



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL**



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## **Tabla de contenido**

HOJA DE APROBACIÓN	3
REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	4
<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>6</b>
1. INTRODUCCIÓN	6
2. USO Y ACTUALIZACIÓN	6
3. OBJETIVOS DEL MANUAL	7
4. BASE LEGAL	7
5. VIGENCIA	7
<b>CAPÍTULO II CONTENIDO</b>	<b>8</b>
1. OBJETIVO	8
2. NORMAS GENERALES	8
3. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS	10
3.1. ELABORACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.	11
3.2. CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO	15
3.3. CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO	20
3.4. ADMINISTRACIÓN DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES	23
3.4.1. DISEÑO O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES	23
3.4.2. DESCARTE DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES	28
3.5. ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS INSTITUCIONALES	30



Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## HOJA DE APROBACIÓN

Fecha de Elaboración: Diciembre de 2015

AUTORIZADO POR:



  
Inga. Claudia Jennifer Molina Moreno  
Jefa de Unidad de Desarrollo Institucional

REVISADO POR:



  
Inga. Alicia B. Azucena Martínez  
Jefatura de Sección  
Desarrollo y Gestión de Procesos



  
Ing. Efraín E. Orantes Martínez  
Jefatura de Departamento  
Gestión de la Calidad Institucional



  
Ing. Aramis A. Chávez  
Jefatura de Sección  
Fortalecimiento y Mejora Continua

ELABORADO POR:



  
Licda. Julia Mariene Méndez Pérez  
Analista de Desarrollo Institucional



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Acuerdo de Dirección General N° 2003-05-0859	Departamento de Desarrollo Institucional	Jefe Unidad de Planificación	<b>0.0</b>
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Mayo 2003	Fecha: Febrero 2004	Fecha: Febrero 2004	

REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

Acuerdo de Consejo Directivo N° 2007-0824.JUL	Lic. Ricardo Trujillo	Ing. Raúl Rivas Montalvo	<b>1.0</b>
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Julio 2007	Fecha: Mayo 2008	Fecha: Septiembre 2008	
MODIFICACIÓN: Actualización de procedimientos.			

Ing. Raúl Rivas Montalvo	Licda. Renata Vásquez	Ing. Raúl Rivas Montalvo	<b>2.0</b>
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Marzo 2010	Fecha: Marzo 2010	Fecha: Marzo 2010	
MODIFICACIÓN: Actualización de procedimientos.			

UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA

Acuerdo de Consejo Directivo No. 2012-1216. SEP	Ing. Jorge A. Baires	Lic. Beatriz de Carbajal	<b>3.0</b>
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Abril 2013	Fecha: Noviembre 2013	Fecha: Noviembre 2013	
MODIFICACIÓN: Incorporación de los procedimientos del Departamento Cooperación Externa. Además, en los procedimientos del Departamento Gestión de Calidad Institucional se incluyó la Normativa de Creación o Reestructuración de Dependencias en el ISSS, Base para el Diseño de Manuales de Organización de Febrero 2009 y la Normativa Reproducción, Control y Uso de Formularios Institucionales de Abril de 2009, por lo que se les dará de baja en la base de los documentos normativos vigentes.			



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

Ing. Claudia Jennifer Molina	Licda. Julia Marlene Méndez	Ing. Claudia Jennifer Molina	<b>4.0</b>
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Enero 2015	Fecha: Enero 2015	Fecha: Diciembre 2015	

MODIFICACIÓN: Se disgregaron los procesos contenidos en el Manual de Normas y Procedimientos Gestión de Desarrollo Institucional – noviembre 2013 por departamento. Actualización de los Procesos del Departamento Gestión de Calidad Institucional.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## **CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**

### **1. INTRODUCCIÓN**

En cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS; así como para lograr la mayor eficiencia en las complejas operaciones del ISSS, es preciso establecer normas y procedimientos, los cuales sean cumplidos por los responsables de su ejecución con la mayor fidelidad en todo momento.

Este manual ha sido diseñado para ser un documento dinámico y como tal, deberá ser revisado para su actualización. Las revisiones y actualizaciones podrán ser hechas a iniciativa de los funcionarios del Instituto y deberán siempre conservar o mejorar la calidad, el control y la eficiencia de los procedimientos.

Debido a que este manual será el patrón bajo el cual operarán las dependencias del Instituto y contra el cual serán medidas en su eficiencia por las auditorías que se realicen, las revisiones y enmiendas del mismo, serán permitidas solamente con la aprobación del Departamento de Gestión de Calidad Institucional.

Todos los cambios o adiciones que se aprueben serán parte integrante del manual y deberán ser incorporados a este documento en los mismos formatos del original. El Instituto tendrá así un manual completo y permanentemente actualizado que servirá como base para sus operaciones.

### **2. USO Y ACTUALIZACIÓN**

- Las jefaturas deberán mantener en buenas condiciones y poner a disposición del personal un ejemplar del manual para consulta y análisis del trabajo.
- El personal de nuevo ingreso deberá estudiar el manual como parte de su inducción y adiestramiento en el trabajo.
- Las jefaturas del Instituto podrán proponer revisiones y enmiendas conservando o mejorando la calidad, el control y la eficiencia de los procesos.
- Posterior a las actualizaciones de la normativa, podrán realizarse revisiones y enmiendas del mismo, con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, solamente una vez al año o si hubieren cambios que lo ameriten, lo cual se deberá registrar en la hoja de actualizaciones incluida en este documento.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

- El Departamento de Gestión de Calidad Institucional será responsable de enviar los documentos oficializados al usuario a través del medio que se estime conveniente y será publicado en la página web institucional.

### **3. OBJETIVOS DEL MANUAL**

El Manual de Normas y Procedimientos ha sido diseñado para lograr los objetivos siguientes:

- Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en el desarrollo de los diferentes procedimientos de los Procesos del Instituto, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración adecuada de los servicios prestados.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las complejas operaciones del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los procesos.

### **4. BASE LEGAL**

- **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, MAYO 2014.**
- **CAPÍTULO PRELIMINAR REGLAMENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS**
  - Definición del Sistema de Control Interno art.2
  - Objetivos del Sistema de Control Interno art.3
  - Responsables del Sistema de Control Interno art.5
- **CAPÍTULO III NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL**
  - Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos art.42, 43, 44, 45
  - Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación art. 46, 47
  - Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros art. 48 y 49

### **5. VIGENCIA**

La presente actualización del Manual de Normas y Procedimientos del “**Departamento de Gestión de la Calidad Institucional**” entrará en vigencia a partir de la fecha de su divulgación y sustituye a todos los documentos afines que han sido elaborados previamente.



Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## **CAPÍTULO II CONTENIDO**

### **1. OBJETIVO**

Promover, fortalecer, documentar y dinamizar la mejora en los procesos que permitan la ordenada transformación del ISSS, en forma coherente con la visión, misión y políticas Institucionales, buscando satisfacer de manera oportuna, eficiente y efectiva las dudas de los usuarios.

### **2. NORMAS GENERALES**

1. El Departamento Gestión de Calidad Institucional propondrá mejoras a la estructura organizativa del Instituto, siempre y cuando lo considere pertinente o por solicitud de las dependencias, con el objetivo de disponer de una organización más ágil y eficiente.
2. El usuario podrá solicitar al Departamento Gestión de Calidad Institucional la actualización del contenido de los documentos normativos una vez al año o por causas debidamente justificadas.
3. El Departamento Gestión de Calidad Institucional podrá realizar de oficio actualizaciones cada cinco años de todos aquellos documentos normativos en los que el usuario no haya solicitado su actualización correspondiente.
4. Todas las solicitudes que ingresen al Departamento Gestión de Calidad Institucional deben ser recibidas previo al análisis de la Jefatura de Unidad determinando su viabilidad y oportunidad de atención, así como la clasificación de la prioridad del requerimiento de acuerdo al siguiente detalle:

**Prioridad Alta:** Deberán ser atendidas con la prontitud del caso, previo análisis de la Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional, debido a que provienen de usuarios estratégicos, tales como: CAPRES, Consejo Directivo, Auditoría Interna y Externa, Corte de Cuentas Dirección o Subdirección General, Subdirecciones de Salud y Administrativa.

Se deberá notificar al solicitante la fecha de inicio y proyección del plazo para finalizar.

**Prioridad Media:** los casos remitidos de Unidades o Divisiones, los cuales podrán ser atendidos una vez se hayan realizado los requerimientos prioridad alta.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**Prioridad Baja:** Análisis de procesos o estudios que no estén alineados con proyectos estratégicos institucionales, ni provengan de hallazgos de auditorías ni de la Administración superior. Serán atendidos, considerando la carga laboral.

5. El Analista de Desarrollo Institucional, en coordinación con el usuario, elaborará un cronograma de actividades para el desarrollo de la asignación. El cumplimiento del cronograma estará sujeto al apoyo por parte de los usuarios y podrá ser modificado a solicitud de los mismos.
6. Cuando se envíe un documento a revisión de los usuarios se establece un tiempo de 10 días hábiles para su devolución y 5 días hábiles para su aprobación. El cumplimiento de este tiempo estará sujeto a la disponibilidad de lo reportado por parte del usuario.
7. El Analista de Desarrollo Institucional deberá realizar todo tipo de investigaciones para atender el requerimiento que le haya sido asignado, a fin de disponer de suficientes elementos de juicio, para entregar al usuario resultados con un alto nivel de calidad técnica.
8. Para que los analistas den atención a los requerimientos asignados, debe contarse con la participación activa del usuario solicitante, quien proporcionará toda la información requerida, de forma completa y oportuna. Si por parte del usuario no se obtiene el apoyo necesario, se suspenderá el requerimiento posterior a las siguientes actividades:
  - a. El analista enviará al usuario los primeros dos correos electrónicos de seguimiento, uno cada semana con copia a la Jefatura de Sección y Jefatura de Departamento.
  - b. El tercer correo electrónico de seguimiento lo enviará la Jefatura de Sección con copia a la Jefatura de Departamento y Jefatura de Unidad.
  - c. La notificación formal de suspensión del requerimiento la enviará la Jefatura de Departamento.
9. El Departamento Gestión de Calidad podrá realizar adendas<sup>1</sup> a los documentos normativos vigentes, a solicitud de los usuarios por modificaciones puntuales que no afecten el número de páginas originales. Para que la adenda sea oficial, se deberá

<sup>1</sup> **Adenda;** es todo aquel añadido que se agrega a un escrito, ya que en ocasiones después de haberse divulgado un documento normativo, es necesario aumentar, modificar o aclarar su contenido; a través de una adenda.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

gestionar en las páginas modificadas la firma de la autoridad superior de la dependencia solicitante y de la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.

10. Todo documento normativo previo a su divulgación, debe ser aprobado por la Jefatura de División, Unidad o Subdirección correspondiente (según aplique). El Departamento Gestión de Calidad Institucional, previo análisis, gestionará oportunamente el respaldo de la Dirección General o Consejo Directivo (según aplique) a las modificaciones a normativas que impliquen afectación presupuestaria.
11. El Analista de Desarrollo Institucional, deberá crear un expediente para cada uno de los requerimientos que le sean asignados y documentar en éste todas las acciones relevantes realizadas, ya sea a través de notas o por el correo institucional.

### **3. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS**

1. Elaboración de Estructuras Organizativas (Organigramas)
2. Creación o Actualización de Documentos Normativos para el Control Interno
3. Creación y Actualización de Indicadores de Gestión y Rendimiento
4. Diseño o Rediseño de Formularios Institucionales
5. Análisis y Mejora de Procesos Institucionales



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **3.1. ELABORACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.**

#### **3.1.1. Normas del procedimiento**

1. Todo requerimiento de creación o reestructuración de dependencias del ISSS, deberá ser canalizado a través de la Unidad de Desarrollo Institucional y deberá estar orientado a modernizar la Institución.
2. Serán causa de cambios a la Estructura Organizacional y Manuales de Organización los siguientes:
  - a. La creación, modificación y eliminación estructural de una dependencia organizacional.
  - b. La fusión de dos o más dependencias.
  - c. La adición, modificación, transferencia o eliminación de una o más funciones en cualquier dependencia de la estructura.
  - d. La creación o eliminación de niveles jerárquicos.
3. La creación o reestructuración de dependencias en el ISSS, podrá ser realizada por indicación de Dirección General o Acuerdo de Consejo Directivo y podrán realizarse en coordinación con los usuarios. Previo a la presentación de las propuestas de creación o reestructuración organizativa al Consejo Directivo, se deberá contar con el visto bueno de la Dirección General.
4. Los usuarios podrán solicitar al Departamento Gestión de Calidad Institucional con el visto bueno de su jefatura superior, el apoyo para la elaboración de un estudio técnico para modificación de su estructura organizativa.
5. La Unidad de Desarrollo Institucional y el Departamento Gestión de Calidad Institucional, presentarán ante el Consejo Directivo las propuestas de creación o modificación de la Estructura Organizativa del ISSS.
6. Cuando se modifique o se cree la Estructura Organizativa de alguna de las áreas del Instituto, se deberá verificar en los Manuales de Organización correspondientes, que no exista otro elemento de organización con funciones similares.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

7. El enfoque administrativo a utilizar en las reorganizaciones, será el que más convenga a los fines e intereses institucionales y en apego a las disposiciones legales vigentes.
8. Cuando se efectúen cambios oficiales en la Estructura Organizativa del ISSS, deberán actualizarse los documentos normativos relacionados.
9. Los nombramientos de los puestos de trabajo, incluyendo jefaturas, deberán ser gestionadas por la dependencia relacionada y realizadas posterior a la emisión del respectivo Acuerdo de creación o reestructuración de las dependencias, a fin de que respondan a la estructura organizativa aprobada.
10. Los criterios utilizados para el grado de denominación de una dependencia serán:

Subdirección (No aplica para la Subdirección General): Dependencia que apoya de forma inmediata a la Dirección General en el logro de los objetivos organizacionales, y estará conformada por Divisiones y/o Áreas de apoyo (Staff).

Unidad: Dependencia asesora o de apoyo técnico al Consejo Directivo, Dirección General o Subdirección General y estará conformada por Departamentos y/o Áreas de apoyo.

División: Dependencia con línea de mando proveniente de una Subdirección y conformada al menos por dos Departamentos.

Departamento: Dependencia conformada al menos por dos Secciones, a excepción de aquellos que funcionan como equipo de trabajo por la naturaleza de los procesos que en ellos se realiza. Tiene dependencia directa de una División o Unidad.

Sección: Dependencia conformada por una jefatura y al menos tres técnicos o colaboradores.

Servicio: Dependencia de los Centros de Atención conformada por una jefatura y médicos, técnicos, colaboradores, entre otros (dependiendo de su naturaleza).

Áreas de Apoyo (Staff): Dependencia asesora o de apoyo técnico en temas especializados para diferentes niveles de la organización: Unidades, Subdirección de Salud o Administrativa, Divisiones y Departamentos.



3.1.2. Diagrama de flujo

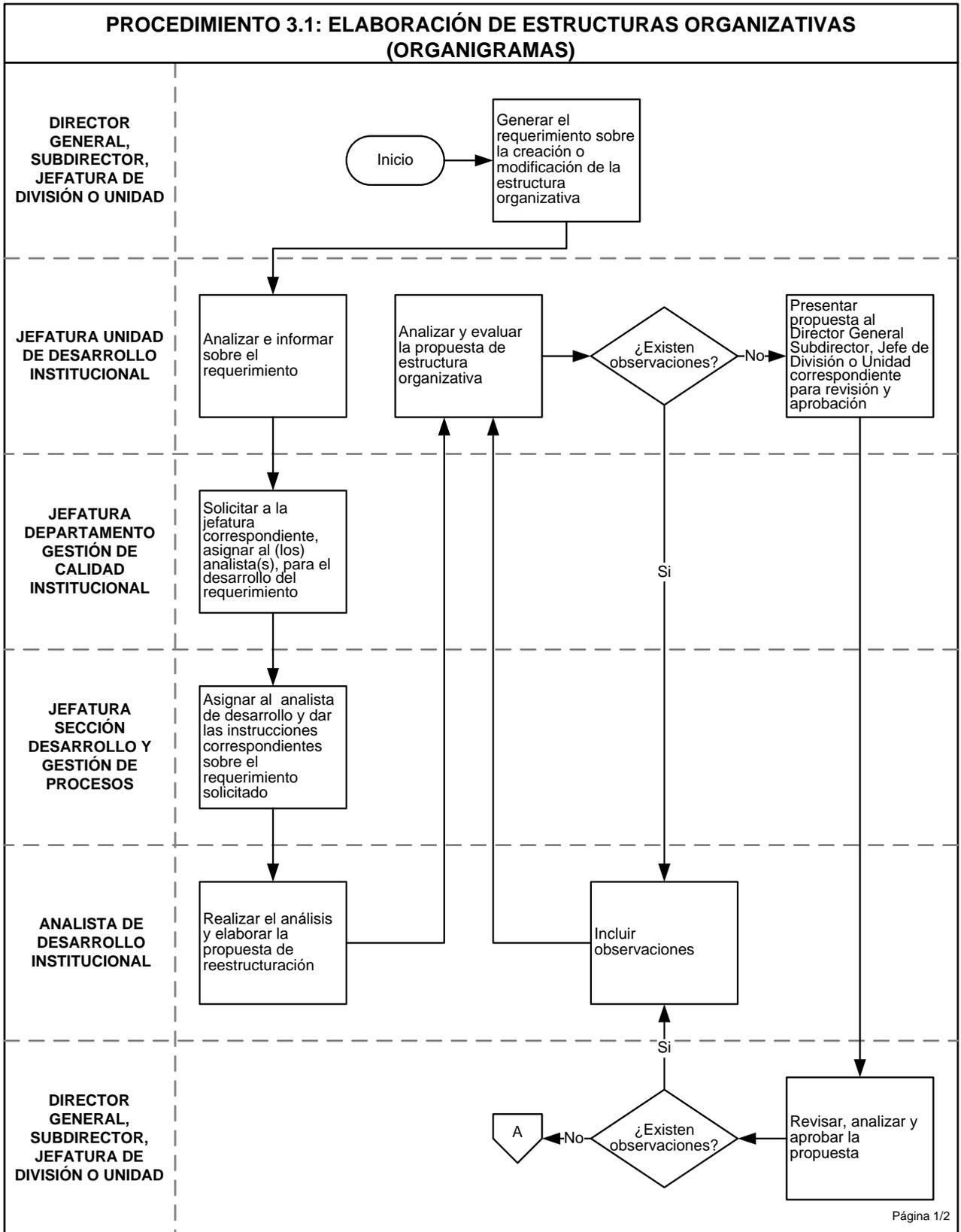
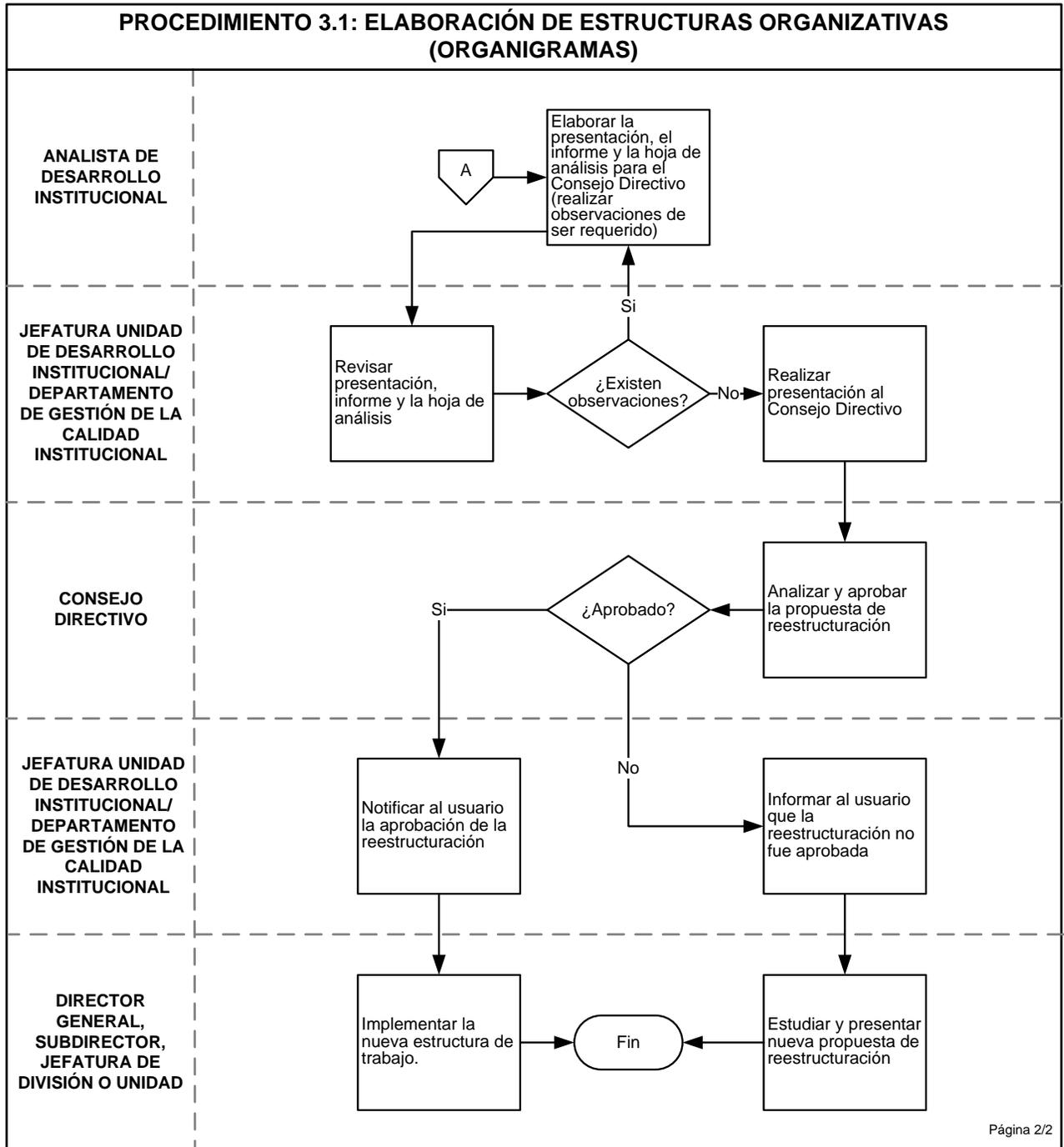




Diagrama de flujo





**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **3.2. CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**

#### **3.2.1. Normas del procedimiento**

1. El presente procedimiento comprende la elaboración de los documentos normativos siguientes: Manuales de Organización, de Normas y Procedimientos, Normativas e Instructivos.
2. Los documentos normativos son elaborados en el Departamento Gestión de Calidad Institucional, para dar cumplimiento al marco normativo legal vigente y para documentar las actividades que se realizan en el ISSS.
3. En la elaboración de los documentos normativos se deberán utilizar los formatos Institucionales vigentes, dichos formatos podrán ser modificados únicamente a propuesta del personal del Departamento Gestión de Calidad Institucional.
4. En la fase de aprobación de los documentos normativos deberán registrarse las firmas de los responsables de las dependencias involucradas que supervisan y autorizan el proceso.
5. Todo documento normativo deberá incluir un apartado que contenga los objetivos y las instrucciones correspondientes para su uso y actualización.
6. El Analista de Desarrollo Institucional será el responsable de buscar e identificar toda la información indispensable para la elaboración del documento.
7. La Jefatura de Departamento Gestión de Calidad Institucional con apoyo de la Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos, serán los encargados de realizar el control de calidad a los documentos normativos que se envían a firma del usuario.
8. Los documentos normativos serán firmados por:

Aprobación: Máxima autoridad de la dependencia solicitante y Jefe Unidad de Desarrollo institucional (en caso aplique se incluirá a la Dirección General o Subdirecciones respectivas)

Revisión: Jefes de Departamento involucrados, Jefe de Departamento Gestión de Calidad Institucional y Jefe de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

Elaboración: Analista de Desarrollo Institucional.

En los casos que aplique, se adicionará una lista del personal que participó en la elaboración/validación del documento.

9. Al aprobarse un documento normativo deberá dejarse constancia de la nueva versión tanto en el archivo físico como en la carpeta que contiene las versiones digitales del documento y de los diagramas correspondientes (propiedad de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos), así mismo se deberá proporcionar al Departamento de Información y Respuesta, una copia del documento en versión digital para que sea puesta a disposición del público, por el medio que dicho Departamento estime conveniente.
10. La Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional y la Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos, deberá enviar al usuario a través del correo institucional, el documento oficializado, a efectos de ser divulgado. Así mismo, podrán enviar los archivos electrónicos de los Documentos Institucionales oficializados a las Dependencias que lo soliciten.
11. La Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos custodiará la administración y préstamo de los Documentos Técnicos Administrativos. En los casos que se presten los originales de los documentos, el solicitante deberá firmar en un libro de registro para el préstamo de documentos institucionales.
12. El Analista de Desarrollo Institucional debe considerar (si existieren) los "Análisis y Propuestas de Mejoras de Procesos" de corto plazo, para la creación y actualización de documentos administrativos (con el visto bueno del usuario). Así mismo deberá realizar un análisis de posibles integraciones de documentos normativos que estén relacionados, a fin de evitar duplicidad de documentos y depurar la normativa institucional.
13. Si un documento normativo es dado de baja (por integración, depuración, entre otros), éste se separará de los documentos normativos vigentes ubicados en el archivo físico, situado en las instalaciones del Departamento Gestión de Calidad. El archivo digital será incluido en la carpeta que contiene las versiones digitales, específicamente en los documentos de baja y se informará al Departamento de Información y Respuesta para las acciones pertinentes.



3.2.2. Diagrama de flujo

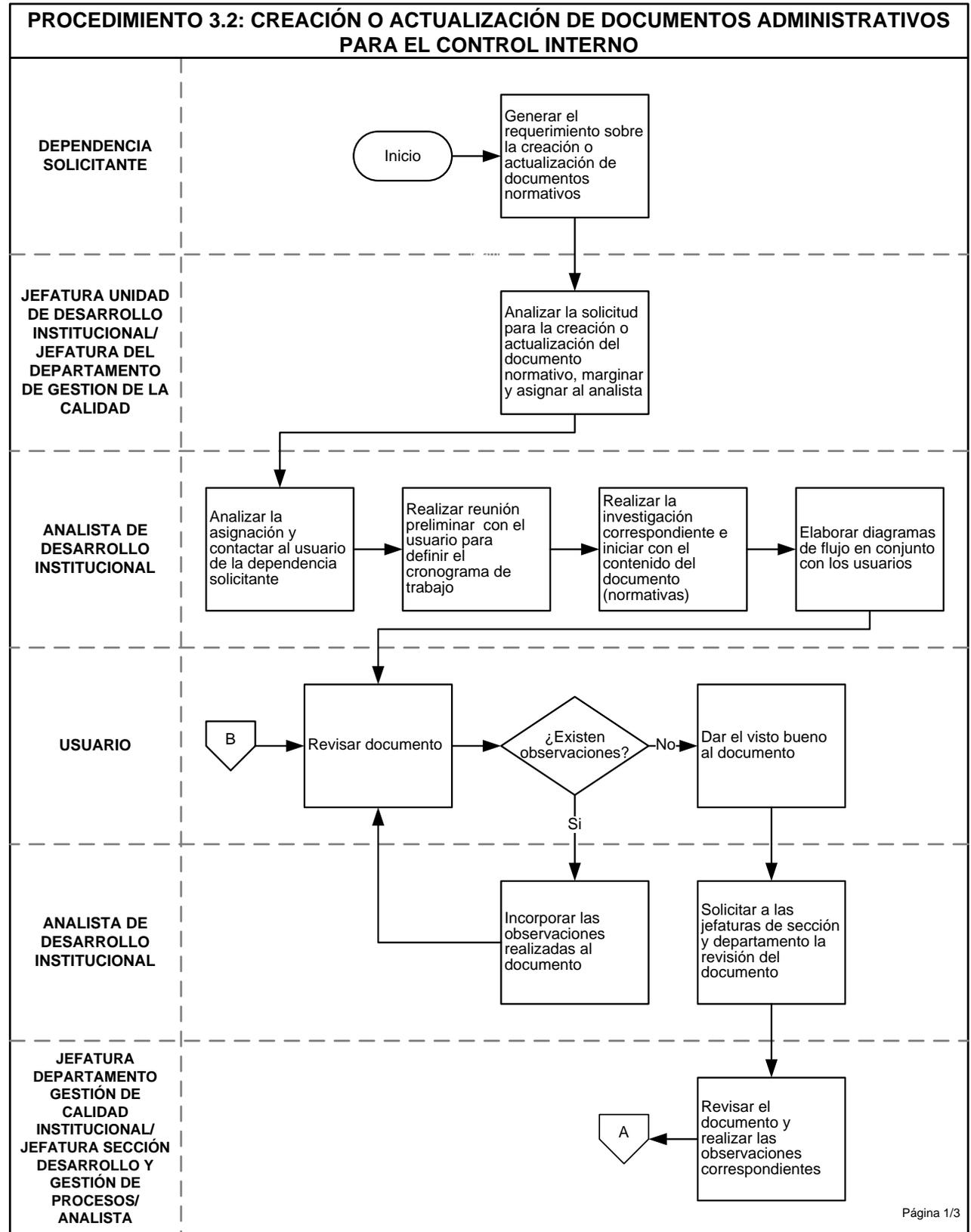
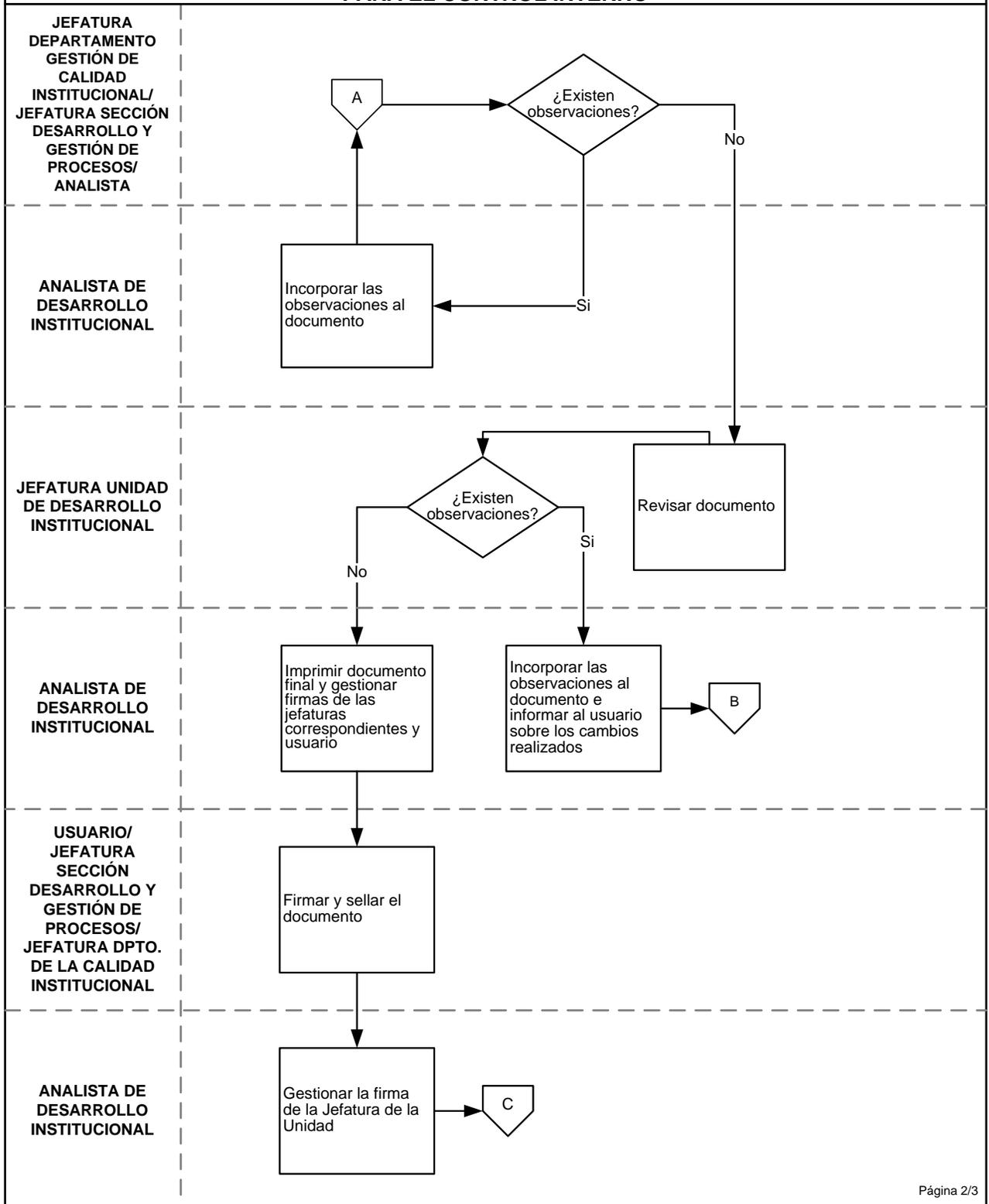




Diagrama de flujo

PROCEDIMIENTO 3.2: CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO



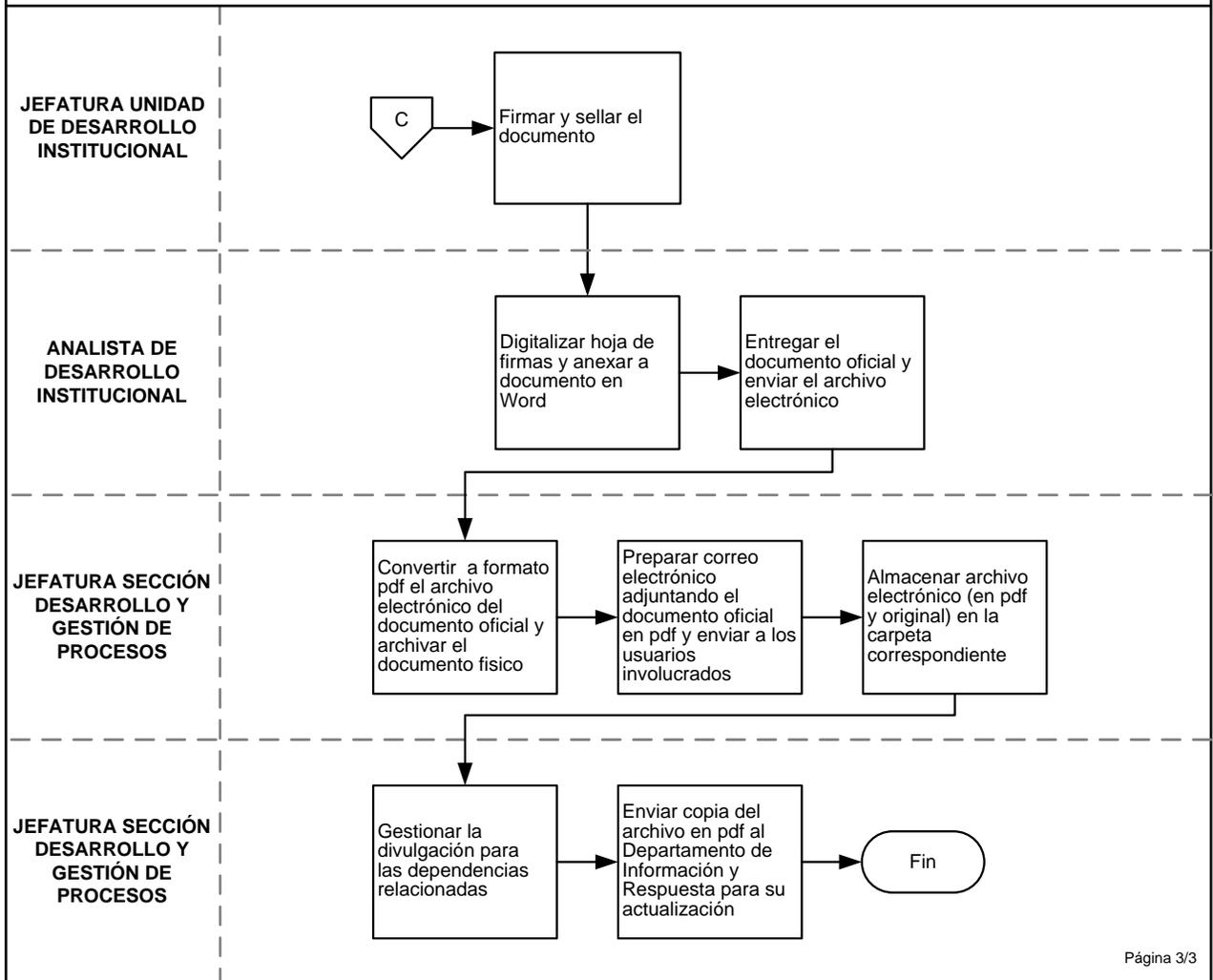


Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**Diagrama de flujo**

**PROCEDIMIENTO 3.2: CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**





**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **3.3. CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO**

Los indicadores son diseñados para lograr los objetivos siguientes:

- a. Servir al Instituto, como herramienta de monitoreo y evaluación del proceso, promoviendo con ello la mejora continua del mismo.
- b. Servir de guía para la toma de decisiones, enfocando la atención sobre los factores que contribuyen a alcanzar los objetivos del Instituto.
- c. Facilitar el control del desarrollo de los procesos y operaciones, permitiendo comparar los planes y presupuesto establecidos con los resultados que se obtienen.

Indicador de Gestión: Permite evaluar el desempeño de un proceso en un periodo determinado en función de los factores críticos de éxito (satisfacción de usuarios, resultados financieros, productividad, clima laboral, efectividad, eficiencia, entre otros).

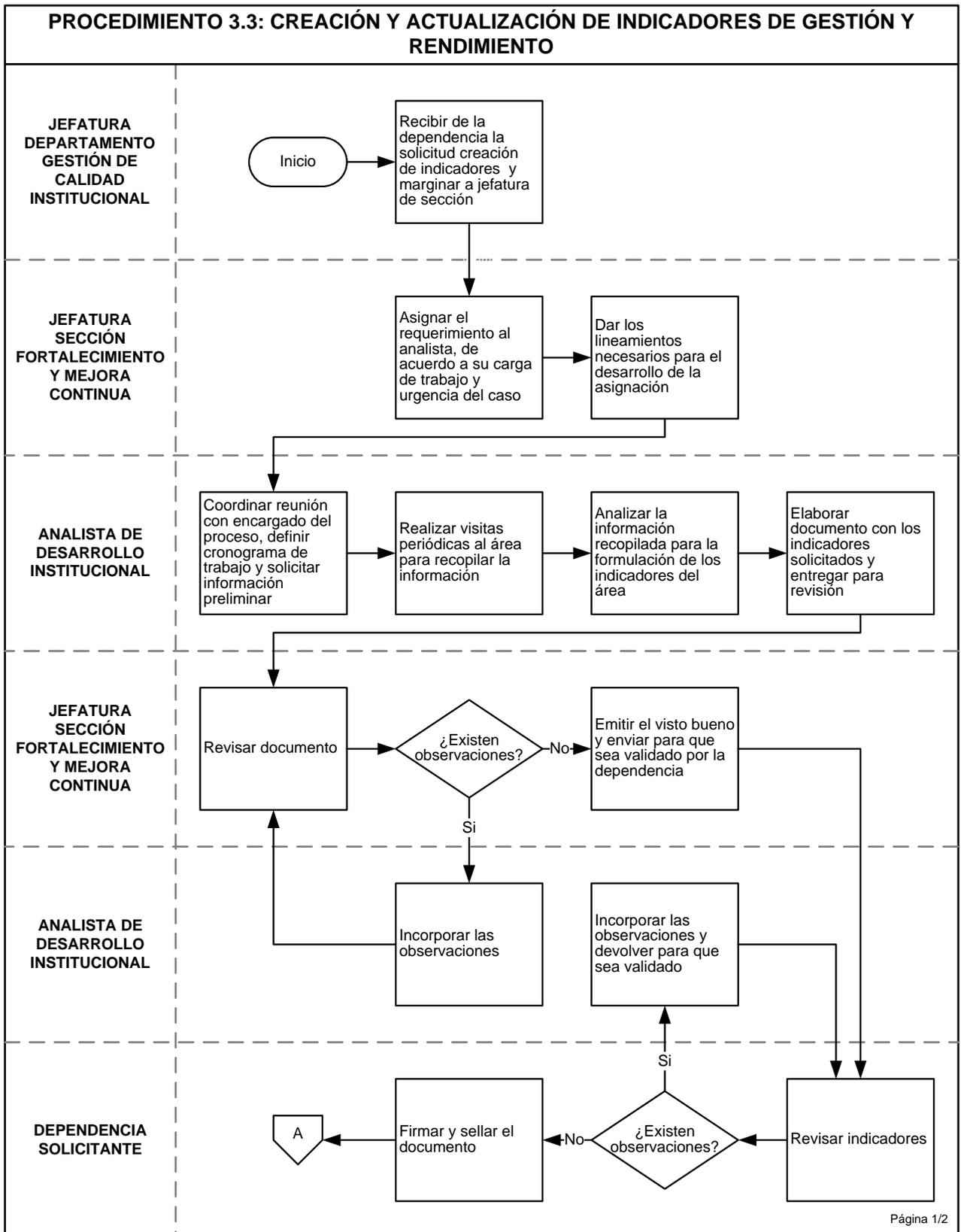
Indicador del tiempo estándar de procedimientos: Es el resultado de la medición en el estudio de tiempos y movimientos de actividades realizadas en los procedimientos institucionales, lo que permite establecer la capacidad instalada de producción en condiciones específicas de trabajo y la estimación de metas de producción.

#### **3.3.1. Normas del procedimiento**

1. La elaboración de los indicadores podrá realizarse a solicitud de los usuarios de los procesos o a iniciativa del Departamento Gestión de Calidad Institucional.
2. El Analista de Desarrollo Institucional deberá efectuar la investigación de campo que considere pertinente para elaborar los indicadores.
3. En el proceso de creación o actualización de los indicadores, el usuario deberá proporcionar toda la información necesaria para su elaboración.
4. Los indicadores de gestión deberán contener la firma de la jefatura inmediata superior del proceso de gestión en el que se han definido los indicadores, quienes se encargaran de su implementación y seguimiento.



### 3.3.2. Diagrama de flujo



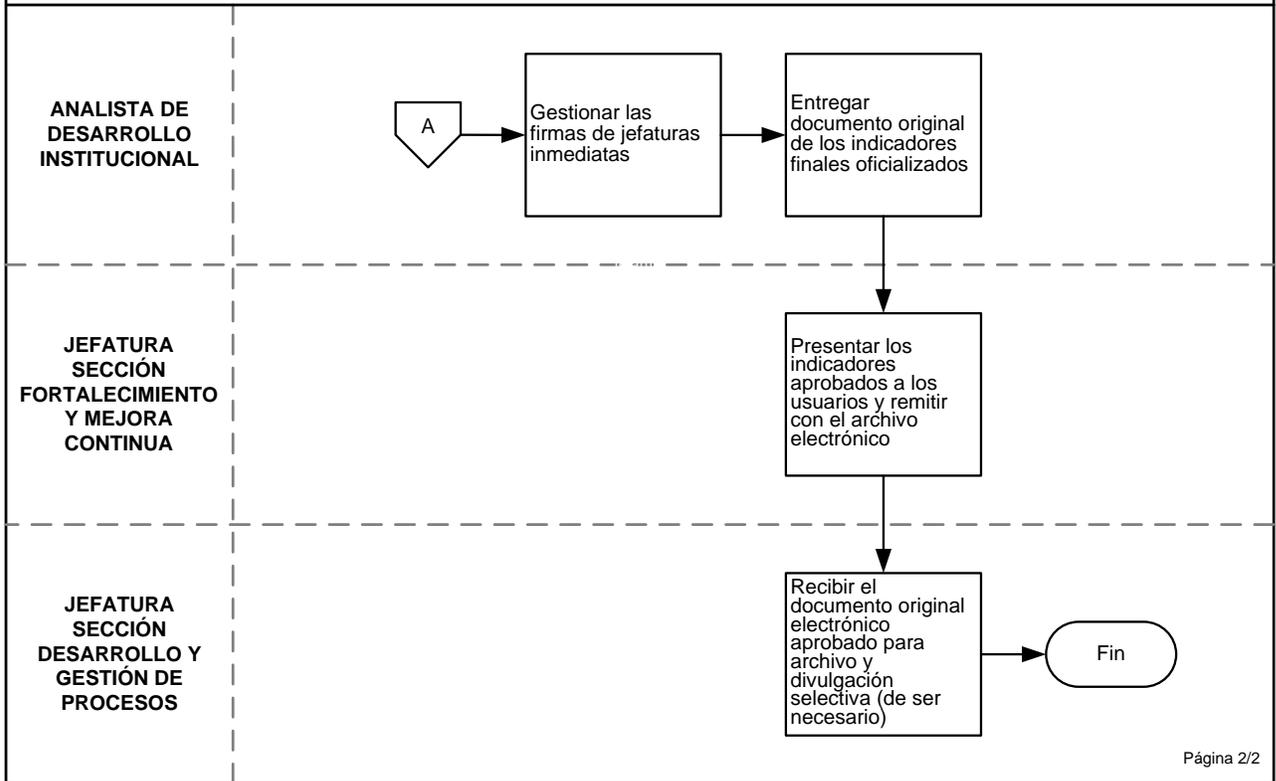


Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**Diagrama de flujo**

**PROCEDIMIENTO 3.3: CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO**





**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **3.4. ADMINISTRACIÓN DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**

#### **3.4.1. DISEÑO O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**

##### **3.4.1.1. Normas del procedimiento**

1. Se define como formulario institucional todo aquel documento impreso, electrónico o mecanizado que contiene información estructurada "fija" sobre un determinado aspecto, para ser complementada con información "variable". En otras palabras, "es un instrumento de trabajo cuyo objetivo es captar información para simplificar y facilitar el desarrollo de los procedimientos administrativos".
2. El Departamento Gestión de Calidad Institucional deberá establecer un marco regulatorio eficaz y eficiente para la reproducción, control y uso de formularios institucionales de tipo pre impreso, electrónico y mecanizado; para facilitar el flujo de información entre las Dependencias del ISSS, así como contribuir a una mejor toma de decisiones, optimizar los recursos institucionales y disminuir los tiempos de respuesta tanto de los usuarios internos como externos.
3. Se establece de carácter obligatorio para todas las dependencias del ISSS tanto del área de Salud como del área Administrativa, el uso únicamente de los formularios institucionales ya sean de llenado manual, electrónico o mecanizado, que cuentan con la autorización y codificación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, por lo que el uso de formularios no oficializados será responsabilidad del área que lo ha elaborado.
4. El Departamento Gestión de Calidad Institucional solicitará a la Unidad de Planificación y Monitoreo de Suministros cualquier modificación en el SAFISSS (dar de alta y dar de baja a algún formulario).
5. Para realizar el diseño o rediseño de formularios, el Departamento Gestión de Calidad Institucional deberá verificar que no existan otros con aplicaciones y usos similares y en tal caso, considerará la posibilidad de realizar fusiones.
6. La asignación de código SAFISSS para un formulario procederá solamente cuando sea de carácter permanente y su uso sea de carácter general (lo usen varias dependencias o Centros de Atención del Instituto), de lo contrario únicamente le será asignado número de fórmula.



**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

7. Para la impresión de formularios el tiraje mínimo de es de cinco mil hojas para un año. Cuando la cantidad requerida sea menor a cinco mil hojas (impresiones), se deberá utilizar en formato electrónico, previo diseño y oficialización por parte del Departamento Gestión de Calidad Institucional. En cuanto a libros el mínimo permitido será de 100 libros.
8. Para todo diseño o rediseño de formularios todas las dependencias del ISSS deberán enviar su requerimiento, el cual deberá incluir como mínimo la información siguiente:
  - a. Nombre del formulario propuesto y a sustituir.
  - b. Pre diseño propuesto del formulario o descripción de sus características importantes (de ser posible anexarlo impreso y/o en medio magnético).
  - c. Código de fórmula o Código SAFISSS del formulario a sustituir si lo posee. Tipo de formulario (Manual, electrónico o mecanizado).
  - d. Consumo anual (requisito indispensable).
  - e. Presentación : hojas sueltas, libro, block de 100 hojas, tarjeta y si incluye copias
  - f. Clase y color del papel y tinta a utilizar.
  - g. Si posee reverso, la forma de impresión: Cabeza con cabeza o pie con cabeza.
  - h. Hoja de distribución de cantidades a entregar de formularios a las Dependencias o Centros de Atención por parte del Departamento de Almacenes.
9. La solicitud de diseño o rediseño de formularios deberá emitirla, la Jefatura de la dependencia interesada con el visto bueno de la Jefatura inmediata superior, si el formulario es del área administrativa y si el formulario corresponde al área de salud, deberá contar con el visto bueno del Director o Administrador del Centro de Atención.
10. La solicitud de impresión de formularios autorizada por los usuarios, la enviará el Departamento Gestión de Calidad Institucional en forma impresa al Jefe del Taller de Impresiones para su respectiva reproducción.
11. Todo formulario con código SAFISSS reproducido por el Taller de Impresiones, será enviado al Departamento de Almacenes para que éste los distribuya a las Dependencias, Centros de Atención o Almacenes Regionales solicitantes de acuerdo a las hojas de distribución establecidas por el usuario.



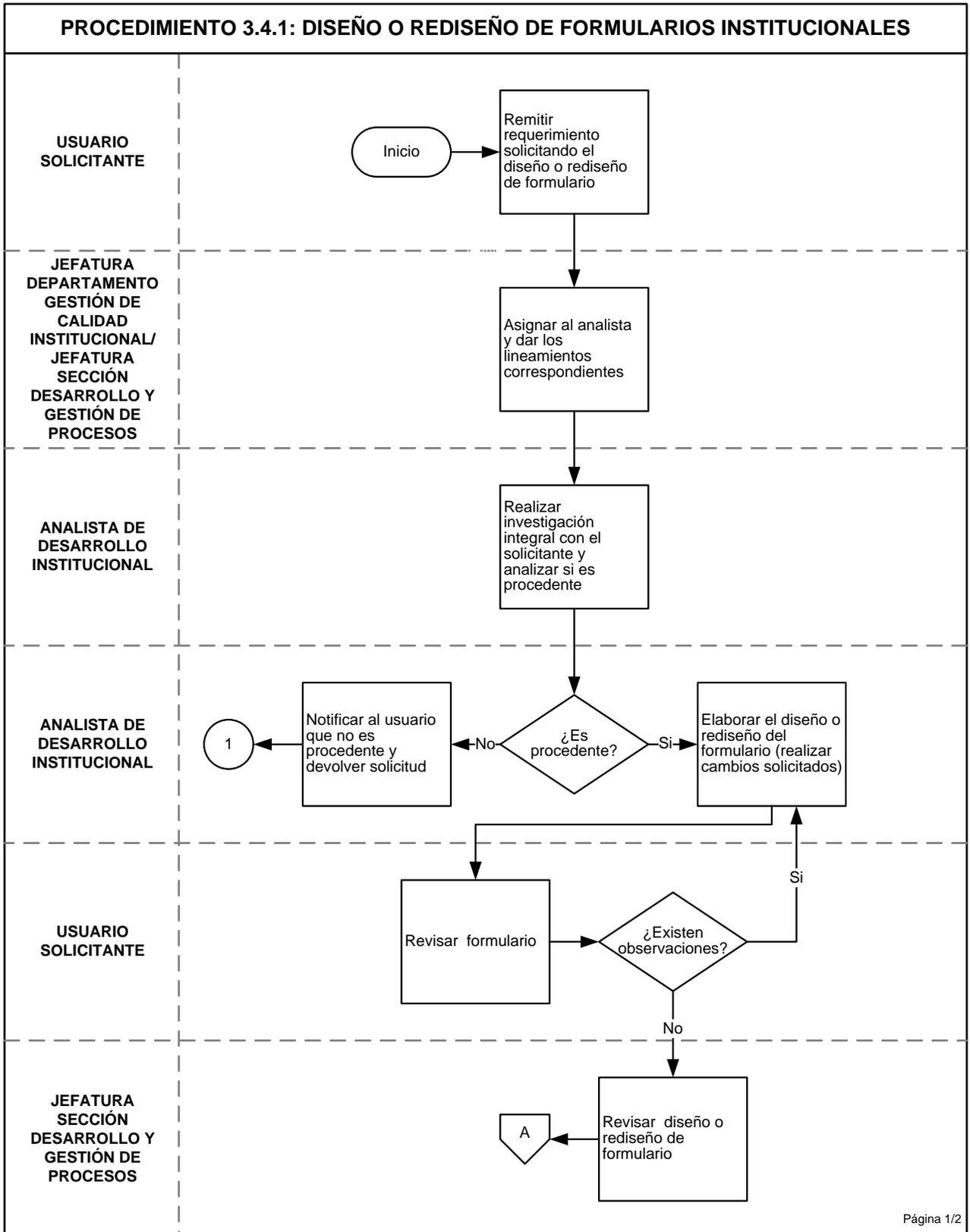
**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

12. Si un formulario con código SAFISSS actualmente en uso, sufre cambios menores en su diseño (rediseño) que no afectan su funcionalidad, y que además hayan existencias en los almacenes del antiguo diseño al cual sustituirá; no se deberá reproducir el nuevo rediseño sino hasta que el Departamento de Almacenes notifique al Taller de Impresiones que se ha llegado a la cantidad mínima de existencia del antiguo diseño con lo cual procederá la reproducción.
13. Los Almacenes Regionales deberán contar con un stock de los distintos formularios para poder abastecer a los diferentes Centros de Atención cuando estos los demanden. Además los Almacenes Locales de todos los Centros de Atención, son los responsables de contar con la papelería necesaria para poder abastecer a los diferentes servicios y áreas administrativas.
14. Si los cambios al formulario fuesen mayores, de tal forma que se requiera inevitablemente el descarte del antiguo diseño, se deberá completar el Formulario Declaración de Eliminación de Formularios Institucionales con número de Fórmula 360101-015-07-13.



3.4.1.2. Diagrama de flujo



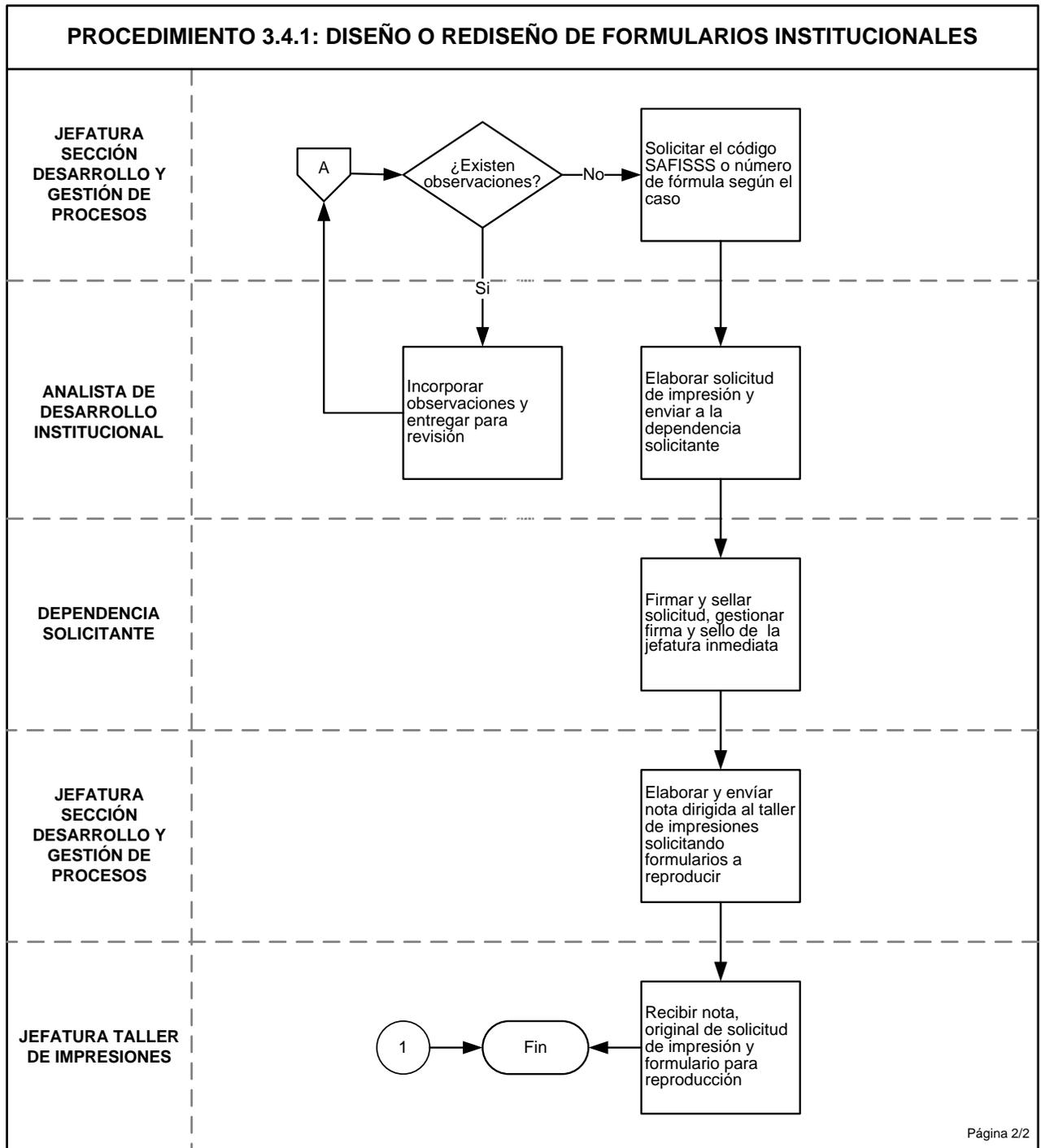


Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**Diagrama de flujo**

**PROCEDIMIENTO 3.4.1: DISEÑO O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**





**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **3.4.2. DESCARTE DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**

#### **3.4.2.1. Normas del procedimiento**

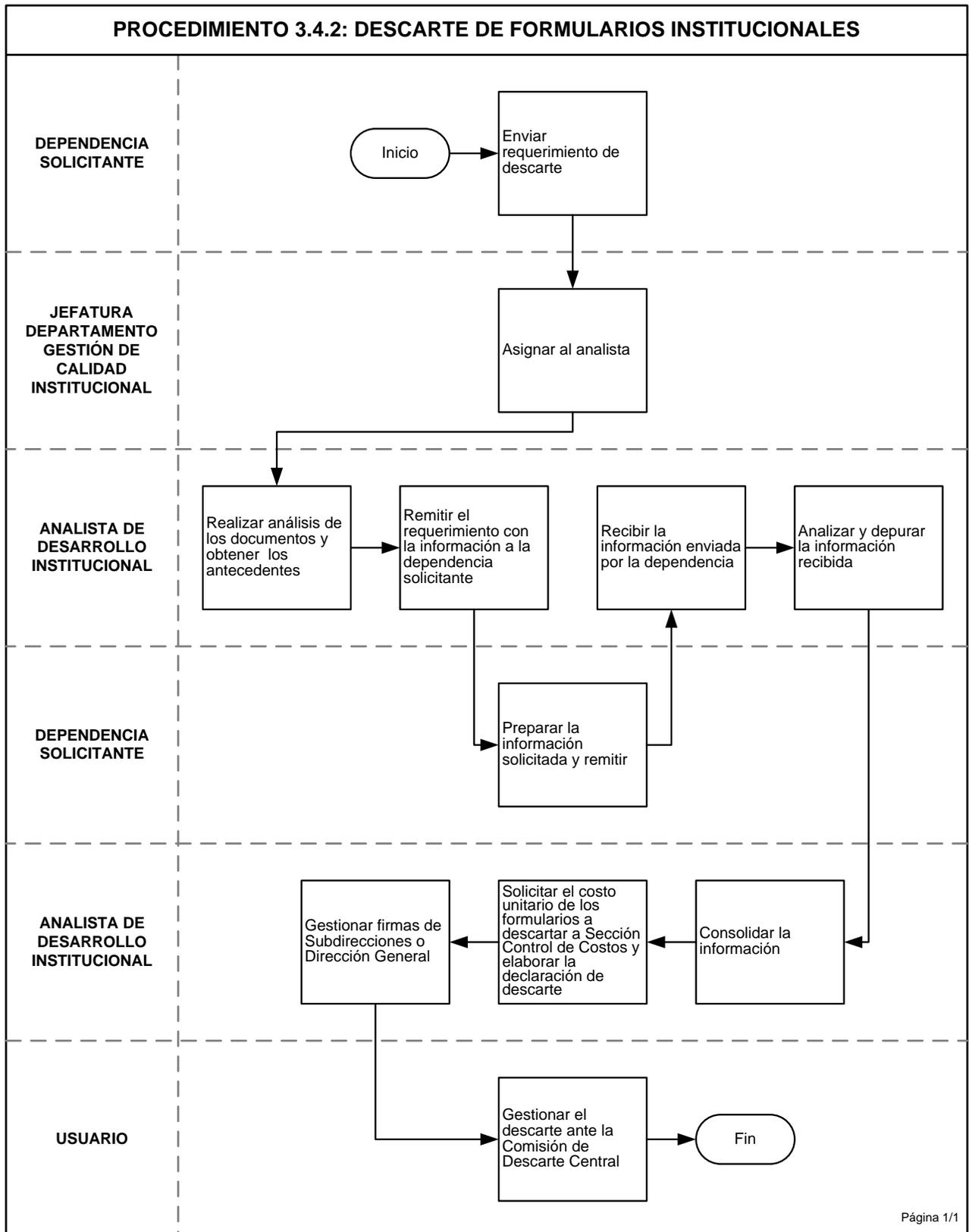
1. Para proceder al descarte de formularios deberán cumplirse al menos una de las siguientes condiciones:
  - a. Que el formulario haya finalizado su gestión administrativa y la Institución decida retirarlo definitivamente.
  - b. Que alguna dependencia solicitante justifique su retiro.
  - c. Por la implementación de proyectos de innovación que conlleve al descarte de la documentación existente.
  - d. Por cambios en los procesos o procedimientos institucionales.



Nombre del Proceso: **GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

Dependencia: **UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### 3.4.2.2. Diagrama de flujo





**Nombre del Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

**Dependencia: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

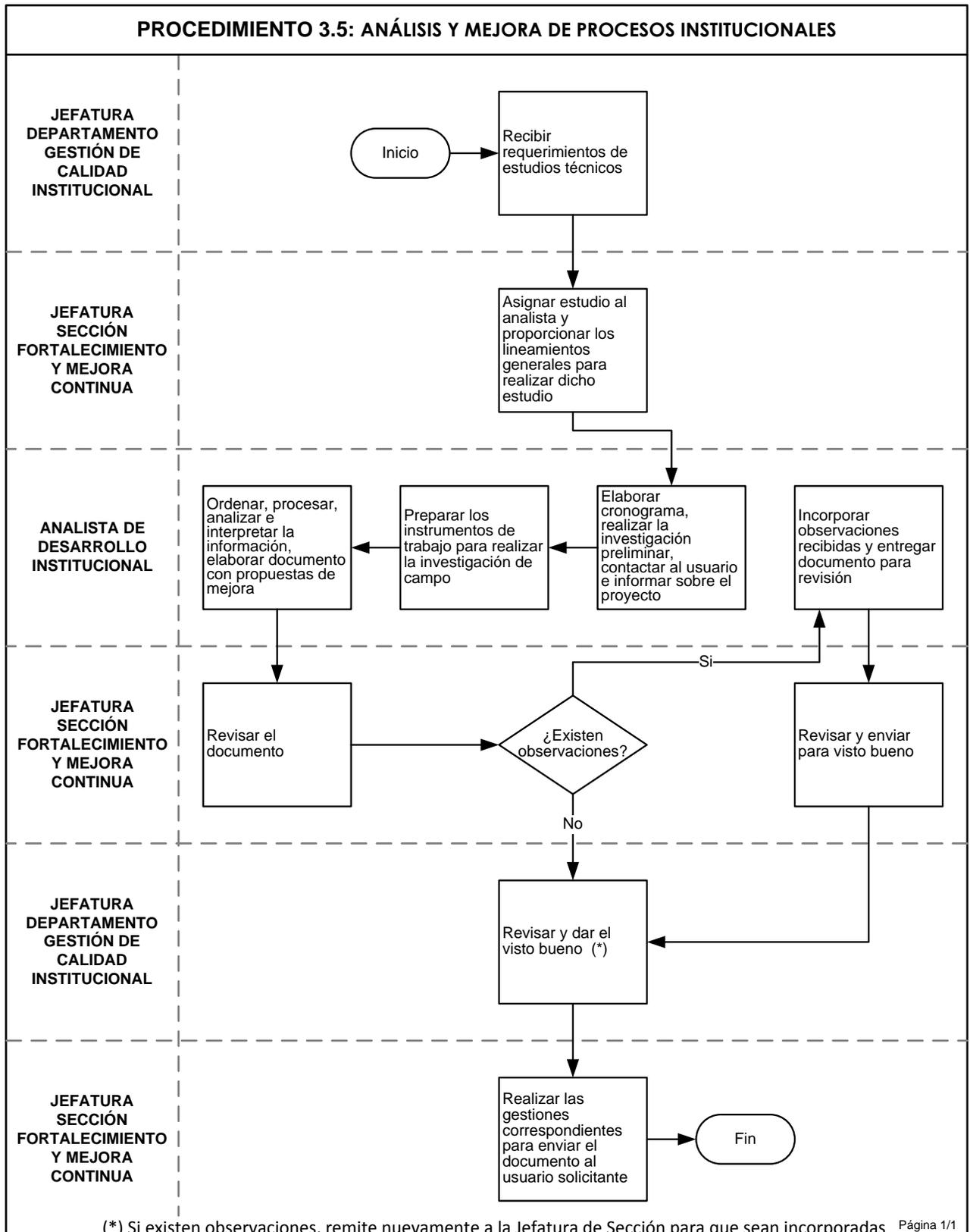
### **3.5. ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS INSTITUCIONALES**

#### **3.5.1. Normas del procedimiento**

1. La identificación de necesidades de análisis y mejora de procesos Institucionales, puede surgir como resultado de evaluaciones en el funcionamiento de los procesos, de reuniones de trabajo con personal de las dependencias, por investigaciones previas realizadas, entre otros.
2. El personal del Departamento Gestión de Calidad en coordinación con el usuario, deberán analizar y proponer mejoras en los procesos, tomando en cuenta la aplicación de metodologías y técnicas para la optimización de los procesos.
3. Los estudios realizados deben proporcionar alternativas de solución, que sean factibles de incorporarlas en los procesos correspondientes para corregir las problemáticas identificadas.
4. Para llevar a cabo la implementación de las propuestas de mejora, el solicitante deberá gestionar su aprobación, con la máxima autoridad de la dependencia relacionada, así mismo, si considera necesario un asesoramiento adicional, lo podrá requerir a esta área.
5. Si las propuestas de mejora son implementadas, se deberá coordinar a solicitud del usuario, la actualización de la documentación normativa relacionada.



3.5.2. Diagrama de flujo



(\*) Si existen observaciones, remite nuevamente a la Jefatura de Sección para que sean incorporadas Página 1/1