

**INSTITUCIONES AUTONOMAS**

**CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA**

**DECRETO No. 14**

**EL SEÑOR PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,**

**CONSIDERANDO:**

- I. Que mediante Decreto No. 10, de fecha diez de agosto de dos mil nueve, publicado en el Diario Oficial No. 151, Tomo No. 384, de fecha dieciocho de agosto de dos mil nueve, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután,
- II. Que mediante nota de fecha 04 de diciembre de 2012, el Director de dicho Hospital, solicitó a esta Corte la modificación del referido Decreto.
- III. Que según el Artículo No. 125, del referido Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután, 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, 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 TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN**

## **CAPÍTULO PRELIMINAR**

### **Ámbito de aplicación**

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután, constituirán las directrices o el marco básico que adoptará el Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután, que para efectos de estas Normas en lo sucesivo se denominará el “Hospital” y su cumplimiento será de carácter obligatorio para todas las unidades organizativas que lo conformen.

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

Art. 2.- Será el conjunto de normas y procedimientos técnicos, financieros y administrativos continuos e interrelacionados, aplicables a la organización, diseñados para minimizar los riesgos internos y externos que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en los planes de la organización.

**objetivos del Sistema de control interno**

Art. 3.- Establecerá medidas de control interno, que coadyuven con el Hospital, en la transparencia de las operaciones técnicas, administrativas y legales, a efecto de que proporcionen una seguridad razonable para el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Promover la eficiencia, efectividad, eficacia y calidad en la ejecución de los procesos de atención médica, administrativos, técnicos y financieros, lo que incluirá el uso y protección adecuada de todos los recursos del Hospital;
- b) Cumplir jurídica y técnicamente con leyes, normas, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, en casos generales o específicos;  
y
- c) Obtener y proveer información confiable y oportuna del desempeño institucional, para la toma de decisiones en beneficio de la salud de la población.

**componentes del Sistema de control interno**

Art. 4.- Los componentes del Sistema de Control Interno, serán: Ambiente de Control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Monitoreo e Información y Comunicación.

**responsables del Sistema de control interno**

Art. 5.- Serán responsables del Sistema de Control Interno, el Director y jefaturas en el Área de su competencia, verificando su fiel cumplimiento; incluyendo, factores como: Integridad y valores éticos, compromisos institucionales, estilo de gestión y estructura organizacional.

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

**Seguridad razonable**

Art. 6.- Se establecerá un Sistema de Control Interno, para minimizar los riesgos que pudieran darse en los diferentes procesos que se lleven a cabo, para el logro de los objetivos institucionales establecidos.

# **CAPÍTULO I**

## **NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL**

### **integridad y Valores Éticos**

Art. 7.- La Dirección, jefaturas médicas y no médicas, serán los responsables de fomentar la integridad y valores éticos, en el desempeño de las funciones institucionales, como: Solidaridad, calidad, integridad, responsabilidad, oportunidad y seguridad.

### **compromisos de competencia**

Art. 8.- Será responsabilidad de la Institución, la contratación del recurso humano idóneo al puesto según el Reglamento Interno de Recursos Humanos; de acuerdo a sus responsabilidades, con el compromiso de mantener capacitado constantemente al personal, conforme al puesto que desempeñe.

### **Estilo de Gestión**

Art. 9.- La Dirección del Hospital y las jefaturas de las diferentes áreas, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión transparente, seguro, creativo e innovador, que permita administrar y conducir los diferentes procesos de sus actividades, con un menor nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño, promoviendo una actitud positiva hacia mejores controles, basado en tres puntos:

- a) Tener una administración dispuesta a considerar el riesgo residual, definiendo lo que se tendrá que hacer para tener una gestión conservadora;
- b) Que permita ser calificados por su gestión; y
- c) Tener una actitud y acciones abiertas hacia mejorar los procedimientos de control.

### **Políticas y Prácticas para la administración del capital Humano**

Art. 10.- La Dirección del Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, deberá aplicar y hacer cumplir las políticas y prácticas, según la Normativa Institucional y legal vigente, principalmente las que se refieran a: Contratación, inducción, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias, las cuales deberán ser del conocimiento de todos los empleados.

Art. 11.- La Dirección y jefaturas médicas y no médicas, serán las responsables de revisar y evaluar la estructura organizativa, con el fin de lograr los objetivos y metas institucionales, que vayan acorde con los lineamientos del nivel central, cada vez que se requiera.

### **Definición de Áreas de Autoridad, Responsabilidad y Relaciones de Jerarquía**

Art. 12.- La Dirección y jefaturas médicas y no médicas, serán las responsables de establecer claramente los niveles de autoridad y relaciones jerárquicas, proporcionando canales de comunicación apropiados, establecidos en el Manual de Organización.

### **Unidad de auditoría interna**

Art. 13.- La Unidad de Auditoría Interna, del Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután, será responsable de las auditorías internas del Hospital, la cual se registrará por su correspondiente Normativa.

## **CAPÍTULO II**

### **NORMAS RELATIVAS A LA VALORACIÓN DE RIESGOS**

#### **objetivos institucionales**

Art. 14.- La Dirección del Hospital, a través de la Dirección de Planificación, deberá dar cumplimiento al Plan Estratégico Quinquenal, el cual contendrá las políticas y objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública; así mismo, esta Dirección integrará el Plan Anual Operativo de cada una de las dependencias del Hospital, el cual contendrá los objetivos, metas, logros e indicadores de la Institución; realizando el seguimiento semestralmente y una evaluación al Plan Anual Operativo, enmarcados en la misión y visión; revisando periódicamente el cumplimiento de los mismos.

## **Prácticas y Medidas de Controles Específicos**

Art. 15.- Todos los procesos que se realicen en el Hospital o en cualquier nivel organizativo, deberán integrar sus propias actividades de control interno, que mejor se adapten a su desempeño diario institucional, de manera que permitan una administración eficaz, eficiente y transparente, que coadyuve al logro de los objetivos y metas propuestas.

## **Seguimiento y Evaluación de objetivos y Metas**

Art. 16.- El seguimiento y evaluación de objetivos y metas del Hospital, deberán ser supervisadas y evaluadas por la Dirección y jefaturas médicas y no médicas, a fin de realizar acciones preventivas o correctivas oportunamente.

## **Planificación Participativa**

Art. 17.- La Dirección, jefaturas médicas y no médicas, emitirán opiniones necesarias para la elaboración de los planes anuales operativos, de acuerdo al Plan Estratégico Institucional, con el propósito de que sean coherentes con los objetivos y metas institucionales.

## **Identificación de Riesgos**

Art. 18.- La Dirección y todas las jefaturas médicas y no médicas, deberán identificar los riesgos, ya sean humanos, materiales y financieros que obstaculicen el cumplimiento de objetivos y metas.

## **Análisis de Riesgos Identificados**

Art. 19.- Los factores de riesgos identificados por cada Departamento, deberán ser analizados juntamente con la Dirección del Hospital, valorando su impacto y probabilidad de ocurrencia en la toma de medidas correctivas para su minimización.

**Gestión de riesgos**

Art. 20.- La Dirección del Hospital; así como también, las jefaturas médicas y no médicas, implementarán medidas de control y monitoreo, para minimizar el impacto de los riesgos identificados, tanto humanos como materiales y financieros.

**CAPÍTULO III****NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL****Documentación, autorización, actualización y Divulgación de Políticas de control**

Art. 21.- La Dirección del Hospital, emitirá por escrito o mediante un Acuerdo, la aprobación y autorización de las Políticas y Procedimientos de Control Interno, de manera que se cumplan de forma permanente; asimismo, las diferentes jefaturas, serán las responsables de divulgarlas, cumplirlas y actualizarlas, en función a las necesidades que se requieran institucionalmente, encauzadas al cumplimiento de los objetivos institucionales y considerando las actualizaciones tecnológicas.

**DEFINICIÓN DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN****Unidad financiera institucional**

Art. 22.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de un documento, las políticas y procedimientos que definirán claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones financieras de la Institución.

**Separación de funciones**

Art. 23.- Las funciones de las diferentes unidades organizativas; así como también, la de los empleados, deberán separarse, a fin de que exista independencia entre las funciones de: Autorizar, ejecutar, registrar, custodiar y controlar las operaciones financieras.

**PRESUPUESTO****Marco Presupuestario**

Art. 24.- La gestión del Presupuesto del Hospital, se basará en la aplicación de principios, técnicas, métodos y procedimientos utilizados en las diferentes etapas del

ciclo presupuestario, en concordancia con lo establecido en el Presupuesto aprobado por la Asamblea Legislativa, Ley y Reglamento de la Administración Financiera del Estado (AFI), los cuales serán: Aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.

### **Programación Presupuestaria**

Art. 25.- Para la programación y formulación presupuestaria, será necesario el análisis comparativo de los tres últimos ejercicios presupuestarios, incluyendo el actual y tener una base de las estimaciones futuras; tomando en consideración que los recursos que se asignen, sean orientados para obtener mayor cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud.

### **control Presupuestario**

Art. 26.- La Unidad Financiera del Hospital y las unidades que la conformen, deberán cumplir con las leyes, reglamentos e instructivos establecidos por la Unidad Financiera del Ministerio de Salud Pública; además, de las establecidas por el Ministerio de Hacienda, a través de las direcciones de: Contabilidad Gubernamental, General de Presupuesto y General de Tesorería.

### **respaldo o Validación Presupuestaria**

Art. 27.- Toda erogación de fondos, deberá contener el respaldo presupuestario para validar la adquisición de bienes y servicios. Siendo responsable la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital, la que verifique la asignación presupuestaria antes de iniciar todo proceso de adquisición de obras, bienes o servicios, en los rubros, cuentas y específicos correspondientes.



### **Divulgación del Presupuesto anual**

Art. 28.- A fin de lograr que se cumpla efectivamente la ejecución presupuestaria, el Jefe de la Unidad Financiera del Hospital, será el responsable de divulgar el Presupuesto asignado y la utilización oportuna a la Dirección y diferentes jefaturas involucradas directamente.

### **informe de la Ejecución Presupuestaria**

Art. 29.- El Jefe de la Unidad Financiera del Hospital, informará a la Dirección por escrito trimestralmente, luego del cierre contable, el análisis de la ejecución presupuestaria, identificando las variaciones entre lo presupuestado y ejecutado, con el propósito de realizar el monitoreo correspondiente para determinar oportunamente las medidas necesarias.

### **análisis e informes financieros**

Art. 30.- La Unidad Financiera Institucional, informará a la Dirección del Hospital, después del cierre contable, el análisis de la ejecución presupuestaria, identificando las variaciones entre lo presupuestado y ejecutado, sobre todos aquellos rubros que hayan tenido mayor impacto y de los no cumplidos, con el propósito de realizar el monitoreo correspondiente para determinar oportunamente medidas necesarias.

## **TESORERÍA**

### **cuentas Bancarias**

Art. 31.- Las cuentas bancarias, estarán a nombre del Hospital, conforme a los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda, identificando su naturaleza y aperturando las mínimas necesarias.

### **Requerimientos de Fondos**

Art. 32.- Los requerimientos de fondos, se realizarán de acuerdo al Manual de Procesos, atendiendo todos los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda, para garantizar que los fondos administrados por el Tesorero Institucional, estén en conformidad a las programaciones y fuentes de financiamiento establecidas en el Presupuesto aprobado para el período. Estos fondos, deberán ser requeridos sobre la base de los compromisos y obligaciones devengadas.

## **Manejo y control de cuentas Bancarias**

Art. 33.- Cualquier cheque, retiro de fondos o cualquier documento de pago que se emita, deberá ser autorizado mediante firmas mancomunadas y de conformidad a las regulaciones establecidas por el Ministerio de Hacienda.

Art. 34.- Todos los desembolsos se efectuarán por medio de cheques prenumerados o abono a cuenta, emitidos a nombre del beneficiario, expedidos contra las cuentas bancarias de la entidad, a excepción de los pagos por Caja Chica.

Art. 35.- Todos los movimientos de las cuentas bancarias, deberán registrarse cronológicamente el día de la transacción, en el Libro de Bancos, identificando el número del cheque o referencia, una breve descripción del movimiento realizado, determinando en el mismo el saldo de la disponibilidad.

Art. 36.- Las firmas en los cheques emitidos, deberán estamparse manualmente o de conformidad a lo que regule el Sistema Bancario. Por ningún motivo se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de la persona o empresa diferente a las que hayan suministrado los bienes o servicios.

Art. 37.- Las fórmulas de cheques, deberán cumplir con los requisitos legales y de seguridad establecida por la Ley, los cheques en blanco deberán ser debidamente custodiados y resguardados por una persona responsable, a efecto de evitar su inadecuado uso.

## **recepción y registro de fondos**

Art. 38.- Se llevarán registros manuales o electrónicos, debidamente detallados en toda recepción de efectivo, cheques y otros valores. El registro contable de los mismos, deberá clasificarse según su fuente de origen y será efectuado por personal independiente al responsable de la recepción.

**Transferencia de fondos**

Art. 39.- Las transferencias de fondos, en el Sistema Financiero y entidades provenientes de fuentes externas e internas, se harán por medios manuales o electrónicos, las cuales deberán cumplir con todas las disposiciones legales, debiendo estar respaldadas por toda la documentación que autoricen los responsables.

**Depósitos de ingresos**

Art. 40.- Todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que se perciban, serán depositados completos y exactos, en la cuenta bancaria respectiva, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción, a excepción de algunas eventualidades; por ningún motivo el dinero proveniente de los ingresos se empleará para cambiar cheques personales.

**fondos circulantes de Monto fijo y caja chica**

Art. 41.- Para atender obligaciones de carácter urgente, se crearán los fondos circulantes de monto fijo mediante Acuerdo, cuyo funcionamiento será regulado de conformidad a los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda.

**Encargado del fondo circulante y de caja chica**

Art. 42.- Los encargados del manejo del Fondo Circulante y Caja Chica, serán servidores distintos a los responsables de otros fondos y de quienes efectúen labores contables o presupuestarias. Los que manejen dichos fondos, serán seleccionados por su honradez e integridad y recibirán capacitación sobre las Normas aplicables al manejo y control; quienes además deberán rendir fianza en cumplimiento a la Ley.

**registro y oportunidad de la información financiera**

Art. 43.- Las operaciones deberán registrarse dentro del período en que ocurran, a efecto que la información financiera contable presente saldos actualizados y oportunos que faciliten la toma de decisiones.

**Vencimiento de Derechos y obligaciones por Pagar**

Art. 44.- Deberá establecerse control sobre los vencimientos de derechos y obligaciones por pagar, considerando las fechas de vencimiento para su recuperación o cancelación en forma oportuna. Este análisis y evaluación, se efectuará periódicamente. Con relación al pago oportuno de las obligaciones por pagar, dependerá de los depósitos

de las solicitudes de fondos realizadas a Nivel Superior y de la disponibilidad de fondos propios.

### **Programa Anual de Adquisiciones y Contrataciones**

Art. 45.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), elaborará en coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI), la programación anual de compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios. Esta programación anual, deberá ser compatible con la política anual de: La Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), Plan de Trabajo Institucional, Presupuesto y Programación de la Ejecución Presupuestaria del Ejercicio Fiscal en vigencia y sus modificaciones.

### **Normas del Sistema de Adquisiciones y Contrataciones**

Art. 46.- El Sistema de Adquisiciones y Contrataciones, se sujetará a las normas y procedimientos establecidos en la Ley y Reglamento de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), el Manual de Procedimientos Integrado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y demás normativas emitidas por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, en cuanto a lo financiado con fondos del Gobierno de El Salvador (GOES), fondos propios y donaciones.

### **inicio de Adquisición y Contratación de Bienes y Servicios**

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

### **Bases de licitaciones y concursos**

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

### **Banco de Proveedores y contratistas**

Art. 49.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital, mantendrá un banco de información actualizada, conteniendo información básica de los ofertantes de adquisiciones y contrataciones institucional, según su competencia; así como también, sus antecedentes en el cumplimiento de contratos. Dicho banco de datos, deberá clasificarse según la naturaleza del bien o servicio que ofrezcan, con el objeto de disponer de información oportuna para realizar nuevas adquisiciones.

### **adjudicación de Bienes y Servicios**

Art. 50.- Los criterios de evaluación en las adquisiciones y contrataciones, serán evaluados en sus aspectos técnicos, económicos y financieros, que obedezcan a parámetros y criterios objetivos, medibles y comprobables, de acuerdo al marco legal vigente, lo cual quedará debidamente documentado.

### **licitaciones, concursos y contrataciones Directas**

Art. 51.- Las bases de licitación o concurso, deberán contener además, las exigencias sobre las especificaciones técnicas, condiciones económicas y legales, empleados para la realización de concursos o licitaciones de obras, bienes o servicios; éstos deberán ser claros, precisos e imparciales. Deberán incluir: Aspectos técnicos y de calidad, productos y/o servicios esperados, plazos de entrega, forma de presentación de ofertas, procedimientos de apertura de las mismas, sistema de evaluación y clasificación, mecanismos de comunicación de resultados y demás elementos que contribuyan a la transparencia del proceso.

### **Prohibición de fraccionamiento**

Art. 52.- Se deberá evitar el fraccionamiento de las adquisiciones y contrataciones, con el fin de modificar la cuantía de la misma y eludir así, el requisito establecido para las diferentes formas de contratación, reguladas por las leyes vigentes.

## **recepción de Bienes y Servicios**

Art. 53.- Deberá dejarse constancia escrita de la recepción de obras, bienes y servicios adquiridos. El responsable de emitir esta constancia se asegurará que el suministro cumpla con las características establecidas en la Orden de Compra o Contrato. En caso de determinar bienes dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes, el responsable de la recepción del suministro levantará el informe respectivo, informará a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y entregará copia al proveedor del bien o servicio, absteniéndose de recibir el suministro hasta que se haya subsanado la deficiencia, de lo contrario se procederá según la Ley. La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), deberá coordinar con las diferentes unidades organizativas o la Bodega, los plazos de entrega de las adquisiciones parciales o totales

## **ACTIVIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN A LA PERSONA Y AL MEDIO AMBIENTE**

### **Servicios Médicos Hospitalarios**

Art. 54.- La Dirección del Hospital, en coordinación con sus unidades organizativas, serán los responsables de planificar, administrar y garantizar los servicios médicos permanentes e integrales, a la población de su área geográfica de influencia. Los servicios médicos hospitalarios comprenderán: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y otras subespecialidades que la población demande, sin detrimento de las especialidades que competen a un Hospital de segundo nivel; incluyendo hospitalización, consulta externa, consulta de emergencia, cirugías, nutrición, rehabilitación, administración de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio y gabinete, asistencia psicológica y psiquiátrica, consulta odontológica.

### **Programas de Salud**

Art. 55.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas, no médicas y demás empleados, serán responsables de garantizar el cumplimiento de los programas médicos que el Nivel Superior del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social designare, mediante la: Planificación, organización, control, evaluación, supervisión y monitoreo oportuno de dicho servicio.

### **Verificación y Seguimiento de la Calidad Médica**

Art. 56.- El Director del Hospital y jefaturas médicas y no médicas, con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios médicos hospitalarios, deberán monitorear, supervisar y evaluar permanentemente el cumplimiento de los servicios médicos hospitalarios que se proporcionen.

### **Estadísticas de los Servicios de Salud**

Art. 57.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas, no médicas y demás empleados en beneficio de los usuarios, deberán establecer y mantener actualizados los procedimientos que sean necesarios, a fin de garantizar la obtención de estadísticas oportunas, veraces y confiables de todos los servicios de salud proporcionados, diaria, semanal, mensual y anualmente, basados en la Normativa institucional vigente.

### **administración de Medicamentos**

Art. 58.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas correspondientes, elaborarán los mecanismos de control apropiados, de tal manera que se garantice la administración eficiente de los medicamentos para los usuarios. Las unidades organizativas correspondientes, deberán mantener un control de todas las existencias de medicamentos e insumos y de informar mensual y anualmente a las unidades correspondientes el consumo e inventario de los mismos.

### **Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación**

Art. 59.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documentos, las políticas y procedimientos que definan claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la Institución, cuando esto no esté definido en las leyes vigentes.

### **Definición de Políticas y Procedimientos sobre Activos**

Art. 60.- Se contará con un Departamento de Activo Fijo, donde se llevarán registrados todos los bienes con que cuente la Institución, con su respectivo número de inventario, responsabilizando a cada Jefatura de Departamento o Unidad, de su custodia y monitoreo cada año, sobre la existencia de los mismos.

## **administración del activo fijo**

Art. 61.- Para el control, conservación, registro, transferencia y descargo de los activos fijos del Hospital, se aplicará en base a la Norma para la Administración del Activo Fijo, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Unidad responsable de llevar el control de los activos fijos institucionales, será la Sección de Patrimonio. El control de los activos fijos de las diferentes unidades organizativas, será responsabilidad de las jefaturas médicas y no médicas y de todos los empleados.

## **Donaciones**

Art. 62.- Las gestiones en concepto de donaciones, se regirán por lo establecido en los convenios o tratados. Para los aspectos no regulados en dichos convenios, se aplicará la Normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Ministerio de Hacienda.

## **control de Bienes en Bodegas**

Art. 63.- Para la recepción, almacenamiento, registro, distribución, control e inventario y los niveles de seguridad y determinación de existencias, será de acuerdo a lo establecido en la Normativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## **recepción de Bienes y Servicios**

Art. 64.- En caso de determinar bienes dañados o defectuosos, servicios incompletos o deficientes, el responsable de la recepción del suministro levantará el Informe o Acta respectiva, informará a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) y entregará copia al proveedor del bien o servicio; absteniéndose de recibir el suministro hasta que se haya subsanado la deficiencia, de lo contrario se procederá según la Ley.



### **Arqueo de Fondos**

Art. 65.- Deberán practicarse arqueos frecuentes sin previo aviso, sobre la totalidad de fondos, los cuales deberán ser practicados por la Unidad de Auditoría Interna y ésta a su vez, dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en dichos arqueos. De acuerdo a los resultados obtenidos, se informará oportunamente al Jefe inmediato y a la Dirección del Hospital.

### **constatación física**

Art. 66.- Se realizarán constataciones físicas de inventarios en bodegas, farmacias y activos fijos, por parte de los responsables de cada Área en mención o si fuera posible de acuerdo al costo beneficio por servidores independientes, de su custodia y registro, por lo menos una vez al año, en las unidades en coordinación con la Unidad de Auditoría Interna. En caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes necesarios y en su caso determinar la responsabilidad conforme a la Ley.

### **registro de almacén y activo**

Art. 67.- Se mantendrá un Sistema para el registro de las existencias de Almacén y Activo Fijo, el cual facilitará la: Codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, estado de los bienes, fecha, costo de adquisición, responsable de los mismos y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descarte.

### **Codificación**

Art. 68.- Todo el equipo, deberá estar codificado de acuerdo a la Normativa de Administración de Activo Fijo, emitida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La codificación, deberá establecerse de tal manera que sea factible la identificación de todos los bienes al momento de realizar constataciones físicas.

### **Mantenimiento Preventivo y correctivo**

Art. 69.- De acuerdo a disponibilidad presupuestaria, se deberá elaborar y ejecutar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de sus activos fijos y emplear todos los medios, que permitan prolongar hasta el máximo posible su vida útil. Para el mantenimiento y reparación de los bienes, deberá verificarse la propiedad del bien y su inclusión en el Sistema de Control Interno de Activo Fijo Institucional, el control contable del bien para

determinar el costo beneficio de las reparaciones y establecimiento de controles que garanticen la veracidad de las reparaciones y la colocación de repuestos o piezas nuevas. En caso de contratación de terceros para el mantenimiento o reparación de bienes, deberá vigilarse el fiel cumplimiento de lo pactado.

### **Descargo de Bienes**

Art. 70.- Se aplicará estrictamente las disposiciones reglamentarias para el descargo de bienes de consumo, mobiliario y equipo, bienes intangibles, vehículos y otros; contando con las justificaciones requeridas. Los bienes descargados podrán donarse, permutarse, destruirse o cumplir cualquier disposición institucional apegada a la Ley. Estas acciones deberán quedar debidamente documentadas.

### **Uso de Vehículos**

Art. 71.- Los vehículos, se utilizarán exclusivamente para el servicio institucional y llevarán en un lugar visible el distintivo que los identifique, el cual no deberá ser removible. Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada laboral en el estacionamiento asignado a cada Unidad organizativa, a menos que haya una autorización de la Dirección, para ser usada fuera de jornada normal o resguardarlo fuera de la Institución.

### **registro de Bienes inmuebles**

Art. 72. Los bienes inmuebles, deberán estar documentados en escrituras públicas que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente registrados, según indica la Ley.

Los documentos originales que amparen la propiedad de los bienes, deberán ser remitidos para su custodia al Archivo Central del Nivel Superior, conservándose copia debidamente certificada en la Unidad de Activo Fijo, quienes a su vez deberán remitir copia certificada a la Unidad Financiera Institucional del Hospital, a fin de ser registrada contablemente.

## **Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseños y Usos de Documentos y Registros**

Art. 73.- Todos los documentos y registros, estarán diseñados de acuerdo a la naturaleza de los procesos, para verificación y supervisión de los mismos; los cuales se enunciarán:

- a) Registros Médicos;
- b) Registros de Personal;
- c) Registros Contables;
- d) Registro de Almacén; y
- e) Registro de Patrimonio.

## **Estadística de los Servicios de Salud**

Art. 74.- La Dirección del Hospital y la Jefatura de Estadística y Documentos Médicos, mantendrán actualizados los procedimientos que sean necesarios para la obtención de información estadística; debiendo ser oportuna, veraz y confiable sobre todos los servicios de salud proporcionados.

Art. 75.- Será responsabilidad del Departamento de Estadística y Documentos Médicos, realizar los siguientes controles:

- a) Recopilación de información de casos epidemiológicos;
- b) Establecer la vigilancia diaria, semanal, mensual y anual, de los diferentes servicios proporcionados;
- c) Digitalización de encuestas realizadas para el programa de Lactancia Materna;
- d) Tabulador diario de actividades médico asistenciales;
- e) Codificación y digitalización de egresos hospitalarios;
- f) Registro de atención médica y altas hospitalarias; y
- g) Codificación de atención ambulatoria de la consulta externa y emergencia, las cuales se registrarán en base a las Normas establecidas por dicho Departamento.

## **actividades del Área de archivo de Documentos Médicos**

Art. 76.- El Área de Archivo de Documentos Médicos, deberá proporcionar los expedientes clínicos oportunamente, cuando éstos sean requeridos para la atención médica u otros fines institucionales y/o para investigación.

Art. 77.- El Área de Archivo de Documentos Médicos, llevará el control de: Préstamos y devolución de expedientes mediante vales individuales y listados colectivos, numerar y

sellar los expedientes y carné de identificación del paciente, trasladar expedientes depurados al archivo pasivo y atender solicitudes de expedientes del jurídico y otras áreas.

## **FARMACIA**

### **Despacho de Medicamentos**

Art. 78.- Se elaborarán mecanismos de control apropiados para el despacho de medicamentos a los usuarios, de manera que se garantice la eficiencia en la entrega, con el propósito de que se sientan satisfechos en la obtención de los mismos.

Art. 79.- Las jefaturas correspondientes, deberán mantener un control de todas las existencias de medicamentos e insumos e informar mensual y anualmente a las unidades correspondientes, sobre el consumo e inventario de los mismos.

### **funciones del Área de farmacia**

Art. 80.- Dentro de las Políticas del Área de Farmacia, se establecerán prácticas sobre el almacenamiento y dispensación de los medicamentos y un adecuado control y evaluación de manejo de los mismos.

Art. 81.- Se mantendrán registros actualizados sobre existencias, consumos y saldos, a través de inventarios y kárdex; un tabulador diario de consumo de medicamentos, control de requisiciones y recetas diarias y pedidos oportunos al Almacén.

### **Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliaciones Periódicas de Registros**

Art. 82.- Todos los departamentos administrativos y generales, deberán registrar las operaciones que evidencien las transacciones que se realicen dentro de la Institución; así como también, sus políticas y procedimientos institucionales.

### **Políticas y Prácticas para administración del capital Humano**

Art. 83.- La Dirección del Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, será responsable de la: Contratación, inducción, entrena-miento y evaluación del recurso humano.

### **Definición de Política y Procedimiento sobre Rotación de Personal**

Art. 84.- La Dirección del Hospital, en coordinación con el Departamento de Recursos Humanos, establecerá por medio de documento, las políticas y procedimientos sobre rotación sistemática del personal que realice funciones claves y afines.

### **Normas y Procedimientos para el recurso Humano**

Art. 85.- En el Departamento de Recursos Humanos, se establecerán los lineamientos y procedimientos para: Reclutamiento, selección, contratación e inducción; lo cual se someterá a su respectivo análisis y se enviará a Nivel Central para su aprobación, mediante el consentimiento de la Dirección del Hospital.

### **control de asistencia**

Art. 86.- El Departamento de Recursos Humanos del Hospital, será el responsable de implementar el mecanismo de control de asistencia en forma mecanizada, manual o digital, de manera que ofrezca y demuestre la asistencia, puntualidad y permanencia en el lugar de trabajo del empleado.

Art. 87.- El Jefe inmediato, será responsable de autorizar las licencias, permisos y misiones oficiales internas, los cuales deberán ser tramitados por el empleado interesado oportunamente, de conformidad a los controles y disposiciones legales pertinentes; de manera que demuestren una seguridad razonable para el resguardo y verificación posterior a la información.

### **Expedientes de inventario de Personal**

Art. 88.- La Entidad, a través del Departamento de Recursos Humanos, mantendrá actualizados los expedientes e inventarios de todo su personal, de manera que sirvan para

la toma de decisiones en la administración de los recursos humanos, independientemente de la forma de contratación o fuente de financiamiento.

Art. 89.- Los expedientes se caracterizarán por disposición, claridad de la información y actualización permanente; contendrán los diferentes documentos y acciones que se refieran al desempeño y evaluación del empleado dentro de la organización.

### **capacitación y Desarrollo Profesional**

Art. 90.- El Departamento de Recursos Humanos, a través de la Unidad de Capacitación y Desarrollo, será el responsable de ejecutar programas para desarrollar las capacidades y aptitudes de sus servidores en el campo de su competencia; sobre la base de un diagnóstico que contenga las necesidades, objetivos y un sistema de evaluación y seguimiento.

Art. 91.- Los conocimientos adquiridos por los empleados, que gocen de programas de capacitación en el interior o exterior del país, tendrán un efecto multiplicador hacia el interior de la entidad; por ello, es necesario suscribir un Convenio que regule esta responsabilidad.

### **Evaluación del Desempeño**

Art. 92.- El trabajo de los funcionarios y empleados del Hospital, será evaluado semestralmente, de conformidad a lo establecido en la Ley aplicable.

El Jefe de cada Unidad, en coordinación con el Departamento de Recursos Humanos, será responsable de la evaluación del personal a su cargo, su rendimiento deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia establecidos por la entidad, cuyo resultado deberá ser dado a conocer al evaluado, los cuales serán archivados en el expediente de personal.

### **Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Caucciones**

Art. 93.- La Institución, estará en la obligación de pagar la fianza a todo funcionario o empleado público que ingrese a laborar a la Institución, con un cargo que maneje o custodie bienes públicos.

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

Art. 94.- Cuando ocurran robos, hurtos, fraudes, pérdidas 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 lo sucedido, para constituir una Comisión de Investigación, a fin de deducir responsabilidades administrativas. Así mismo, deberá informar lo sucedido a las autoridades de seguridad y justicia correspondientes; además, de gestionar ante la Compañía de Seguros el reclamo respectivo.

### **Definición de Políticas y Procedimientos de Controles Generales de Sistemas de Información**

Art. 95.- La Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos sobre los controles generales, comunes a todos los sistemas de información.

### **Normas y Procedimientos de controles Generales de los Sistemas de información**

Art. 96.- Las Normas sobre sistemas automatizados, describirán los tipos de controles mínimos para salvaguardar la información, el hardware y software, ofreciendo un grado razonable de seguridad, integridad y confiabilidad de los sistemas informáticos en el desarrollo de sus actividades. Se deberá tener en cuenta que conforme surjan nuevas tecnologías se hará necesario implementar nuevos controles internos.

Art. 97.- La Dirección del Hospital y el Encargado del Centro de Cómputo, deberán establecer las normas y procedimientos sobre los controles generales de todos los sistemas informáticos.

### **Plan de contingencia del centro de cómputo**

Art. 98.- El Centro de Cómputo, contará con un Plan de Contingencia, el cual comprenderá el resguardo de la información ante desastres naturales, para continuar operando y facilitando el restablecimiento en un tiempo oportuno.

## **Desarrollo de los Sistemas de información**

Art. 99.- Para el desarrollo efectivo de los sistemas de información automatizados, deberán cumplirse procedimientos establecidos, con relación a la metodología del ciclo de vida; las etapas a considerar deberán ser: Iniciación de proyectos, estudio de factibilidad, análisis, diseño, desarrollo e implementación, operación, mantenimiento y plan de revisión posterior a la implantación, por parte del nivel gerencial competente.

## **Mantenimiento Preventivo y Correctivo del Equipo Informático**

Art. 100.- El Jefe del Centro de Cómputo, en coordinación con el Jefe del Departamento de su competencia, establecerá los lineamientos para mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos informáticos del Hospital.

## **licencias de Software**

Art. 101.- La Dirección del Hospital, junto con el Jefe del Centro de Cómputo, establecerá lineamientos para la administración de inventarios del software, en donde las jefaturas del Hospital, serán las responsables de enviar la información del software que requiera licencia cada seis meses o cuando lo solicite.

Art. 102.- La Dirección del Hospital, designará a quien corresponda establecer procedimientos que garanticen que los recursos informáticos sean correctamente utilizados y proporcionen efectividad y continuidad en el procesamiento electrónico de datos, seguridad y control de la información, documentación y restricciones en el acceso al personal no autorizado. Los aspectos de control, tendrán relación con: Planeamiento de los recursos de los sistemas de información, operaciones de computador; software del sistema operativo y seguridad física y lógica.



### **Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación**

Art. 103.- Se establecerán por medio de documentos, los controles de aplicación de las políticas y procedimientos que proporcionen seguridad razonable y que las transacciones se procesen completas, autorizadas y validadas.

### **Servicios Preventivos y Médicos Hospitalarios**

Art. 104.- La Dirección del Hospital, en coordinación con sus unidades organizativas, serán responsables de: Organizar, planificar, ejecutar y evaluar, de manera que los servicios básicos de salud que se brinden, garanticen la calidad y equidad de los mismos.

### **Programas de Salud**

Art. 105.- La Dirección del Hospital, las diferentes jefaturas y demás empleados, tendrán la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los programas médicos que el Nivel Superior del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, designe.

### **Ejecución**

Art. 106.- Los programas de salud asignados por el Nivel Superior, deberán de contar con: Una estratégica planificación, organización y un debido control de evaluación, supervisión y monitoreo oportuno para su adecuado cumplimiento.

### **Verificación y Seguimiento de la Calidad Médica**

Art. 107.- Con el objetivo de asegurar la calidad de los servicios médicos hospitalarios, las diferentes áreas organizativas responsables de cada programa de calidad médica, deberá monitorear, supervisar y evaluar permanentemente el cumplimiento de los servicios médicos hospitalarios, que proporcionen a los diferentes usuarios.

### **atención ambulatoria**

Art. 108.- La Consulta Externa, se realizará a través de: Consultorios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia; y la Consulta de Especialidades, a través de: Servicio de Emergencia, el cual funcionará las 24 horas del día y los 365 días del año.

## **atención Hospitalaria**

Art. 109.- En la internación, se realizarán servicios diferenciados de: Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Ginecoobstetricia, Epidemiología, Docencia no Universitaria y relaciones con la Comunidad.

## **CAPÍTULO IV**

### **NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

#### **adecuación de los Sistemas de información y comunicación**

Art. 110.- La información que se diseñe e implemente en la Institución, deberá de estar acorde con los planes estratégicos y objetivos institucionales.

#### **responsable de comunicaciones**

Art. 111.- El Coordinador de las comunicaciones internas y externas, será la Dirección del Hospital o el funcionario que se designe.

#### **Sistemas de información y comunicación**

Art. 112.- La Dirección del Hospital y las jefaturas de las diferentes áreas, mantendrán un sistema de información formal, oportuna y de calidad, de manera que se cumpla lo establecido por el nivel jerárquico superior, debiendo ajustarse a requerimientos internos y externos, facilitando información para la rendición de cuentas de la gestión.

**Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información**

Art. 113.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán diseñar los procesos que le permitirán identificar, registrar y recuperar la información que los eventos internos y externos lo requieran.

**Política de comunicaciones**

Art. 114.- La Dirección del Hospital, en coordinación con las jefaturas de las diferentes áreas, deberá establecer políticas de comunicaciones, que garantizarán la adecuada difusión de la información oficial de la Institución; así como también, a todos los niveles correspondientes.

**características de la información**

Art. 115.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán asegurar que la información que se genere y procese en cada Departamento, sea confiable, oportuna y veraz.

**Efectiva comunicación de la información**

Art. 116.- Toda información, deberá ser comunicada, tanto al usuario como al empleado que la necesite, en la forma y plazo requeridos, para su efectiva aplicación.

**Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información**

Art. 117.- La Dirección del Hospital y las diferentes jefaturas, deberán mantener, crear y desarrollar un adecuado flujo de información.

Art. 118.- La información solicitada por el usuario interno o externo, deberá ser comunicada en la forma y plazo requeridos para el cumplimiento de sus competencias.

**archivo institucional**

Art. 119.- Todas las unidades organizativas del Hospital, deberán contar con un Archivo de Documentación, que permitirá resguardar y preservar toda información, en virtud de su utilidad y de requerimientos jurídicos y técnicos en el tiempo estipulado, según lo definan las leyes o lineamientos vigentes, de acuerdo al tipo de documentación, siendo responsabilidad de cada Jefatura su conservación.

## **CAPÍTULO V**

### **NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO**

#### **Monitoreo sobre la Marcha**

Art. 120.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán vigilar que los funcionarios realicen las actividades de control en forma periódica, durante la ejecución de las operaciones de manera integrada, con el propósito de asegurar que las labores se ejecuten de conformidad a las disposiciones legales existentes.

#### **Monitoreo Mediante autoevaluación del Sistema de control interno**

Art. 121.- La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, responsables de un Área o proceso, deberán de determinar la efectividad del Sistema de Control Interno, al menos una vez al año, realizando una evaluación de cada uno de los componentes, tomando en cuenta el cumplimiento del Plan Anual Operativo.

#### **Evaluaciones Separadas**

Art. 122.- Adicionalmente al monitoreo, la Unidad de Auditoría Interna, si la hubiere, la Unidad de Auditoría del Nivel Superior, Corte de Cuentas de la República y auditorías privadas, podrán practicar revisiones periódicas sobre la efectividad del Sistema de Control Interno del Hospital.

Será responsabilidad de las jefaturas médicas y no médicas, proporcionar la colaboración oportuna y adecuada a los auditores, para que ejecuten su trabajo.

### **comunicación de los resultados del Monitoreo**

Art. 123.- Los resultados de las actividades de monitoreo al Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados a la Dirección del Hospital y a cada uno de los involucrados, según corresponda, a efecto de tomar así las acciones y/o medidas pertinentes.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

Art. 124.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital, considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas, practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por la máxima autoridad. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional San Pedro, Departamento de Usulután, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 125.- La máxima autoridad, será responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a sus funcionarios y empleados; así como de la aplicación de las mismas.

Art. 126.- Derógase el Decreto No. 10, de fecha diez de agosto de dos mil nueve, publicado en el Diario Oficial No. 151, Tomo No. 384, de fecha dieciocho de agosto de dos mil nueve, emitido por la Corte de Cuentas de la República.

Art. 127.- El presente Decreto, entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, ocho de febrero del año dos mil trece.

**DR. (H.C.) MARCOS GREGORIO SÁNCHEZ TREJO,**

Presidente de la Corte de Cuentas de la República.

(Registro No. F015534)