 2.- Ordenanza Reguladora de Tasas por Servicios del municipio de San Vicente, departamento de San Vicente. .... 69-85
	Decreto No. 2.- Ordenanza Transitoria para el Pago de Tasas con Dispensa de Multas e Intereses Moratorios Dirigida a Inmuebles de la Zona Urbana y Rural, a favor del municipio de Olocuilta, departamento de La Paz. .... 86-87

## **INSTITUCIONES AUTONOMAS**

### **CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA**

#### **DECRETO No. 31**

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

#### **CONSIDERANDO:**

- I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero del 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de La República, emitió el Reglamento de las 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 (conocida como COSO, por sus siglas en inglés).
- III. Que según el artículo 62 del referido Decreto, cada institución pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), según las necesidades, naturaleza y características particulares; en el Art. 63, regula que dicho proyecto deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

#### **POR TANTO:**

En uso de las facultades conferidas 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 "SAN JERÓNIMO EMILIANI" DE SENSUNTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CABAÑAS**

#### **CAPÍTULO PRELIMINAR GENERALIDADES**

#### **Objeto de las Normas Técnicas Institucionales**

**Art. 1.-** Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani" de Sensuntepeque, Departamento de Cabañas, constituyen el marco básico para regular el Sistema de Control Interno; aplicable con carácter obligatorio a todas las dependencias y demás servidores.

### **Responsables del Sistema de Control Interno**

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

### **Definición del Sistema de Control Interno**

**Art. 3.-** El Sistema de Control Interno es el conjunto de procesos continuos e interrelacionados, determinados por el director, jefaturas y demás servidores, diseñados para el control de las operaciones a su cargo, a fin de proporcionar seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales. El control interno puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

### **Objetivos del Sistema de Control Interno**

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

- a) Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en 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) Proveer información exacta, veraz, completa y oportuna de las diferentes operaciones a las autoridades competentes.

### **Componentes del Sistema de Control Interno**

**Art. 5.-** Los componentes del Sistema de Control Interno son: Entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

#### **a) Entorno de control**

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

#### **Principios:**

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

**b) Evaluación de riesgos**

Es un proceso dinámico e interactivo 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 los 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 entidad 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 y valores, innovaciones tecnológicas, leyes y regulaciones aplicables.

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

**Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos****Compromiso con los principios y valores éticos**

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

**Estándares de conducta**

**Art. 9.-** Los estándares de conducta y valores éticos, están definidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, emitido y aprobado por el Ministerio de Salud y es aplicable a todos los establecimientos del mismo. Dicho Código se divulgará a todos los servidores que integran la estructura organizativa de la entidad, para el cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

**Seguimiento a desviaciones**

**Art. 10.-** El director y jefaturas deberán intervenir de manera oportuna, ante los incumplimientos a estándares de conducta, establecidos en el Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, y demás normativa aplicable, mediante las acciones preventivas y correctivas o sancionatorias.



**Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno****Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión**

**Art. 11.-** El director y jefaturas serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y necesidad del Hospital.

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

**Art. 12.-** El director a través del Consejo Estratégico de Gestión del Hospital Nacional “San Jerónimo Emiliani” de Sensuntepeque, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y actualizando en el caso que procedan 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, ordenar los ajustes correspondientes con el apoyo de las jefaturas.

**Art. 13.-** El director a través de las unidades organizativas competentes, supervisará la efectividad de todos los componentes y principios del Sistema de Control Interno, implementados por el Hospital.

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

**Art. 14.-** El Hospital posee una estructura organizativa debidamente aprobada por el Ministerio de Salud, conformada por unidades y departamentos. Dicha estructura podrá ser modificada por la Dirección y Consejo Estratégico de Gestión, con base a las necesidades internas del Hospital o cambio de coyuntura emergente, considerando los aspectos siguientes: naturaleza, complejidad, estilo de gerencia y marco legal aplicable.

Lo anterior, en cumplimiento al Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud.

**Establecimiento de funciones y competencias**

**Art. 15.-** El director y Consejo Estratégico de Gestión, han emitido el Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional “San Jerónimo Emiliani” de Sensuntepeque, el cual incluye las líneas de autoridad y responsabilidad. El Ministerio de Salud ha emitido el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomos I, II y III, en donde se establece el perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

### **Autoridad y responsabilidad**

**Art. 16.-** El director es responsable de delegar mediante Acuerdo o Resolución la responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones en cada nivel de la estructura organizativa:

- a) El director será responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas de forma periódica y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b) Las jefaturas emitirán instrucciones escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus responsabilidades.
- c) El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas, y poseer una adecuada comprensión de:
  1. Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones.
  2. Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones.
  3. Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias.
  4. Canales de comunicación.
  5. Actividades de supervisión existentes.

### **Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano**

#### **Establecimiento de políticas y prácticas**

**Art. 17.-** El Departamento de Recursos Humanos con autorización del director, será el responsable de orientar y velar porque se cumpla el marco regulatorio sobre políticas y prácticas de personal, especialmente en: inducción, contratación, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias a todo el talento humano del Hospital.

Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud, Tomos I, II y III; y otros documentos técnicos que regulen las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deberán 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 actividades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas, los cuales deberán ser incorporadas en el Plan de Capacitación, a fin de que se 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.

### **Evaluación de competencias**

**Art. 18.-** El director a través del Departamento de Recursos Humanos, evaluará periódicamente la competencia del talento humano, conforme a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y perfil del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

### **Desarrollo profesional**

**Art. 19.-** El director a través del Departamento de Recursos Humanos, promoverá que se brinde la capacitación necesaria para desarrollar las competencias del talento humano, según las funciones que desempeñe, lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Planes de contingencia**

**Art. 20.-** El director a través de las jefaturas médicas, enfermería, servicios de apoyo, administrativas, financieras y demás jefaturas 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 de ocurrencia.

Los planes principales son: Plan de Contingencia de Inundaciones, Plan de Seguridad del Agua, Plan Hospitalario de Respuesta a Emergencias y Desastres, entre otros.

### **Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades**

#### **Responsabilidad sobre el control interno**

**Art. 21.-** El director designará por escrito las responsabilidades al talento humano idóneo y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno; todo ello, con base a lo estipulado en el Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani" Sensuntepeque y a través del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Salud Tomos I, II y III.

El director como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno, a través de cada jefatura, deberá efectuar evaluación continua al desempeño del personal, para verificar el cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura organizativa de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos, de acuerdo a la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



### Incentivos

**Art. 22.-** El director aplicará los incentivos apropiados y factibles para el talento humano, según lo haya establecido el Ministerio de Salud, para que se realicen actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos a corto y largo plazo. Algunos incentivos que establecen el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, pueden otorgarse a los empleados incentivos, dentro de los cuales están las prestaciones de: compra de telas para uniformes, capacitaciones y jornadas de salud.

Otros incentivos a considerar para el personal, se detallan a continuación:

**Considerando 1:** La distancia, accesibilidad, situaciones no previstas en carreteras y el transporte colectivo interno e interdepartamental, se concederá lo siguiente:

**Art. 23.-** Basado en el Art. 31 de la Ley de Servicio Civil, literal a), se concederá seis minutos diarios después de su hora prevista de entrada, equivalentes a treinta minutos en el mes, al inicio de su jornada laboral, no acumulativos en una sola jornada.

**Considerando 2:** Con el fin de incentivar el potencial humano de la institución:

**Art. 24.-** Se les otorgará a los empleados del Hospital en la fecha de su natalicio, día libre remunerado; siempre y cuando no afecte sus actividades ni a terceros (pacientes o población que hace uso de los distintos servicios que presta el Hospital), y que estuviera programado en jornada laboral.

### Evaluación al desempeño

**Art. 25.-** El director a través del Departamento de Recursos Humanos y según la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establecerá y aplicará evaluaciones del desempeño al talento humano en forma semestral, 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 permitan fortalecer las capacidades del talento humano o ejercer medidas disciplinarias.

## CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

### Evaluación de riesgos

**Art. 26.-** Es un proceso dinámico e interactivo 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. La evaluación será realizada de forma participativa, con representación de las diferentes unidades organizativas del Hospital; cada riesgo identificado es priorizado, tomando en consideración variables como la

probabilidad de ocurrencia y magnitud del impacto del riesgo, siendo el producto de las variables la exposición al riesgo.

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

### **Objetivos institucionales**

**Art. 27.-** El director y jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás jefaturas operativas, definirán los objetivos institucionales con claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que son consistentes con la misión y visión institucional.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se ha considerado 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. 28.-** El Ministerio de Salud ha definido las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico Institucional, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional.

### **Objetivos operacionales**

**Art. 29.-** El director con las diferentes jefaturas, en cumplimiento con el Lineamiento Interno para la Planificación Anual Operativa, elaborarán el Plan Anual Operativo o Plan Operativo Anual, que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa, en función de sus objetivos estratégicos, orientados al cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

### **Riesgos**

**Art. 30.-** Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos y externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, la Dirección y jefaturas deberán identificarlos y analizarlos, para establecer mecanismos

efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto, siguiendo la metodología del Manual de Gestión de Riesgos.

### **Gestión de riesgos**

**Art. 31.-** Los riesgos se gestionarán considerando los aspectos siguientes:

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

### **Identificación de riesgos**

**Art. 32.-** El director a través de las diferentes jefaturas de unidades y/o departamentos, serán responsables de la identificación de riesgos internos o externos, que impidan la consecución de los objetivos y las metas institucionales. El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios e información.

Los riesgos son generados internamente (riesgos internos), y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos que podrían afectar al Hospital, 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) Medioambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

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

### **Análisis de riesgos**

**Art. 33.-** Las jefaturas médicas, administrativas, financieras, enfermería y demás áreas operativas, efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad como del entorno próximo remoto. Este proceso incluirá la evaluación de la probabilidad que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

En este proceso se estima la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar su 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 prioritarios.

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

- a) La velocidad del riesgo se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.
- b) El impacto se refiere a: pérdida de activos y tiempo, disminución de la eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información de la entidad, entre otras.
- c) El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.
- d) La persistencia se refiere a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

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

**Art. 34.-** Analizados los riesgos, el titular y jefaturas médicas, administrativas, financieras, enfermería y demás jefaturas, definirán las acciones para su administración y mitigación.

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

#### **Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude**

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

**Art. 35.-** El director y las diferentes jefaturas de unidades y/o departamentos, al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude, que pueda impedir la consecución de los objetivos.

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

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

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

**Art. 36.-** El director a través de las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás jefaturas, identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso es desarrollado paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la entidad, estos podrían referirse a lo siguiente:



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

### CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL

#### Actividades de control

**Art. 37.-** Las actividades de control son las medidas establecidas por el director y las jefaturas médicas, administrativas, financiera, enfermería y demás áreas 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 entidad.

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

Los controles permiten:

- 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.

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

##### Selección y desarrollo de actividades de control

**Art. 38.-** El director y las jefaturas médicas, administrativas, financieras, enfermería y demás jefaturas operativas, han seleccionado e implementado en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos.

Las actividades de control incluyen, controles manuales y 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. 39.-** Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control establecidas, para apoyar el Sistema de Control Interno del Hospital, son:

- a) El ambiente y complejidad del Hospital.
- b) La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c) Estructura organizativa.
- d) Sistemas de información.
- e) Infraestructura tecnológica.

### **Procesos relevantes**

**Art. 40.-** El director y jefaturas definirán las actividades de control, aplicable a los procesos de atención médica, enfermería, administrativos, financieros y operativo del Hospital.

Los controles están 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. 41.-** Las actividades de control incluyen una diversidad de controles aplicables a los procesos, algunos se relacionan solamente con un área específica y otros son de aplicación general. Los controles pueden ser: preventivos, de detección y correctivos, siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

### **Tipos de actividades de control**

**Art. 42.-** El director a través de jefaturas médicas, administrativas, financieras, enfermería y demás jefaturas operativas, implementarán las actividades de control relacionadas, entre otras, con los aspectos siguientes:

- a) Autorizaciones y aprobaciones.
- b) Verificaciones.
- c) Administración de fondos y bienes.
- d) Revisión de informes.
- e) Comprobación de datos.
- f) Controles físicos.
- g) Rendición de fianzas.
- h) Indicadores de rendimiento.
- i) Segregación de funciones incompatibles.
- j) Procesos de contratación de personal.

- k) Asistencia y permanencia del personal.
- l) Cumplimiento de citas programadas.
- m) Cumplimiento de citas reprogramadas.
- n) Documentación de actividades.
- o) Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- p) Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- q) Conciliaciones.
- r) Rotación de personal en las tareas claves.
- s) Función de auditoría interna independiente.
- t) Autoevaluación de controles.
- u) Seguimiento a las quejas y sugerencias identificadas a través del buzón.
- v) Actualización de los controles establecidos.
- w) Planes de contingencia.
- x) Informes de resultados.
- y) Uso de tecnologías de información y comunicación.

### **Autorizaciones y aprobaciones**

**Art. 43.-** El director a través del Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani" Sensuntepeque, y el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Tomos I, II, III, ha definido los niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

### **Verificaciones**

**Art. 44.-** El director a través de las jefaturas se encargará de las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos, al menos una vez al año.

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

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

### **Administración de fondos y bienes**

**Art. 45.-** El director nombrará mediante Acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los procedimientos establecidos en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Lineamientos Técnicos para la Administración del

Activo Fijo, en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

### **Revisión de informes**

**Art. 46.-** El director y jefaturas médicas, administrativas, enfermería, financieras y demás áreas operativas, efectuarán revisión de los informes generados en las diferentes áreas de la institución según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

### **Comprobación de datos**

**Art. 47.-** El director y jefaturas médicas, administrativas, financiera, enfermería y demás áreas operativas, deberán asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados.

### **Controles físicos**

**Art. 48.-** El director nombrará mediante Acuerdo a una Comisión que se encargará de realizar la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo, quien efectuará el levantamiento del inventario, por lo menos una vez al año.

El resultado de las verificaciones físicas, será conciliado con los registros contables, de existir diferencias, se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud y Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo.

### **Rendición de fianzas**

**Art. 49.-** Previo al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, el director verificará que estos rindan fianza a favor del Hospital.

En el Acuerdo de nombramiento, se definirán las personas que de conformidad a la función asignada deban rendir fianza y el monto de la misma.

### **Indicadores de rendimiento**

**Art. 50.-** El director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás jefaturas operativas, con base a instrucciones recibidas del Ministerio de Salud, implementarán indicadores de rendimiento para verificar el desempeño y el cumplimiento de planes, procesos y funciones asignadas en el cumplimiento de los objetivos y lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.

### **Segregación de funciones incompatibles**

**Art. 51.-** El director y las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas operativas, evitarán la asignación de funciones incompatibles en las

unidades y de sus servidores, como las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

### **Asistencia y permanencia del personal**

**Art. 52.-** El Ministerio de Salud ha emitido el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, aplicable al Hospital que establece mecanismos de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en su lugar de trabajo, y los jefes en las diferentes áreas son responsables de verificar su cumplimiento.

### **Documentación de actividades**

**Art. 53.-** Las actividades realizadas en las diferentes áreas, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior.

### **Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos**

**Art. 54.-** Las jefaturas médicas, administrativas, enfermería y demás áreas operativas, deberán remitir oportunamente a la Unidad Financiera institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generen, para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

### **Acceso restringido a los recursos, activos y registros**

**Art. 55.-** En el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, emitido por Ministerio de Hacienda y, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria emitido por Ministerio de Hacienda y los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo emitido por Ministerio de Salud, se define la restricción en el acceso a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

### **Conciliaciones**

**Art. 56.-** En el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado, y Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, emitidos por Ministerio de Hacienda; se definen los procedimientos de conciliación periódica de los registros administrativos de fondos y registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo, para asegurar la congruencia de las cifras; dichas conciliaciones bancarias se efectuarán dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró; y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias.



**Rotación del personal en las tareas claves**

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

El proceso de rotación de personal se desarrollará de acuerdo a la necesidad del área y cuando la naturaleza de las funciones permitan efectuarlo, de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo del Ministerio de Trabajo, Tomos I, II y III.

**Función de Auditoría Interna Independiente**

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

**Autoevaluación de controles**

**Art. 59.-** Las jefaturas médicas, de enfermería, administrativas, financieras y demás jefaturas operativas, deberán implementar, ejecutar y supervisar controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno, aplicables a los procesos y funciones bajo su responsabilidad.

**Actualización de los controles establecidos**

**Art. 60.-** Las jefaturas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás jefaturas, serán responsables de verificar en forma periódica los controles establecidos, de acuerdo a las operaciones que realizan y determinar si son funcionales o ameritan ser actualizados; los cuales se establecen en el Manual de Organización y Funciones del Hospital, Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo, Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud y Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.

**Planes de contingencia**

**Art. 61.-** El director a través de las diferentes jefaturas de la institución y los comités hospitalarios, formulará y mantendrá actualizado el Plan de Contingencia, para el resguardo y protección de personas, bienes e información, asegurando la continuidad de las operaciones ante eventos que podrían alterar el normal funcionamiento, para la minimización de los riesgos no previsibles, críticos o de emergencias y facilitar la recuperación de las actividades normales.

**Informes de resultados**

**Art. 62.-** Las diferentes jefaturas de la institución, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, con la periodicidad que establecen los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en



Almacenes del Ministerio de Salud, Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo del Ministerio de Salud, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria y en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado del Ministerio de Hacienda; los que deberán ser presentados a la Dirección, para efectos de revisión, consolidación y medición de resultados.

### **Uso de tecnologías de información y comunicación**

**Art. 63.-** El director a través del encargado de informática, aplicará los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación, emitidos por el Ministerio de Salud, en los cuales se define los controles aplicables al procesamiento electrónico de datos, con el propósito de salvaguardar el diseño, el ciclo de operación y desarrollo de los sistemas; así como, la utilización de los sistemas operativos y equipos tecnológicos.

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

### **Seguridad de la información**

**Art. 64.-** La seguridad de la información deberá ser gestionada por el Departamento de Informática en todos los niveles de la institución, con base a lo determinado en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicaciones, emitido por el Ministerio de Salud; que define las necesidades operativas que garantizan el cumplimiento de los siguientes objetivos para la información:

- a) **Confidencialidad:** Se garantiza que la información sea accesible, sólo para personas autorizadas a tener acceso de la misma, impidiendo que terceros puedan acceder a la información sin la debida autorización.
- b) **Integridad:** Se salvaguarda la exactitud y totalidad de la información y métodos de procesamiento, aplicando medidas preventivas en los sistemas de información.
- c) **Disponibilidad:** Se garantiza que los usuarios autorizados tengan acceso a la información y a los recursos relacionados con la misma, siempre que lo requieran.

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

#### **Controles generales**

**Art. 65.-** El director a través de la jefatura de Informática, será responsable de cumplir lo establecido por medio de los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación, los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la información de la base de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimientos para garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.

## Uso de tecnologías de información y comunicación

**Art. 66.-** El director para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utilizará tecnologías de información y comunicación, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera.

## Políticas de seguridad

**Art. 67.-** El director a través de la jefatura de Informática, hará cumplir las políticas de seguridad de la información establecida, que contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, que consisten en:

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

**Art. 68.-** Los sistemas de información implementados por el Ministerio de Salud, dan apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que se han establecido los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información cuentan con mecanismos de seguridad de la entrada, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con la flexibilidad que permite los cambios o modificaciones necesarias y autorizadas, manteniendo huellas de auditoría requeridas para efectos de control de operaciones.

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

### Políticas y procedimientos

**Art. 69.-** El director, según los lineamientos del Ministerio de Salud, establecerá actividades de control aplicables a las áreas médicas, administrativas, financieras, y operativas, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.

Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, las que están documentadas en los

instrumentos técnicos debidamente autorizados. Los procedimientos son actividades definidas para cumplir las políticas establecidas.

Las políticas y procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

- a) Son establecidos por escrito.
- b) Realizados oportunamente y por el personal responsable.
- c) Incluyen acciones preventivas y correctivas.
- d) Son sujetos a evaluación periódica para actualizarlos.

## CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### Información

**Art. 70.-** La información es necesaria para que el director ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los componentes de control interno.

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

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

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

### Comunicación

**Art. 71.-** La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por el director.

### Principio 13: Información relevante y de calidad

#### Información relevante y de calidad

**Art. 72.-** El director en coordinación con las diferentes jefaturas, han 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; mediante la revisión de la información elaborada, recibida y despachada, a través de medios electrónicos, magnéticos y en físico, hacia el personal involucrado.

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 institución.

### **Sistema de información**

**Art. 73.-** El Hospital desarrollará un Sistema de Información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, para convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

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

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

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

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

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

#### **Comunicación interna**

**Art. 74.-** El director en coordinación con las diferentes jefaturas, ha establecido e implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Para esos efectos, la comunicación interna permite:

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

### **Niveles de comunicación**

**Art. 75.-** La comunicación entre el director, mandos medios y demás personal está orientada a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

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

### **Canales de comunicación**

**Art. 76.-** Para que la información fluya a través de la organización, el director establecerá canales adecuados de comunicación, a través de medios escritos y de tecnologías de información y comunicación. Además, ha colocado buzones de sugerencias en diferentes áreas de atención a usuarios, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan hacer sugerencias para mejorar la prestación de los servicios y reportar situaciones irregulares.

### **Efectividad de la comunicación**

**Art. 77.-** El director y las diferentes jefaturas utilizarán el método adecuado de comunicación, tomando en cuenta el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a) Circulares.
- b) Memorándum.
- c) Correo electrónico.
- d) Acuerdos.
- e) Actas.
- f) Cartelera.
- g) Reuniones de trabajo.
- h) Mensajes de texto.



- i) Redes sociales.
- j) Sitio web institucional.
- k) Intranet.
- l) Publicaciones.
- m) Video conferencias.
- n) Transmisiones vía Internet.

## **Principio 15: Comunicación externa**

### **Comunicación externa**

**Art. 78.-** Para realizar la comunicación externa, el director en coordinación con las diferentes jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y operativas, ha establecido las políticas 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 el Hospital.

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

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

## **CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN**

### **Supervisión**

**Art. 79.-** La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

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

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

- a) Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por las jefaturas de las áreas médicas, enfermería, administrativas, financieras y demás áreas

operativas y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones.

- b) Implementación de evaluaciones independientes.
- c) Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.
- d) Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control.

Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno, deberán ser informadas oportunamente a la jefatura inmediata y estas trasladarlas al director, para garantizar una adecuada toma de decisiones.

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

##### **Evaluaciones continuas e independientes**

**Art. 80.-** El director desarrollará y llevará a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

##### **Evaluaciones continuas**

**Art. 81.-** El director ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones continuas que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

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

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

##### **Evaluación y comunicación de deficiencias**

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

### **CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES**

**Art. 83.-** Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani", de Sensuntepeque, Departamento de Cabañas, las unidades

organizativas deberán revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

**Art. 84.-** La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada cuando las circunstancias lo ameriten, considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno; esta labor estará a cargo de una Comisión conformada por miembros de las áreas Administrativa, Financiera y Operativa, nombrada por el director.

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

**Art. 85.-** El director a través de la Comisión responsable de elaborar el proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas (NTCIE), a los funcionarios y empleados de todos los niveles; así como, de verificar la aplicación de las mismas, en los diferentes procesos administrativo, financiero y operativo, para el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

**Art. 86.-** Derógase el Decreto No. 17, emitido por la Corte de Cuentas de la República, de fecha 14 de agosto del año 2008, publicado en el Diario Oficial Número 166, Tomo No. 380, de fecha 5 de septiembre del año 2008.

**Art. 87.-** El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil veintidós.

**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.**