



Código

MPR-A-001

Versión

6.0

Aprobación

Abril 2024

Departamento Gestión de Calidad Institucional

Manual de Procedimiento

**Elaboración, actualización y
control de documentos y
formularios**

MPR

AUTORIZADO

Licda. Renata de Vásquez
Jefatura Departamento
Gestión de Calidad
Institucional

REVISADO

Licda. Rosa Alba de García
Jefatura Unidad de
Desarrollo Institucional

APROBADO

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero
Directora General del ISSS





Contenido

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
- VII. Responsabilidades en el proceso
- VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso
- IX. Anexos
- X. Personal que participó en actualización del documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Registro de Adendas

I. Propósito

Facilitar la metodología a los responsables de las diferentes dependencias del Instituto en el desempeño de las labores, para la elaboración y/o actualización de normativas, manuales, procedimientos, instructivos de trabajo, formularios y otra documentación, para mejorar el control, seguimiento de sus procesos, y el cumplimiento de la base legal y los objetivos institucionales, así como delimitar las responsabilidades correspondientes.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Ley del Instituto del Seguro Social y reglamentos.
- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Ley de Mejora Regulatoria (LMR)
- Acuerdo Dirección General N° 2008-01-0026:
Oficialización y cumplimiento obligatorio de los documentos técnicos creados, modificados o actualizados por el Departamento de Desarrollo Institucional.
- Política de Humanización.



III. Alcance

Es aplicable a todas las dependencias del ISSS que elaboran y/o actualizan documentos técnicos como: políticas institucionales, manuales, instructivos, formularios, lineamientos y normativas, para su cumplimiento.

IV. Vigencia

El presente manual tiene un período de vigencia de tres años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Definiciones

- **Política Institucional (PI):** Decisión escrita que se constituye en una especie de guía o marco de acción lógico y consistente que define a los miembros de la organización, los límites dentro de los cuales pueden operar ante una determinada estrategia institucional.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que al interactuar juntas convierten los elementos de entrada en resultados orientadas a cumplir un fin determinado, ejemplo: Logística, Medio Ambiente, Salud etc.
- **Formulario Institucional:** Documento en físico o electrónico digital, diseñado por los responsables del proceso que definen su contenido e información necesaria según su procedimiento, para ser complementada debidamente. Los formularios pueden ser diseñados en hojas de papel, tarjetas, libros y pueden contener más de 1 hoja. En el caso de éstos formularios también están los que son identificados como libros, que es una agrupación de indicaciones y/o formularios en un solo bloque, para que puedan ser impresos el mínimo permitido será de cien (100) libros
- **Código documental:** es la sigla o abreviatura de la documentación, seguida por la numeración que le corresponda, de igual manera los códigos de los formularios que pueden ser de SAFISSS o de fórmula este último asignado por el Depto. de Gestión de Calidad, para uso y control de las diferentes Unidades organizativas del Instituto.
- **Código SAFISSS:** código del formulario que requiere la reproducción de cinco mil o más impresiones para ser utilizadas en un año y formulario de carácter permanente siendo planificada anualmente su reproducción, por los usuarios del documento.



- **Código de Fórmula:** código que se le asigna a los formularios que son utilizados de forma electrónica o que son necesarias impresiones menores de 5,000 al año; en el caso de necesidad de impresión los usuarios deben realizar gestiones para incluirlos en el contrato de impresiones Institucional.
- **Formulario de uso eventual:** formularios de utilización necesaria para implementar un proyecto, se codifica con número de fórmula y se remitirá a impresión y será la persona responsable del proyecto de recibir y distribuir los ejemplares impresos.
- **Registros:** Son evidencias que muestran el resultado de algo que se ha ejecutado, sirven como "prueba o evidencia" de lo que se ha realizado y muestran como una actividad, proyecto o plan de acción que se ejecutó en el pasado.
- **Adenda:** Se considera como adenda todo aquel texto, figura de flujograma, formulario, etc. que se agrega al documento posterior a su divulgación, siendo necesario aumentar, modificar o aclarar su contenido; a través de la misma.

VI. Desarrollo

El presente procedimiento define los lineamientos para la elaboración o actualización de la documentación institucional, que incide en la efectividad de los procesos de las áreas administrativas y de salud, para garantizar la identificación, trazabilidad, vigencia de la documentación para su fácil recuperación en las diferentes unidades organizativas del Instituto; esta se encuentra de forma **física y digital**, para el manejo oportuno en el ámbito interno y externo; utilizando los canales oficiales de divulgación que permitan la circulación expedita, de modo que esta sea trasladada al usuario competente que la necesite para el desarrollo de sus funciones, siendo distribuida en un formato apropiado y estandarizado, dentro del plazo conveniente para que pueda cumplir oportunamente con sus responsabilidades.

La solicitud para la elaboración y/o actualización de los documentos se remite al Departamento Gestión de Calidad Institucional (DGCI), para proporcionar la asesoría técnica y acompañamiento por los Analistas de Desarrollo Institucional a los usuarios de las diferentes dependencias del ISSS.

A. Recepción de solicitud para la elaboración y/o actualización documental

1. La documentación es elaborada y/o actualizada, cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:
 - a) Creación o reformas del cuerpo legal vigente, que incida directamente a los documentos administrativos y de procesos de atención en salud.
 - b) Creación de nuevas dependencias para documentar los nuevos procedimientos a realizar.
 - c) Cuando aplique la Ley de Mejora Regulatoria u otra gubernamental que aplique al ISSS.



- d) Por instrucción de la Dirección General para reestructuración de cualquier dependencia en el Instituto que incida en el desempeño de las actividades.
 - e) A solicitud del usuario responsable del proceso, cuando se venza el plazo de vigencia o se cambie por automatización o mejora del proceso.
 - f) Para la actualización de formularios o registros.
 - g) Cuando se exceda de 5 adendas el documento.
2. La Jefatura del DGCI recibe solicitudes de actualización de documentos de los responsables de las diferentes dependencias de la Institución, por medio de:
 - a) Formulario "Solicitud de elaboración o actualización de documentos institucionales" (C. Form. 360101-031-02-24), en físico o digital.
 - b) Copia de Acuerdo de Dirección General.
 - c) Copia de Acuerdo de Consejo Directivo.
 - d) Nota o correo electrónico que adjunte el formulario "Solicitud de elaboración o actualización de documentos institucionales" (C. Form. 360101-031-02-24).
 - e) Nota o correo institucional de solicitud de actualización documental de alta gerencia y Dirección General.
 3. La Jefatura del DGCI recibe la solicitud del requerimiento, anotan en el **libro digital de Recepción de requerimientos DGCI**, la fecha de recepción y la dependencia solicitante responsable del requerimiento, fecha de inicio del requerimiento de acuerdo a la capacidad de la sección designada; entrega a la jefatura de sección correspondiente (Normalización o Desarrollo y Gestión de Proceso), quien designa al Analista de Desarrollo Institucional para la asesoría y acompañamiento en la elaboración del documento.
 4. Los Analistas de Desarrollo Institucional reciben la solicitud para **apertura de expediente** de la asignación con el requerimiento recibido (físico o digital), identifican la fecha de recepción y la unidad organizativa responsable, para evaluar la factibilidad de dicho requerimiento y proporcionar la asesoría y apoyo técnico al usuario responsable de la solicitud.
 5. Los Analistas de Desarrollo Institucional al evaluar el requerimiento de forma conjunta con su jefatura y este cumple con los requisitos, generan el expediente para seguir el debido procedimiento descrito en este documento. En los casos que lo solicitado no aplica, remiten por correo electrónico la explicación técnica al usuario solicitante, en un plazo de **dos días hábiles**.

B. Revisión documental previa por Analistas de Desarrollo Institucional

1. Los Analistas de Desarrollo Institucional deben recopilar e identificar toda la información relacionada al tema para la elaboración del documento. Así mismo, realizar la búsqueda de documentos oficializados inherentes que puedan ser fusionados.



2. De ser necesario los Analistas de Desarrollo Institucional realizan visitas de campo para analizar el proceso que se está elaborando o actualizando. Estas actividades se llevan a cabo en un plazo de **15 días hábiles**, considerando la complejidad de la información. En los casos que se requiera de mayor tiempo, informa a su jefatura de sección por escrito. Posterior a la revisión y análisis de la información, el Analista de Desarrollo Institucional convoca a reunión al usuario para definir alcance, puntos a desarrollar y posibles limitantes del proceso a normar.
3. En los procedimientos se documentarán las actividades de manera secuencial, incluyendo disposiciones generales y/o específicas, la interrelación con otros procesos, armonización de leyes y normativas, así como, también la estructura documental contemplada en las disposiciones generales de este documento.

C. Elaboración de cronograma de actividades y registros

1. Los Analistas de Desarrollo Institucional convocan al usuario responsable del documento para presentar el cronograma de actividades a ejecutarse, los cuales deben dar cumplimiento a la programación establecida. El cronograma se valida con la firma del usuario responsable de la solicitud y la jefatura de la sección, posteriormente se remite electrónicamente a jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional.
2. El cronograma original se escanea y lo remite de forma digital al usuario, se archiva por el Analista de Desarrollo Institucional en el expediente de la asignación. De surgir la necesidad de modificación del cronograma por causas justificables, el usuario responsable debe remitir por escrito, anexándose el respaldo al expediente.
3. En los casos de recomendaciones por auditoría interna, para que se actualice la documentación señalada, el usuario responsable de la solicitud debe remitir a la Auditoría el cronograma validado.
4. De las actividades se generan las evidencias a través de los registros de las reuniones de trabajo que realizan los Analistas de Desarrollo Institucional, cronogramas firmados por las partes interesadas, ayuda de memoria, actas, minutas de juntas etc.
5. Las notas o correos de justificación de los usuarios responsables de la solicitud (requirentes) y de los Analistas de Desarrollo Institucional, deben ser dirigidas a la jefatura de sección respectiva, con el objetivo de evidenciar el motivo del atraso e incumplimiento del cronograma. El plazo considerado es de **tres (3) meses calendario**, todo dependerá de la naturaleza y complejidad del documento, que puede ser menor el tiempo o extenderse para su cumplimiento.
6. Los Analistas de Desarrollo Institucional, resguardan en el expediente en un lapso de **5 años** los registros generados en físico y digital, para efectos posteriores de evaluaciones internas o externas.



D. Revisión documental por los usuarios

1. Los Analistas de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos, envían los borradores del documento a los responsables del procedimiento, con la estructura documental y formularios establecidos, para que realicen la actualización, (cambios o modificaciones de fondo) en los casos que el usuario del documento necesite la asesoría técnica y acompañamiento del Analista, lo solicita y los Analistas de Desarrollo Institucional realizan las convocatorias para tal fin.
2. En la elaboración, se verifica que el documento actualizado o creado no incida con funciones o actividades de otras dependencias que no son partícipes en el procedimiento, redactando en tiempo presente e identificando los nombres de los responsables de realizar la actividad; en los casos que sea necesario colocar una actividad con una persona designada (genérico), el responsable de realizar o supervisar la actividad debe plasmar por escrito la designación de dicha actividad.
3. Cuando se identifique la necesidad de contemplar actividades que interrelaciona con el proceso, el usuario debe identificar las otras dependencias, para que el Analista de Desarrollo Institucional convoque a las reuniones posteriores y se coordinen las actividades a realizar, dejando evidencia de lo acordado; así como, revisar que no se contemplen reprocesos.
4. Las opciones para la elaboración de procedimientos e instructivos de trabajo son:
 - a) Prosa
 - b) Diagrama de flujo
 - c) Prosa con diagrama de flujo
5. Al finalizar el levantamiento del borrador del documento y formularios, el analista de la Sección Desarrollo y Gestión de Proceso, le informa al usuario responsable que tienen un tiempo máximo de **15 días hábiles para revisión final y devolución de los mismos**.

Nota: el usuario del documento, puede utilizar las siguientes modalidades para realizar los cambios o modificaciones:

- a) Comunicarlo directamente al analista en una reunión de forma presencial o en línea.
 - b) Directamente en el borrador del documento (identificándose el cambio con otro color).
 - c) Colocarlo en comentarios dentro del documento.
6. Al recibir el Analista los cambios o modificaciones de fondo y forma de los usuarios, éste los incorpora al documento, elaboran los diagramas de flujo (si aplica), modificaciones de formularios (si aplica) y revisión del cumplimiento del contenido del mismo, en un lapso de 5 a 10 días hábiles, dependiendo de la complejidad del documento.



7. Los Analistas realizan la gestión de nuevos códigos en los casos que existan nuevos formularios, los cuales incorporan antes de la remisión final del documento. (Ver disposiciones generales de éste documento).

Nota: El contenido de los formularios de los diferentes procedimientos son modificados únicamente por los responsables de los procesos o procedimientos de las diferentes dependencias del ISSS, aprobando los cambios, descarte de formularios obsoletos y/o la creación de nuevos formularios.

8. Los Analistas de Desarrollo Institucional de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos remiten por correo a su jefatura de sección el borrador final con los últimos cambios incorporados para revisión del documento, la cual lo revisa en un plazo de **2 a 5 días hábiles**, dependiendo de la complejidad de éste.
9. Revisado el documento por la jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos los Analistas remiten al usuario y jefatura superior inmediata (en los casos que corresponda) por correo electrónico el borrador final, formularios, solicitando su conformidad del contenido y firma del formulario de "Acta de Validación de Documentos (C. Form. 360101-070-07-23)", remitiéndola firmada en un período de **5 a 10 días hábiles**, dependiendo la complejidad del documento.
10. En la Sección Normalización para la elaboración de las normativas de salud, por la naturaleza y complejidad de estos, los Analistas elaboran o actualizan los procedimientos de forma conjunta con los responsables del procedimiento, y posteriormente se convocan a los usuarios del procedimiento que designe el responsable del documento para la validación, firmando el acta de validación y listados de asistencia.
11. Posterior a la validación, el analista incorpora las últimas observaciones realizadas en dicha validación, lo remite a la jefatura de Sección Normalización, para revisión final de fondo y forma, la cual lo revisa en un plazo de **2 a 5 días hábiles**, dependiendo de la complejidad de éste.
12. Al recibir firmada el "Acta de Validación de Documentos (C. Form. 360101-070-07-23)" de los usuarios, los jefes de las secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos) remiten por correo el borrador final del documento y acta firmada a jefatura de Departamento para solicitud de **código de documento y revisión final del formato** del mismo, el cual lo devolverá en un plazo de **2 a 5 días hábiles**, dependiendo de la complejidad del documento.

E. Supervisión del estado de elaboración documental

1. Las jefaturas responsables de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos), revisan el cumplimiento de las actividades contempladas en el cronograma, solicitando a los Analistas de Desarrollo Institucional, los registros generados para verificar los plazos cumplidos.



2. En el caso que se hallan reajustado los tiempos el Analista de Desarrollo Institucional deben llevar en el **expediente del requerimiento** las justificaciones correspondientes, de la ampliación de plazos.
3. Cuando los responsables del documento no proporcionen respuesta de la elaboración, actualización, revisión o validación de la documentación, el Analista de Desarrollo Institucional se comunicará formalmente con el usuario, de no obtener respuesta, informa por correo a las jefaturas de sección correspondiente, para apoyo de la gestión. Las jefaturas de sección al no recibir respuesta, archivarán provisionalmente el estado del documento e informan a la jefatura del DGCI para las gestiones correspondientes.

Nota: Las jefaturas de sección con base de toda la información obtenida realizan un análisis situacional y lo reportan a la jefatura del DGCI, archivando el correo respectivo.

4. La jefatura del DGCI informa sobre las áreas de la falta de respuesta para la actualización documental a la Jefatura UDI, a través del informe bimensual.
5. Las jefaturas de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos) informarán mensualmente a la Jefatura DGCI, el cumplimiento de los cronogramas y desempeño de los Analistas de Desarrollo Institucional, con el objeto de equilibrar la asignación y entrega oportuna de la documentación.

F. Aprobación de la documentación

Una vez revisado el documento por la jefatura de DGCI, se procede a imprimir el mismo, enviándolo para firma por medio de nota a la jefatura superior responsable del proceso, el cual firmará en el apartado de **"Autorizado"**, posteriormente es firmado en el apartado de **"Revisado"** por Jefatura UDI, a continuación, se remite formalmente para firma de **"Aprobado"** a Dirección General.

G. Resguardo de la documentación

1. Las Jefaturas de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos), al oficializar el documento, deben resguardar en el archivo el ejemplar original en físico, así como también, la versión en Word del documento vigente en su **base de datos digital**, resguardando el digital PDF en la plataforma <https://cdi.iss.gov.sv/udi/default.aspx> para fácil acceso a consulta de los usuarios de los procedimientos.
2. El resguardo de los expedientes físicos y digitales es responsabilidad de los Analistas de Desarrollo Institucional en un lapso de **cinco años en físico y digital**. En el caso de la Sección Normalización, los analistas remiten los expedientes en físicos para el resguardo por la jefatura de sección, posteriormente se depuran los expedientes.



3. La Jefatura del DGCI controla la vigencia de la documentación Institucional, a través de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos) quienes mantienen el **"Índice de Control de Documentos Vigentes"**, así también la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos controla la vigencia de los formularios en el formato digital **"Índice de Control de Formularios Vigentes"**.
4. La documentación obsoleta debe ser sustituida por el nuevo documento vigente, siendo responsabilidad de las jefaturas de las diferentes áreas operativas en salud y administrativas, deben indicar a su personal la utilización del nuevo documento y la eliminación de la versión anterior para la ejecución de los procesos.
5. Las Jefaturas de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos) resguardan los **documentos obsoletos** en físico originales, por un período de **3 años en archivo**, al cumplir el período, son enviados en físico y/o digital, al archivo institucional para resguardo del mismo, cumpliendo con el procedimiento correspondiente de la OGDA. Las secciones en mención, conservarán un ejemplar de los documentos obsoletos en digital, en su base de datos, como información histórica.

H. Divulgación de la documentación

1. Las jefaturas de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos), remiten en digital en versión PDF a las siguientes áreas:
 - a) Directores/as de los centros de atención (documentos de salud o administrativos que apliquen).
 - b) Jefaturas responsables para el entrenamiento y divulgación documental y las dependencias relacionadas con sus procesos.
 - c) Departamento de Planificación en Salud, para que incluya en el "Portal vida, familia y salud". (documentos de la Sección Normalización)
 - d) Oficina de Información y Respuesta (OIR)

Nota: La OIR se le solicita formalmente que sea puesta a disposición del público y que se coloque a la versión anterior del documento obsoleto la leyenda de no vigente.

2. La jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional solicita trimestralmente a la Unidad de Comunicaciones la remisión de la publicación del listado de documentos recientemente oficializados y el acceso de los mismos para la consulta interna de los empleados.
3. La jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional anualmente gestiona con la Unidad de Comunicaciones la remisión por correo electrónico del Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Especificas del ISSS para contribuir con el conocimiento y aplicación de las normas por las jefaturas y el personal del Instituto.



I. Entrenamiento de la documentación

1. Las jefaturas de las Secciones (Normalización y Desarrollo y Gestión de Procesos), envían por correo electrónico el PDF el documento aprobado por Dirección General a las Jefaturas responsables, solicitándoles que proporcionen el debido entrenamiento de la documentación oficializada, a través de convocatorias en modalidad presencial o virtual al personal involucrado, para la efectiva implementación del mismo. La jefatura del área responsable debe generar los registros pertinentes de la asistencia como evidencia del entrenamiento realizado (registros como actas de firma, ayuda memoria, entre otros).
2. En los casos que existan dependencias que interactúan o se interrelacionan los procedimientos en los flujos de trabajo, las jefaturas deben incluir en las jornadas de entrenamiento, al personal involucrado, para que no exista o se asume desconocimiento de los procedimientos, instructivos, políticas, manuales y otros, dejando evidencia del entrenamiento realizado.
3. La ejecución del programa de entrenamiento o capacitación de la documentación por parte de las jefaturas, no podrá excederse de un plazo de 30 días calendario posterior a la divulgación.

J. Seguimiento documental

Una vez se realice la ejecución del entrenamiento e implementación a los usuarios del documento, (políticas institucionales, Manuales, instructivos y otros) la Sección Fortalecimiento y Mejora Continua, elabora la planificación de las visitas para el seguimiento documental, según el procedimiento documentado, MPR-A-006, "Seguimiento a la Implementación de Documentos Normativos Institucionales" verificando la correcta aplicación del documento normativo oficial.

Nota: Los analistas que realizan el procedimiento de Seguimiento documental, deben asegurarse que el personal sujeto para la verificación del conocimiento y aplicación de su documentación, también conocen y aplican el Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS que les compete, proporcionando una copia electrónica de las mismas cuando se les solicite.

K. Control de registros y formularios

1. Los formularios y registros son parte de la documentación clave, que proporcionan evidencia de los resultados obtenidos de las actividades desempeñadas, demostrando la conformidad de los manuales, políticas, procedimientos, instructivos, normativas, procedimientos de salud y otra documentación, por lo que deben ser correctamente controlados, identificados y trazables.



2. Existen diferentes tipologías de registros, entre los cuales están:
 - a) Proforma (formularios estandarizados en físico, elaborados por el equipo técnico del procedimiento).
 - b) Formatos elaborados para ser utilizados digitalmente en un procedimiento.
 - c) Informes, reportes, memorando, facturas, constancias, notas, fotografías, videos etc. que se generan de las actividades y tareas.
3. El diseño, actualización y resguardo de los registros vigentes de la institución, es responsabilidad de cada Unidad Organizativa que los utiliza, identificándolos en cada documento en el apartado de "Registros y formularios utilizados en el proceso", anexando los formularios en el documento para su oficialización.
4. Los responsables de los diferentes procesos y procedimientos documentados, al modificar o cambiar significativamente un formulario deben gestionar el retiro de los formularios obsoletos (descarte) en sus áreas. La divulgación de los nuevos formularios es responsabilidad de los mismos.
5. La Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos mantiene de forma digital "Índice de Control de Formularios Vigentes", siendo el consolidado de los formularios estandarizados, actualizándose dicho índice cada vez que se actualiza la documentación.

Nota: Es obligatorio para todas las dependencias del ISSS, el uso de los formularios oficializados en los procedimientos e instructivos de trabajo, Normativas, lineamientos, guías, así como también los formularios regidos por MINSAL, estos pueden ser en físico, en digital o mecanizado, siendo autorizados y codificados en el Departamento Gestión de Calidad Institucional (DGCI).

6. En la revisión y actualización de los procedimientos documentados, cuando se realicen nuevos formularios o el rediseño de estos, el Analista de Desarrollo Institucional debe presentar opciones del bosquejo del formulario con la información que adjunte el responsable del proceso.
7. Los analistas al elaborar o modificar un formulario a solicitud del usuario, realizan la validación de los mismos por medio del formulario "Solicitud de validación e impresión de formularios (C. Form. 360101-034-02-24)", para poder ser incorporados en los documentos normativos. En los casos de formularios de uso electrónico se podrá realizar un consolidado en la parte de atrás del formulario de "Solicitud de Validación e impresión de Formularios" donde se enliste el nombre y código de cada uno de los formularios.
8. Para el requerimiento de las impresiones de formularios con código SAFISSS, la jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional, remite electrónicamente a la Sección Servicio de Material Impreso la "Solicitud de validación e impresión de formularios" firmada y el digital del formulario. (ver el Procedimiento "Recepción de Solicitudes de Impresión y Entrega de Documentos Impresos" de Manual de Proceso de la Sección Servicios de Material Impreso)



9. Las jefaturas de todas las dependencias, que utilizan formularios con código SAFISSS, realizan anualmente, la planificación de necesidades de dichos formularios, de acuerdo de los lineamientos establecidos por la División de Planificación y Monitoreo de Suministros, ya que son herramienta de trabajo.

L. Descarte documental

1. Los Analistas de Desarrollo Institucional cuando un usuario responsable del proceso solicita el descartar un formulario, elaboran la solicitud de descarte de acuerdo al tipo de formulario a descartar:
 - a) Formularios de código de fórmula "Solicitud de descarte formulario(s) código de fórmula", (C. Form. 360101-039-02-24)
 - b) Formularios código SAFISSS "Solicitud de descarte formulario(s) código SAFISSS", (C. Form. 360101-040-02-24).
2. Al obtener la firma del descarte de la autoridad máxima del usuario responsable y de Jefatura UDI se realiza:
 - a) En el caso de formulario(s) código SAFISSS: se remite el original a la Comisión de Descarte, archivando una copia digital en el Departamento Gestión de Calidad Institucional, se envía copia a DPYMS (para inhabilitación el código), a Sección Taller de Impresiones y Almacén de Artículos Generales para conocimiento.

M. Adendas a documentos y formularios

1. El Departamento Gestión de Calidad Institucional realiza adenda(s) a los documentos vigentes que administra la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización, a solicitud de los usuarios por modificaciones puntuales que no afecten el número de páginas originales.
2. Los Analistas de Desarrollo Institucional, elaboran la(s) adenda(s) a solicitud del Consejo Directivo, Dirección General, Gerencia de Salud, Subdirección Administrativa y Logística, Jefes de Unidad, en un **plazo máximo de 10 días**, las cuales remitirá a firma para su oficialización, dicho plazo podrá extenderse dependiendo de la naturaleza del cambio solicitado.
3. La adenda se oficializa, a través de la "Hoja de Adenda" (C. Form. 360101-041-03-24), gestionando las firmas de la autoridad máxima del responsable del proceso, Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional y la Dirección General, firmando en el apartado correspondiente.
4. Los Analistas de Desarrollo Institucional, podrán realizar de acuerdo al tamaño del documento un **máximo de 5 adendas**; de requerirse más modificaciones se deberá realizar la actualización del documento.



5. Los Analistas de Desarrollo Institucional, realizan las modificaciones pertinentes en la página que ha sido adendada en el documento vigente y colocan al final del documento la imagen de la "Hoja de Adenda" que ha sido firmada por el requirente, validando el cambio del mismo.
6. Posteriormente se deberá realizar lo establecido en el apartado "Divulgación de la documentación" y "Entrenamiento del nuevo documento", para conocimiento de los usuarios del documento.

❖ Disposiciones generales

1. La Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional y sus secciones, cuando soliciten documentos certificados para alguna gestión externa, debe colocar en la copia del documento el sello de la dependencia que certifica en cada una de las páginas, foliar el documento, ubicar y completar las siguientes leyendas:

- a) Encabezado:

La (el) Infrascrita (o) Jefe de (nombre de la dependencia que certifica) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social certifica: Que en los Archivos que lleva esta dependencia se encuentra el documento denominado: (nombre del documento), en cuyos folios del 1 al (cantidad total de páginas del documento) literalmente dicen:

- b) Final de la última página:

Es conforme con su original, el cual se confrontó en la base documental de (nombre de la sección que resguarda el documento) del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador a los "en letras la cantidad de días" días del mes "mes en letras) de "año en letras". Después se colocará: La firma y sello, nombre y dependencia de la persona que certifica.

Nota: en los casos que no se encuentre las jefaturas del Departamento o secciones, la Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional podrá certificar la documentación.

2. Todos los documentos Institucionales deben contar con la estructura y características estandarizadas detalladas a continuación:

- a) Formato:

- Papel: tamaño carta.
- Tipo de fuente: letra Museo Sans 300.
- Tamaño de fuente: 11, título tamaño 13, subtítulo tamaño 12 y notas tamaño 10.
- Color: negro
- Márgenes: Superior en inferior 2.54 cm, izquierdo y derecho 1.91 cm.
- Interlineado: 1.15



b) La portada es color azul y debe contener:

- Encabezado: Se utiliza el tipo de fuente letra Museo Sans 700 y Museo Sans 300, tamaño 14.
 - i. Nombre de la Unidad de Desarrollo Institucional, del Departamento Gestión de Calidad Institucional y la Sección que resguarda el documento. Letra tamaño 11.
 - ii. Logo de gobierno
 - iii. Código del documento
 - iv. Versión del documento
 - v. Mes y año de aprobación
- Cuerpo de la portada: Se utiliza el tipo de fuente letra Museo Sans 700, tamaño 14, solo las iniciales del documento serán tamaño 110.
 - i. Nombre de la dependencia que pertenece el documento.
 - ii. Nombre del tipo de documento
 - iii. Nombre del documento
 - iv. Iniciales del tipo de documento
- Apartado de Firmas: Se utiliza el tipo de fuente letra Museo Sans 300 tamaño 11, según el diseño siguiente:

AUTORIZADO	REVISADO	APROBADO
<hr/>		
F. Nombre Cargo de Autoridad Superior del usuario del documento	F. Nombre Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional	F. Nombre Dirección General del ISSS
<hr/>		
GOBIERNO DE EL SALVADOR		

Oficialización de la documentación: las firmas de oficialización de los documentos técnicos se identifican de acuerdo al siguiente detalle:

- i. **Autorizado:** La firma de éste apartado es de la Jefatura superior del responsable de proceso (Jefatura de División, Unidad o Subdirecciones/Gerencias, según correspondan).
- ii. **Revisado:** La firma de éste apartado es de la Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional.
- iii. **Aprobado:** La firma de éste apartado es de la Dirección General.

c) El encabezado de los documentos contendrá:

- El logo de gobierno
- Nombre de la dependencia a que pertenece el documento.

d) El pie de página de los documentos contendrá:

- Código del documento
- Versión del documento
- Mes y año de aprobación
- Número de página

e) Codificación del documento se realiza en base a los siguiente, separado por guiones:



- Iniciales de los tipos de documentos, ejemplo: MP, PI, NOR, INS, PC, MFC, NTS, LTAS, entre otros)
- Inicial del área donde se ejecuta el proceso: Salud (S), Administrativo (A). (No aplica para documentos de la Sección Normalización)
- Número correlativo que corresponde al listado de documentos, el cual contendrá tres (3) campos. Ej.: 045
Ejemplo de codificación: MP-A-005, LTAS-005, NTS-009, NOR-S-059, MPR-S-075.

- El Instituto oficializa y controla la documentación a través de los códigos siguientes:

Nombre del tipo de documento	Iniciales del código
Política Institucional	PI
Manuales de Proceso	MP
Manual de Procedimiento	MPR
Normativas	NOR
Instructivos	INS
Manual de Organización	MAO
Manuales de Funcionamiento de Comisión/Comité	MFC
Norma en Salud	NS
Norma Técnica y Administrativa en Salud	NTAS
Lineamientos Técnicos de Atención en Salud	LTAS
Manual de Procedimiento en Salud	MPS
Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud	MPTAS
Guías de Prácticas Clínicas	GPC
Documentos Especial Administrativo	DEA
Documento Especial de Salud	DES
Documento Especial Institucional	DEI

- f) El índice de los documentos para los fines descritos en éste documento debe incluir los apartados en numeral romano según el contenido:

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia.
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones (si aplica)
- VI. Desarrollo
- VII. Responsabilidades en el proceso
- VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso
- IX. Anexos
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Registro de adendas



Nota: Dentro del numeral romano VI del literal f) se incluirá el desarrollo del procedimiento (Diagrama de Flujo, Descripción Textual o ambas), disposiciones específicas (si aplica) y disposiciones generales (si aplica). En los casos que el tipo de documento normativo incide en bienes institucionales, se incluirán disposiciones generales y específicas, posteriormente del procedimiento, cuando ésta lo requiera.

g) En los anexos se colocará primero las imágenes de los formularios que se utilizan en el documento, posteriormente se colocará el listado de Personal que participó en actualización del documento.

3. Los formularios Institucionales en su actualización deben contar con la estructura y características estandarizadas detalladas a continuación:

a) Formato:

- Papel: El tamaño puede variar según la necesidad del usuario y el contenido del formulario.
- Tipo de fuente: letra Arial.
- Tamaño de fuente: Contendrá diferentes tamaños de acuerdo al contenido (legible).
- Márgenes: Puede variar según la necesidad del usuario y el contenido del formulario, el mínimo será: Superior en inferior 0.50 cm, izquierdo y derecho 0.5 cm
- Interlineado: Puede variar según el contenido del formulario

b) El encabezado debe contener:

- Logo institucional.
- Nombre del Instituto en letras mayúsculas.
- Nombre de la dependencia superior a la que pertenece el formulario (Gerencia, Subdirección, Unidad).
- Nombre del formulario

Nota: En los casos que el formulario se utilice solo en un servicio específico o dependencia administrativa específica se puede identificar después de la dependencia superior el nombre de esa área.

c) El pie de página de los formularios contendrá el código del formulario, el cual debe coloca las iniciales del tipo de código y numeración que aplica, de acuerdo al cuadro siguiente:

Nombre del tipo de formulario	Iniciales del código	Numeración	Área que genera el código
Formularios con código SAFISSS	C. SAFISSS	Proporcionada por la DPYMS	División de Planificación y Monitoreo de Suministros
Formularios con código de formula	C. Form.	Centro de costos del responsable del formulario, número correlativo, mes y año de creación del formulario (Separado por guiones)	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos



4. La actualización y avance en la revisión de los documentos es responsabilidad de los usuarios solicitantes, cuando no asistan a las convocatorias o no aportan los insumos necesarios para la elaboración o actualización documental sin la justificación correspondiente, incidiendo en el cumplimiento del cronograma establecido, se suspenderá el requerimiento, remitiendo la jefatura de departamento una nota de suspensión al requirente responsable del procedimiento, copiando al responsable superior del proceso (Gerentes de Salud, Logística y Administración) e informará Jefatura UDI a través del informe bimensual, la cual remitirá el estado de la documentación a la Dirección General.
5. El personal participante de la elaboración y/o revisión del documento o formularios, son registrados en el apartado **"Personal participante en actualización del documento"**.
6. Las Jefaturas de la Sección Normalización y Sección Desarrollo y Gestión de Procesos al recibir de los analistas la solicitud de ampliación de plazos en la ejecución de los requerimientos, aprobarán por escrito la aprobación de los mismos e informarán a Jefatura DGCI.
7. La Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional promueve la actualización de la documentación normativa institucional remitiendo anualmente a las dependencias el listado de documentos con la vigencia vencida, para que realicen la revisión y actualización.
En el caso de los documentos de la Sección Normalización la jefatura de Normalización remite a la Gerencia de Salud para aprobación, una propuesta trianual de documentos por priorización para su respectiva actualización.
8. La Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional proporciona directrices y lineamientos para la elaboración, actualización, control y seguimiento de la documentación Institucional a los equipos de trabajo que inciden con el sistema de control interno, informando bimensualmente a la Dirección General los resultados. (Art. 11, NTCIE)

VII. Responsabilidades en el proceso

1. Dirección General:

- a) Aprueba la documentación Institucional que incide con la administración y operatividad del Instituto

2. Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional:

- a) Proporciona directrices, lineamientos y entrenamiento para la elaboración y actualización documental.
- b) Informa a la alta Dirección los resultados del control documental
- c) Revisa la documentación Institucional evidenciando con la firma de revisión en la portada de la documentación.
- d) Participa en la actualización documental de los procesos UDI
- e) Revisa, valida los procedimientos e instructivos de trabajo de la UDI



- f) Aprobación y firma de adendas.
- g) Informe de la gestión, avance de la actualización documental de la Institución a Dirección General
- h) Certificación de documentos oficiales.

3. Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional:

- a) Promover la actualización de documentos con vigencia mayor de 5 años y priorización de documentos de la Sección Normalización para aprobación de Gerencia de Salud
- b) Recibe y distribuye las solicitudes de dependencia solicitante
- c) Administración de libro digital de recepción de requerimientos DGCI
- d) Recibe de jefaturas cronogramas de actividades y ampliación de plazos de los requerimientos.
- e) Gestiona con la Unidad de Comunicaciones listado de documentos oficiales para divulgación.
- f) Revisa la documentación elaborada o actualizada para remisión de firmas a la jefatura UDI.
- g) Supervisa el desempeño de las Jefaturas de Sección, a través de los cronogramas e informes mensuales del cumplimiento oportuno de las actividades del personal a su cargo.
- h) Gestiona la suspensión de actualización de documento al requirente en casos que no se justifique la no asistencia a convocatorias o falta de información para elaboración del documento.
- i) Informa el incumplimiento de los requirentes la Jefatura UDI, para remitir informe bimensual a Dirección General.
- j) Elaboración de formato borrador para actualización de documentos institucionales.
- k) Certificación de documentos oficiales.
- l) Gestiona la aprobación de documentos por la Dirección General o según sea el caso.
- m) Supervisa el resguardo de la documentación física y digital.
- n) Gestiona con Sección Servicio de Material Impreso el tiraje de los formularios vigentes.
- o) Supervisa la actualización de Actualización de "Índice de Documentos en vigencia" e "Índice de Registros y formatos en Vigencia"

4. Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos:

- a) Recibe requerimientos de Jefatura DGCI.
- b) Asigna el Analista de Desarrollo Institucional de su área para asesoría y acompañamiento a los solicitantes de elaboración o actualización documental.
- c) Evaluación de requerimiento con el Analista.
- d) Firma de cronogramas de actividades y remisión a Jefatura DGCI.
- e) Recibir y aprobar por escrito la ampliación de plazos en la ejecución del requerimiento, informando a Jefatura DGCI.
- f) Verifica la elaboración de formularios institucionales de los analistas del área.
- g) Supervisa y controla cumplimiento de las actividades contempladas en el cronograma del personal a su cargo, informando a la jefatura del departamento los cambios en el mismo.
- h) Apoyo en gestión de seguimiento a los analistas por usuarios que no proporcionan respuesta e informe a jefatura de departamento.
- i) Revisa la documentación elaborada o actualizada.
- j) Actualización y control de "Índice de Control de Documentos Vigentes" e "Índice de Control de Formularios Vigentes".



- k) Mantenimiento de la base digital de la sección y plataforma <https://cdi.iss.gov.sv/udi/default.aspx>
- l) Resguardo de la documentación física vigente.
- m) Resguardo de la documentación en versión digital en PDF y borrador en Word.
- n) Resguardo de la documentación obsoleta por 3 años.
- o) Envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la divulgación.
- p) Envío de documento oficial por correo institucional a la OIR.
- q) Envío de documentos oficiales a solicitantes
- r) Custodia o préstamo de documentos oficiales.
- s) Administración de la base documental física y digital.
- t) Control de seguimiento de asignaciones.
- u) Custodiar archivos obsoletos originales en físico por 3 años, posteriormente envío a Oficina de Gestión Documental y Archivos para resguardo histórico.

5. Jefatura de Sección Normalización:

- a) Recibe requerimientos de Jefatura DGCI.
- b) Asigna el Analista de Desarrollo Institucional de su área para asesoría y acompañamiento a los solicitantes de elaboración o actualización documental.
- c) Evaluación de requerimiento con el Analista.
- d) Firma de cronogramas de actividades y remisión a Jefatura DGCI.
- e) Recibir y aprobar por escrito la ampliación de plazos en la ejecución del requerimiento, informando a Jefatura DGCI.
- f) Verifica la elaboración de formularios institucionales (Colaboradora Administrativa)
- a) Supervisa y controla a través del cronograma el cumplimiento oportuno de las actividades del personal a su cargo, informando a la jefatura del departamento los cambios en el mismo.
- b) Apoyo en gestión de seguimiento a los analistas por usuarios que no proporcionan respuesta e informe a jefatura de departamento y en casos de difícil abordaje.
- c) Revisa la documentación elaborada o actualizada.
- d) Actualización y control de **"Índice de Control de Documentos Vigentes"**.
- e) Mantenimiento de la base digital de la sección y plataforma <https://cdi.iss.gov.sv/udi/default.aspx>
- f) Resguardo de expedientes físicos.
- g) Resguardo de la documentación física vigente.
- h) Resguardo de la documentación en versión digital en PDF y borrador en Word.
- i) Resguardo de la documentación obsoleta por 3 años.
- j) Controlar el envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la capacitación.
- k) Controlar el envío de documento oficial por correo institucional a DDTIC para incorporarlo al **"Portal de Atención Primaria en Salud del ISSS"**.
- l) Controlar el envío de documento oficial por correo institucional a la OIR.
- m) Envío de documentos oficiales a solicitantes
- n) Custodia de documentos oficiales.



- o) Administración de la base documental física y digital.
- p) Control de seguimiento de asignaciones.
- q) Certificación de documentos oficiales de su sección.
- r) Custodiar archivos obsoletos originales en físico por 3 años, posteriormente envío a Oficina de Gestión Documental y Archivos para resguardo histórico.

6. Analista de Desarrollo Institucional

- a) Recepción de requerimientos de la jefatura de sección.
- b) Evaluación de factibilidad del requerimiento con jefatura de sección.
- c) Remisión de explicación técnica a usuario solicitante cuando no aplica el requerimiento.
- d) Administra expediente del requerimiento y generar los registros que respaldan las gestiones que realice por cada una de sus asignaciones, ya sea de forma física o correo electrónico.
- e) Recopilación e identificación de la información relacionada con la elaboración del documento y visita de campo en los casos que sea necesario.
- f) Informar por escrito a la jefatura de sección de ampliación de plazos en la ejecución del requerimiento.
- g) Proporcionar asesoría y apoyo técnico a los usuarios solicitantes.
- h) Elabora y cumple con el cronograma para la elaboración documental y reportar todas las actividades que realizan en la ejecución de sus asignaciones a su jefatura de sección.
- i) Elaboración de registros que evidencian reuniones de trabajo.
- j) Seguimiento de reuniones y revisiones del documento y formularios.
- k) Utilización de formatos institucionales vigentes.
- l) Remisión de convocatorias de trabajo de ser necesarias.
- m) Envío de borrador de documentos vigentes en nuevo formato para revisión del requirente. (Sección Desarrollo y Gestión de Procesos)
- n) Elaboración del procedimiento diagramado si es solicitado. (Sección Desarrollo y Gestión de Procesos)
- o) Elaboración de borrador de documentos en nuevo formato en conjunto con el requirente y demás usuarios (Sección Normalización)
- p) Diseño de formularios institucionales. (Analista de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Colaboradora administrativa de Sección Normalización)
- q) Solicitud de código SAFISSS o fórmula para formularios institucionales. (Analista de Desarrollo Institucional de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Colaboradora administrativa de Sección Normalización)
- r) Remisión de borrador final a jefatura de sección y departamento, e incorpora observaciones.
- s) Elaboración y remisión de acta de validación de documentos.
- t) Envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la divulgación. (Sección Desarrollo y Gestión de Procesos)
- u) Resguardo de expedientes físicos y digitales (en caso de Sección Normalización será la jefatura de sección el resguardo de expedientes físicos)
- v) Elaboración de adendas solicitadas.
- w) Envío de documentos oficiales en PDF a usuarios que lo soliciten. (Sección Normalización)



- x) Envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la capacitación. (Sección Normalización)
- y) Envío de documento oficial por correo institucional a DDTIC para incorporarlo al "Portal de Atención Primaria en Salud del ISSS". (Sección Normalización)
- z) Envío de documento oficial por correo institucional a la OIR.

7. Usuario responsable de la solicitud (requerente):

- a) Solicitud de actualización de documento.
- b) Aprobación de cronograma de trabajo para cumplimiento según periodo.
- c) Remisión de notas o correos de justificación de ampliación de plazos del cronograma de trabajo.
- d) Presenta cronograma a la Unidad de Auditoría Interna, en los casos de Hallazgo y recomendaciones por Auditoría.
- e) Brindar la información necesaria para la actualización de los documentos.
- f) Diseña el contenido del documentos y formularios de sus procedimientos que lo ameriten.
- g) Planificar anualmente los formularios con código SAFISSS para la utilización de sus áreas.
- h) Gestión de retiro de documentos y formularios obsoletos (descarte)
- i) Cumplimiento de plazos de revisión y aprobación de documentos.
- j) Firma de acta de validación para envío a firma el documento de Jefatura Superior (Jefes de Unidad, Gerencia de Salud, Subdirecciones) en el apartado de "autorizado".
- k) Informa a Jefatura superior la aprobación del documento.
- l) Divulgación de los documentos y formularios para su implementación, así como entrenamientos necesarios. (Jefaturas responsables de las áreas)
- m) Retira documentación obsoleta y realización de proceso de descarte.
- n) Revisa y controla la correcta aplicación de los procedimientos de trabajo

8. Jefatura superior responsable del usuario solicitante (requerente):

- a) Firma de documento en el apartado de "autorizado".
- b) Aprobación y firma de adendas.

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de documentos institucionales" (C. Form. 360101-031-02-24), en físico o digital.
2. Formulario "Acta de Validación de Documentos (C. Form. 360101-070-07-23)
3. Formulario "Solicitud para dar de baja a formulario(s) con número de fórmula" (C. Form. 360101-039-02-24), en físico.
4. Formulario "Solicitud de descarte de formulario(s) con código SAFISSS" (C. Form. 360101-040-02-24), en físico.
5. Formulario "Solicitud de validación e impresión de formularios" (C. Form. 360101-034-02-24)
6. Formulario "Hoja de Adenda" (C. Form. 360101-041-03-24)
7. Copia de Acuerdo de Dirección General.
8. Copia de Acuerdo de Consejo Directivo.



9. Nota o correo institucional de solicitud de actualización documental de alta gerencia y Dirección General.
10. Nota o correo electrónico que adjunte el formulario "Solicitud de elaboración o actualización de documentos institucionales" (C. Form. 360101-031-02-24).
11. Cronograma de actividades para elaboración documental.
12. Libro digital del control de recepción de requerimientos DGCI.
13. Expediente del requerimiento (físico o digital)
14. Índice de Control de Documentos Vigentes", (digital)
15. Índice de Control de Formularios Vigentes", (digital)
16. Base digital de documentos oficiales.
17. Base digital de formularios institucionales
18. Notas, Memorando, correo electrónico, ayudas memoria.
19. Lista de Asistencia y acuerdos.
20. Documentos oficializados.

Los formularios se resguardan en el expediente por un lapso de 5 años por el Analista de desarrollo responsable de la asesoría y acompañamiento. En el caso de Normalización, la jefatura realiza el resguardo por un lapso de 5 años.



IX. Anexos

A. Anexo 1: Formularios

"Solicitud de elaboración o actualización de documentos institucionales" (C. Form. 360101-031-02-24)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL	
SOLICITUD DE ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES	
FECHA DE SOLICITUD DD / MM / AA	
DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE DOCUMENTO: _____ DEPENDENCIA: _____ CARGO: _____	
TIPO DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> CREACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> ADENDA <input type="checkbox"/> HOMOLOGACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO: _____ NOMBRE DEL DOCUMENTO: _____ FECHA DE VIGENCIA DEL DOCUMENTO: _____	
TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO	
DOCUMENTO INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> POLÍTICA INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCESO <input type="checkbox"/> NORMATIVA <input type="checkbox"/> INSTRUCTIVO <input type="checkbox"/> MANUAL DE ORGANIZACIÓN <input type="checkbox"/> MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE COMISIÓN <input type="checkbox"/> ANÁLISIS DE PROCESOS <input type="checkbox"/> PROPUESTA DE ORGANIGRAMA <input type="checkbox"/> OTROS: _____	DOCUMENTO TÉCNICO NORMATIVO DE SALUD <input type="checkbox"/> NORMA TÉCNICA EN SALUD <input type="checkbox"/> NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA EN SALUD <input type="checkbox"/> LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ATENCIÓN EN SALUD <input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN SALUD <input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO EN SALUD <input type="checkbox"/> OTROS: _____
DOCUMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO	
Formularios a incluir en el documento: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	
NOTA: Si el requerimiento es observación de auditoria (interna o externa) ó corte de cuentas, favor anexas hallazgo.	
_____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE GERENCIA, SUBDIRECCIÓN O JEFATURA DE UNIDAD	_____ FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DEL PROCESO

Form. 360101-031-02-24



- "Acta de Validación de Documentos" (C. Form. 360101-070-07-23)



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL

ACTA DE VALIDACIÓN


Nombre del documento: "xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx"
Fecha: Día /mes/año (letras)
Analista designado: (Nombre)

Nosotros, los abajo firmantes responsables de la revisión del documento "-----", por este medio hacemos constar que hemos revisado, verificado y validado el mismo, por lo que solicitamos se continúe con el proceso de aprobación con las autoridades respectiva:

N°	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Form. 360101-070-07-23

Sección _____ Página 1 de 2



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL


N°	Nombre	Dependencia	Cargo	Firma
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Página 2 de 2

Sección _____




- "Solicitud de validación e impresión de formularios" (C. Form. 360101-034-02-24)

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL SOLICITUD DE VALIDACIÓN E IMPRESIÓN DE FORMULARIO	
FECHA DE SOLICITUD DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Uso electrónico
	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Sistematizado <input type="checkbox"/> Impreso
NOMBRE DE FORMULARIO		CÓD. SAFISSS
DOCUMENTO NORMATIVO QUE CORRESPONDE EL FORMULARIO		CÓD. FÓRMULA
NOMBRE DE FORMULARIO A SUSTITUIR		CÓD. SAFISSS
ESPECIFICACIONES DEL FORMULARIO PARA IMPRESIÓN		CÓD. FÓRMULA
DIMENSIONES	PRESENTACIÓN	IMPRESIÓN ANUAL
Ancho: _____	Block: <input type="checkbox"/> Libro <input type="checkbox"/> Numerado	
Largo: _____	<input type="checkbox"/> 50 hojas <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Hojas sueltas	IMPRESIÓN EVENTUAL
	<input type="checkbox"/> 100 hojas No. Copia: _____	
	TIPO DE PAPEL	COLOR DE PAPEL
ORIGINAL		COLOR DE TINTA
COPIA 1		
COPIA 2		
DEPENDENCIA RESPONSABLE DE LA PLANIFICACIÓN DE IMPRESIONES:		
OBSERVACIONES		
Validación del formulario		
_____	_____	
(Nombre y Cargo)	(Nombre y Cargo)	
Para uso exclusivo del Departamento Gestión de Calidad Institucional		
_____	_____	
(Nombre)	(Nombre)	
Analista de Desarrollo Institucional	Jefatura Sección	

(Nombre)		
Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional		




- "Solicitud para dar de baja a formulario(s) con número de fórmula" (C. Form. 360101-039-02-24)

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL SOLICITUD DE DESCARTE FORMULARIO (S) CÓDIGO DE FÓRMULA																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">FECHA DE SOLICITUD</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">AA</td> </tr> </table>		FECHA DE SOLICITUD	DD	/	MM	/	AA																		
FECHA DE SOLICITUD	DD	/	MM	/	AA																				
CENTRO DE ATENCIÓN / DEPENDENCIA																									
JUSTIFICACIÓN																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">N°</th> <th style="width: 25%;">NÚMERO DE FÓRMULA</th> <th style="width: 70%;">DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		N°	NÚMERO DE FÓRMULA	DESCRIPCIÓN																					
N°	NÚMERO DE FÓRMULA	DESCRIPCIÓN																							
OBSERVACIONES																									
<p>NOTA: Autorizado por Gerencia, Subdirección, Unidad o División</p>																									
<p>Visto Bueno: Departamento Gestión de Calidad Institucional</p>																									
<p>_____ Autorización (Firma y Sello)</p>	<p>_____ Vo Bo (Firma y Sello)</p>																								

Form. 360101-039-02-24



- "Solicitud de descarte de formulario(s) con código SAFISSS" (C. Form. 360101-040-02-24)

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL SOLICITUD DE DESCARTE FORMULARIO (S) CÓDIGO SAFISSS					
FECHA DE SOLICITUD DD / MM / AA						
CENTRO DE ATENCIÓN / DEPENDENCIA						
JUSTIFICACIÓN						
N°	CÓDIGO SAFISSS	DESCRIPCIÓN	Unidad de Medida (block, tarjeta, etc)	Existencia (cantidad)	Costo (\$)	
					Unitario	Total
OBSERVACIONES						
NOTA: Autorizado por Gerencia, Subdirección, Unidad o División			Visto Bueno: Departamento Gestión de Calidad Institucional			
_____ Autorización (Firma y Sello)			_____ Vo Bo (Firma y Sello)			

Form. 360101-040-02-24



- "Hoja de Adenda" (C. Form. 360101-041-03-24)

HOJA DE ADENDA		Fecha Adenda: XX-XX-20XX	
Nombre del documento: "Título del documento: título: título"		Dependencia: XXXXXX: XXXXXX	
Código: XXXX Adenda Autorizada por:	Adenda Revisada por:	Número de Adenda: X Adenda Aprobada por:	Página(s) de(s) Modificación: Se modificó XXXX Solicitado por: Jefe XXXX
F. _____ Dr. XXXXX XXXXX XXXX XXXXX	F. _____ Licda. Rosa Alisa de García Jefa Unidad de Desarrollo Institucional	F. _____ Dca. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero Director General del ISSS	
			Form. 360101-041-03-24

**B. Personal que participó en actualización del documento**

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Rosa Alba Quinteros de García	Jefatura de unidad	Unidad de Desarrollo Institucional
Renata Vásquez de Vásquez	Jefatura de departamento	Departamento Gestión de Calidad Institucional

Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Rosa Alba Quinteros de García	Jefatura de unidad	Unidad de Desarrollo Institucional
Renata Vásquez de Vásquez	Jefatura de departamento	Departamento Gestión de Calidad Institucional
Alicia Azucena	Jefatura sección	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefatura sección	Sección Normalización

X. Registro de actualización del documento

		Manual de procedimiento elaboración, actualización y control de documentos y formularios	MPR-A-001
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Febrero 2004	Generado por Acuerdo de Dirección General N° 2003-05-0859	Jefatura Unidad de Planificación
1.0	Septiembre 2008	Actualización de documentos por cambios en Acuerdo de Consejo Directivo N° 2007-0824.JUL	Ing. Raúl Rivas Montalvo
2.0	Marzo 2010	Actualización de procedimientos	Ing. Raúl Rivas Montalvo
3.0	Noviembre 2013	Generado por Acuerdo de Consejo Directivo No. 2012-1216. SEP., 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,	Lic. Beatriz de Carbajal



		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 técnicos vigentes	
4.0	Diciembre 2015	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	Ing. Claudia Jennifer Molina
5.0	Octubre 2022	Actualización de procedimientos, dando de baja los procedimientos 3.2, 3.4, 3.4.1, 3.4.2 del Manual de Normas y Procedimientos Gestión de Calidad Institucional (diciembre 2015) y el procedimiento 2.1 del Manual de Normas y Procedimientos Normalizar Procesos de Salud (enero 2021)	Licda. Rosa Alba Quinteros de García
6.0	Abril 2024	Se actualiza documento anterior MPR-A-001 y se incorpora la divulgación de las NTCIE	Dra. Mónica Ayala

XI. Registro de Adendas

	Manual de procedimiento elaboración, actualización y control de documentos y formularios		MPR-A-001
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			