



DECRETO No. 10

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

CONSIDERANDO:

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

POR TANTO:

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

DECRETA el siguiente Reglamento que contiene las:

**NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS
DEL HOSPITAL NACIONAL DE SUCHITOTO
DEPARTAMENTO DE CUSCATLÁN**

**CAPÍTULO PRELIMINAR
GENERALIDADES**

Objeto de las Normas Técnicas Institucionales

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas constituyen el marco básico que establece el Hospital Nacional de Suchitoto, Departamento de Cuscatlán, para regular el Sistema de Control Interno, aplicable con carácter obligatorio a sus dependencias y servidores.



Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 2.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y actualización del Sistema de Control Interno, corresponde al director, Comisión responsable de elaborar el Proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional de Suchitoto y demás servidores, según su competencia. Todos realizarán las acciones necesarias para garantizar su efectivo funcionamiento.

Definición del Sistema de Control Interno

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

Objetivos del Sistema de Control Interno

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

- a. Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.
- b. Garantizar la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de la información.
- c. Cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Componentes del Sistema de Control Interno

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

a. Entorno de control

Comprende las normas, procesos y estructuras, que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno del Hospital Nacional de Suchitoto.

Principios:

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



b. Evaluación de riesgos

Es un proceso dinámico e interactivo para identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital Nacional de Suchitoto.

Principios:

1. Establecimiento o identificación de objetivos institucionales.
2. Identificación y análisis de riesgos para el logro de los objetivos.
3. Evaluación de riesgo de fraude.
4. Identificación, análisis y evaluación de cambios que impactan el Sistema de Control Interno.

c. Actividades de control

Son las acciones establecidas a través de políticas o procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la administración, para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

1. Selección y desarrollo de actividades de control.
2. Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología.
3. Emisión de políticas y procedimientos de control interno.

d. Información y comunicación

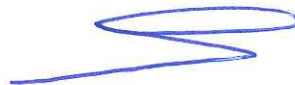

La información permite a la institución llevar a cabo sus actividades de control interno y documentar el logro de objetivos. La administración necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno. La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información.

Principios:

1. Información relevante y de calidad.
2. Comunicación interna.
3. Comunicación externa.

e. Actividades de supervisión

Constituyen las evaluaciones continuas e independientes, realizadas para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los



controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente están presentes y funcionando adecuadamente.

Principios

1. Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno.
2. Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno.

Seguridad razonable

Art. 6.- El Sistema de Control Interno proporciona una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

CAPÍTULO I ENTORNO DE CONTROL

Art. 7.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores internos y externos, tales como: antecedentes del Hospital, principios y valores, innovaciones tecnológicas, leyes y regulaciones aplicables.

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

Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos

Compromiso con los principios y valores éticos

Art. 8.- El personal hospitalario tiene la obligación de cumplir y hacer cumplir la ética y la normativa institucional, debiendo incorporar en su desempeño y conducta diaria, los siguientes valores profesionales:

- a. Compromiso:** Dar prioridad a la salud de los salvadoreños en el marco de las principales políticas públicas, entre otras acciones de respaldo hacia la labor en salud.
- b. Equidad:** Se refiere a que todas las personas disfruten de similares oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del Sistema.
- c. Ética:** Comportamiento conforme a la moral, reflejado en conductas sobre la base de valores humanos, patrios y profesionales, como fundamento de todas las actividades del Sistema Nacional de Salud.



- d. **Honestidad y honradez:** Actuar en correspondencia con la moral, sustentada en el honor, la sinceridad, austeridad y el cumplimiento de la palabra empeñada en todos los momentos de actuación.
- e. **Humanismo:** Sensibilidad y comprensión del desempeño en el respeto irrestricto a la condición humana, donde prevalezca el trato respetuoso y digno a compañeros de trabajo, al individuo, la familia y la comunidad.
- f. **Profesionalismo:** Poseer y aplicar las competencias y experiencias requeridas, para garantizar la calidad técnica y humana de los servicios de la salud pública.
- g. **Responsabilidad:** Obligación con el cumplimiento de los servicios, tanto en el orden individual como organizacional.
- h. **Solidaridad:** Ayuda mutua entre los seres humanos y los pueblos, para dar apoyo mediante acciones concretas al alivio del dolor y como contribución al mejoramiento humano en el ámbito nacional e internacional.
- i. **Transparencia:** Asumir el funcionamiento de la gestión pública, como precondition de buena administración, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.
- j. **Actuar eminentemente laico:** El personal no deberá hacer proselitismo religioso ni discriminar a los demás por causas religiosas.

Estándares de conducta

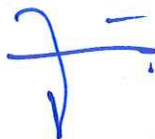
Art. 9.- Los estándares de conducta y valores éticos están definidos en el Código de Ética para el personal del Ministerio de Salud, Reglamento General de Hospitales, Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Ley del Servicio Civil.

Art. 10.- El director y las jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna, sobre las desviaciones a los estándares de conducta, establecidos en el Código de Ética para el personal del Ministerio de Salud y demás normativa aplicable, mediante acciones preventivas, correctivas y sancionatorias.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

Art. 11.- El director y las jefaturas serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea eficiente y adecuado a la naturaleza y necesidades de la institución.



5



Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 12.- El director a través de las unidades organizativas competentes, evaluará semestralmente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, ordenará los ajustes correspondientes.

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

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

Estructura organizativa

Art. 14.- El Hospital Nacional de Suchitoto posee una estructura organizativa debidamente aprobada por la Dirección Nacional de Hospitales, para cumplir con los fines y objetivos, conformadas por las unidades organizativas necesarias según su naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y marco legal aplicable.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 15.- El Ministerio de Salud y el Hospital Nacional de Suchitoto, han emitido el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional de Suchitoto, Departamento de Cuscatlán y otros manuales de organización y funciones aplicables, que incluyen las líneas de autoridad y responsabilidad y el perfil de las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, a efecto de facilitar la supervisión y flujo de información.

Autoridad y responsabilidad

Art. 16.- El director delega mediante Acuerdo la autoridad y responsabilidad, asegurándose de la adecuada segregación de funciones, en cada nivel de la estructura organizativa:

- a. El director será responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas de forma trimestral y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b. Las jefaturas emiten instrucciones escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus responsabilidades.
- c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:



- ✓ Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones, según la Ley de Servicio Civil y Ley de Ética Gubernamental, Código de Ética para el Personal del Ministerio de Salud, Reglamento General de Hospitales, Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, entre otros;
- ✓ Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones.
- ✓ Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias.
- ✓ Canales de comunicación.
- ✓ Actividades de supervisión existentes.



Art. 17.- En ausencia del director, este será representado por el Coordinador Hospitalario, quien hará las funciones de subdirector.

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano

Art. 18.- Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional de Suchitoto y otros documentos técnicos que regulan las actividades administrativas, financieras y operativas, las que deberán ser cumplidas por los servidores para el logro de los objetivos institucionales.

Art. 19.- La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas, los cuales deberán ser incorporados en el Plan de Capacitación, a fin de que mejoren los procesos de la institución y facilitar la obtención de certificaciones en áreas especializadas, que de acuerdo a las funciones asignadas, sean requeridas. Lo anterior, será manifiesto a través de las actitudes, conocimientos y comportamientos de los servidores públicos en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Plan institucional de capacitaciones

Art. 20.- La Jefatura de Recursos Humanos institucional en coordinación con las demás jefaturas, son responsables de elaborar el Plan de Capacitación y Desarrollo del Talento Humano, colaborar con su ejecución y verificar su estricto cumplimiento.

Evaluación de competencias

Art. 21.- El director a través de la Unidad de Recursos Humanos, evaluará trimestralmente las competencias del talento humano, conforme lo establecido en el perfil

7

del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

Desarrollo profesional

Art. 22.- La Dirección facilitará que se brinden las capacitaciones necesarias para desarrollar las competencias profesionales del talento humano, según las funciones que desempeñe, lo que contribuirá al cumplimiento de objetivos.

Sanción administrativa

Art. 23.- Los empleados a los cuales se les asigne la realización de cursos, diplomados u otros y estos no sean aprobados, deberán recibir una sanción administrativa por parte de la Jefatura, la cual se deberá colocar en su expediente personal.

Asignación de funciones

Art. 24.- Cuando exista la necesidad institucional de talento humano en cualquiera de los departamentos o unidades, deberá cubrirse con el empleado público que tenga el perfil requerido. En caso que las funciones asignadas requieran del tiempo completo de la jornada laboral y por período indefinido, así deberá dejarse consignado en el Acuerdo correspondiente.

Asignación de funciones adicionales ad honorem

Art. 25.- La asignación de funciones adicionales al cargo en carácter ad honorem, para actividades que no requieran tiempo completo ni continuo, no deberán implicar la desatención por parte del empleado de sus funciones o atribuciones propias.

Planes de contingencia

Art. 26.- El director a través de las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, establecerá planes de contingencia para que los efectos de los riesgos identificados en el desempeño del talento humano, afecten lo menos posible la consecución de los objetivos, especialmente aquellos que sean de impacto y alta probabilidad de ocurrencia.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Responsabilidades sobre el control interno

Art. 27.- El director designará por escrito las responsabilidades al talento humano idóneo y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno, considerando los riesgos que se enfrentan para ello.

Evaluaciones de desempeño

Art. 28.- El director como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno a través del Departamento de Recursos Humanos, aplicará semestralmente las evaluaciones de desempeño al talento humano, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la institución.

Resultados de evaluaciones de desempeño

Art. 29.- Los resultados de las evaluaciones al desempeño, permitirán fortalecer las capacidades del talento humano y la toma de acciones o medidas disciplinarias necesarias.

Incentivos

Art. 30.- Todo empleado o funcionario que ingrese a la institución, tendrá derecho a que se le efectúe pago por la evaluación al desempeño, determinado conforme a lo regulado en la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud y el Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. Dicho incentivo salarial será de acuerdo al resultado obtenido en su evaluación al desempeño, ya sea por mérito personal y/o por antigüedad.

Sistemas de incentivo salarial

Art. 31.- El Sistema del Incentivo Salarial se aplicará por mérito y antigüedad. El Sistema de Incentivo Salarial por mérito personal, deberá realizarse por medio de instrumentos técnicos que permitan medir el cumplimiento de los deberes y obligaciones asignadas a cada empleado o funcionario.

Art. 32.- El Sistema de Incentivo Salarial por antigüedad, deberá aplicarse cuando el empleado tenga más de cinco años de trabajo ininterrumpido en la institución y se aplica de conformidad a lo regulado en la Ley de Creación de Escalafón del Ministerio de Salud y el Reglamento Interno de Recursos Humanos.

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS



Evaluación de riesgos

Art. 33.- Es un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia establecidos por el Hospital.

9

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

Art. 34.- El director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, definirán los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que son consistentes con la misión y visión del Hospital.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se considerará al menos los siguientes aspectos:

- a. Alineación de los objetivos establecidos con las prioridades estratégicas.
- b. Determinación de la tolerancia para cada nivel de riesgo asociado con los objetivos.
- c. Armonización de los objetivos establecidos con la normativa aplicable.
- d. Establecimiento de los objetivos en términos específicos, medibles, observables, realizables y relevantes.
- e. Objetivos relacionados con los diferentes niveles de la organización.

Objetivos estratégicos

Art 35.- El director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán elaborar el Plan Estratégico Institucional, donde se definan con toda claridad los objetivos institucionales en los diferentes niveles de la estructura organizativa y que sean consistentes con la misión, visión y valores institucionales.

Objetivos operacionales

Art. 36.- El director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, en cumplimiento a los Lineamientos Generales para Elaboración del Plan Anual Operativo, deberán elaborar el Plan Anual Operativo que contiene las metas y actividades de la institución, en función de los objetivos estratégicos.

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

Art. 37.- El director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán realizar una vez al año, previo a la elaboración del Plan Anual Operativo, la identificación de los riesgos internos y externos y efectuarán el análisis de ellos, el cual deberá incluir la posibilidad de que ocurran, el impacto que podrían causar y su importancia para la consecución de los objetivos.

Gestión de riesgos

Art. 38.- Los riesgos se gestionarán considerando los aspectos siguientes:

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

Identificación de riesgos

Art. 39.- El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos son generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos que podrían afectar al Hospital se pueden generar en áreas como:

- a. Infraestructura.
- b. Estructura organizativa.
- c. Talento humano.
- d. Acceso y uso de bienes.
- e. Tecnologías de información y comunicación.
- f. Medioambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

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

Análisis de riesgos

Art. 40.- Las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, efectúan el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad como del entorno próximo y remoto. Este proceso incluye la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

En ese proceso se estima la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar su impacto en el cumplimiento de los objetivos. Esta estimación comprende tres variables: probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones se puede construir una matriz de riesgos para determinar los riesgos prioritarios.

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

11



La velocidad del riesgo se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.

El impacto se refiere a: pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de información de la entidad, entre otras.

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos.

La persistencia se refiere a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 41.- Analizados los riesgos, el director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, definirán las acciones para su administración y mitigación. Será necesario establecer un nivel de tolerancia al riesgo, para proporcionar a la administración la seguridad razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales.

Acciones de mitigación de riesgos

Art 42.- El director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, definirán las acciones para su administración y mitigación, debiendo valorar el costo-beneficio de las acciones.

Principio 8: Evaluación de riesgo de fraude

Riesgo de fraude

Art. 43.- El Hospital al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos. Para este fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

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

Cambios que afectan el Sistema de Control Interno

Art. 44.- El director a través de las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso es desarrollado paralelamente a la evaluación de riesgos, estableciendo los controles para



identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la entidad, estos podrían referirse a lo siguiente:

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

CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL

Actividades de control

Art. 45.- Las actividades de control son las medidas establecidas por el director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos, con impacto potencial en los objetivos del Hospital.

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

Los controles establecidos permiten:

- a. Prevenir la ocurrencia del riesgo.
- b. Minimizar el impacto o las consecuencias de los riesgos.
- c. Restablecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno, en el menor tiempo posible.

Principio 10: Selección y desarrollo de actividades de control

Selección y desarrollo de actividades de control

Art. 46.- El director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, han seleccionado e implementado en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuirán a la mitigación de los riesgos identificados, para lograr niveles aceptables de tolerancia para la consecución de los objetivos.

13



Las actividades de control incluyen, controles manuales y automatizados. El control previo y concurrente será desarrollado por los servidores responsables de las operaciones y el control interno posterior, estará a cargo de auditoría interna y externa.

Integración de actividades

Art. 47.- Todos los procesos que se realicen en el Hospital Nacional de Suchitoto, en cualquier nivel organizativo, deberán integrar sus propias actividades de control interno que mejor se adapten a su desempeño diario, de manera que permitan una administración eficaz, eficiente y transparente, que coadyuve al logro de los objetivos y metas. Dichos procesos deberán ser compatibles con la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.

Diversidad de controles

Art. 48.- Las actividades de control incluyen una diversidad de controles aplicables a los procesos; algunos se relacionan solamente con áreas específicas y otros son de aplicación general. Los controles pueden ser preventivos, de detección y correctivos, siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Unidad Financiera Institucional

Presupuesto

Art. 49.- La gestión de presupuesto del Hospital Nacional de Suchitoto, se basará en la aplicación de principios técnicos, métodos y procedimientos utilizados en las diferentes etapas del ciclo presupuestario, las cuales serán: aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, en concordancia con lo establecido en el presupuesto aprobado por la Asamblea Legislativa, la Ley y los Reglamentos de la Administración Financiera (AFI).

Art. 50.- La Unidad Financiera del Hospital Nacional de Suchitoto deberá cumplir con las leyes, reglamentos e instructivos, establecidos por la Unidad Financiera del Nivel Central del Ministerio de Salud; además, de las emitidas por el Ministerio de Hacienda a través de la Dirección General de Contabilidad Gubernamental, Dirección General de Presupuesto y Dirección General de Tesorería.

Respaldo presupuestario

Art. 51.- Toda erogación de fondos deberá contener el respaldo presupuestario para validar la adquisición de bienes y servicios, siendo responsable la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones del Hospital Nacional de Suchitoto, la cual verificará la asignación presupuestaria antes de iniciar todo proceso de adquisición de obra, bien o servicio, en los rubros, cuentas y específicos correspondientes.



Art. 52.- A fin de que se cumpla efectivamente la ejecución presupuestaria, el jefe de la Unidad Financiera del Hospital Nacional de Suchitoto, será el responsable de divulgar el presupuesto asignado y convocar a las jefaturas involucradas para distribuir el monto en los diferentes rubros, cuentas y específicos.

Art. 53.- El jefe de la Unidad Financiera Institucional informará a la Dirección mensualmente en forma física, el análisis de la ejecución presupuestaria y las conciliaciones bancarias, identificando las variaciones entre lo presupuestado y ejecutado, con el propósito de tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.

Contabilidad

Registros contables

Art. 54.- El registro contable de las transacciones que se generan con Fondos de Gobierno de El Salvador, fondos propios o donaciones, se realizará de conformidad con los lineamientos y disposiciones del Ministerio de Hacienda, lo que servirá de base para la generación de informes y estados financieros, sustentados por medios magnéticos, siendo útiles para la toma de decisiones.

Art. 55.- Todo registro deberá realizarse en orden cronológico y agrupándose de acuerdo al Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Público, con el objetivo de que la información financiera se presente oportunamente, para efectos de control.

Art. 56.- El contador de hospitales deberá efectuar conciliaciones de saldos con las unidades que corresponda, quienes deberán proporcionar información de forma oportuna y periódicamente.

Soporte y salvaguarda de registros contables

Art. 57.- Los documentos contables deberán contener todos aquellos datos encaminados a comprobar la legalidad, veracidad y autenticidad de los hechos económicos, respetando los lineamientos emitidos al respecto por las entidades correspondientes; además, del resguardo de los documentos en forma física como electrónica.

Art. 58.- Cada Área limitará el acceso a los recursos monetarios, a los de fácil convertibilidad, efectivo o fácil uso particular; así como también, archivos, registros contables, documentos y papeles o formularios valorados, aún no utilizados, para garantizar la salvaguarda de los mismos, y evitar diluir la responsabilidad de los funcionarios y empleados públicos encargados del manejo y custodia.



Calendarización de obligaciones por pagar

Art. 59.- Se establecerá una calendarización para el vencimiento de los anticipos y obligaciones por pagar, cuyas actividades serán del Área de Tesorería y Contabilidad, según los plazos establecidos y lineamientos emitidos al respecto por las entidades correspondientes.

Tesorería

Cuentas bancarias

Art. 60.- Las cuentas bancarias estarán a nombre del Hospital Nacional de Suchitoto, conforme a los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda, según el tipo de cuenta, aperturando las mínimas necesarias. La confirmación de saldos será realizada por el tesorero y verificada por el jefe de la Unidad Financiera Institucional.

Requerimientos de fondos

Art. 61.- Los requerimientos de fondos se realizarán de acuerdo al Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, atendiendo todos los lineamientos dictados por el Ministerio de Hacienda para garantizar que todos los fondos administrados por el tesorero institucional estén de conformidad con las programaciones y fuentes de financiamiento establecidos en el Presupuesto aprobado para el período. Estos fondos deberán ser requeridos, con base en los compromisos y obligaciones devengadas.

Transferencias de fondos

Art. 62.- Las transferencias de fondos en el Sistema Financiero se harán por medios físicos o electrónicos, los cuales deberán cumplir con todas las disposiciones legales, siendo debidamente autorizadas por los responsables.

Art. 63.- El procedimiento para la recepción y registro de los fondos de la institución, deberá establecerse por medios escritos o electrónicos, debidamente autorizados. El registro deberá hacerse según su fuente de origen.

Ingresos

Art. 64.- Todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que se perciban, serán depositados completos y exactos, en las cuentas bancarias respectivas, dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Egresos

Art. 65.- Cualquier cheque, retiro de fondos u otro documento de pago que se emita, deberá ser autorizado mediante firmas mancomunadas y de conformidad a las regulaciones establecidas por el Ministerio de Hacienda.



Art. 66.- Todos los desembolsos se efectuarán mediante cheques pre numerados o abonos a cuentas a nombre del beneficiario, con excepción de los pagos por Fondo Circulante.

Art. 67.- Las firmas en los cheques deberán estamparse manualmente o de conformidad a lo que regule el Sistema Bancario. Por ningún motivo se firmarán cheques en blanco, ni a nombre de personas o empresas diferentes a las que hayan suministrado el bien o servicio.

Art. 68.- Todos los pagos efectuados con cheque o abono a cuenta, deberán ser retirados por los proveedores en la institución, de los cuales se llevará un control que permitirá identificar la entrega y recibo de los mismos.

Art. 69.- La Dirección acreditará por escrito ante los bancos depositarios, a los refrendarios de cheques, tanto titulares como suplentes, autorizados para el movimiento de sus cuentas, considerando lo siguiente:

- a. Los refrendarios de cuentas bancarias no deberán ejercer funciones de autorización de gastos ni de contador.
- b. Los refrendarios de cheques deberán asegurarse que los documentos que respalden un pago, cumplan con los requisitos de veracidad, legalidad y pertinencia. Si se produjera la vacante de un refrendario, se comunicará oportunamente al Banco y asumirá las funciones el suplente.

Fondo circulante y caja chica

Art. 70.- El manejo del Fondo Circulante se hará a través de una cuenta corriente específica y se podrá manejar una parte como Caja Chica, el cual será utilizado únicamente para gastos menores y los fondos se manejarán de acuerdo al Manual emitido para el manejo de Fondo Circulante y monto fijo de la institución.

La Unidad Financiera Institucional será la responsable de realizar los arqueos de fondos, con periodicidad mensual y dejando respaldo por escrito, firmado y sellado por los involucrados.

Art. 71.- Los encargados del Fondo Circulante y Caja Chica, serán servidores distintos a los responsables de otros fondos o de quienes realicen labores contables o presupuestarias. El encargado de dichos fondos será seleccionado por la Dirección, quien además deberá rendir fianza en cumplimiento a la ley.

Art. 72.- Todo movimiento de la cuenta bancaria correspondiente, deberá registrarse de forma cronológica el día de la transacción en el Libro de Bancos, identificando el número de cheque y nombre del proveedor.



Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI)

Programación anual de compras

Art. 73.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI) del Hospital, en coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI), elaborará la programación anual de compras, las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios y dará seguimiento a la ejecución. Esta programación anual deberá ser compatible con la Política Anual de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, el Plan de Trabajo Institucional, el Presupuesto y la programación de la ejecución presupuestaria del ejercicio fiscal vigente.

Adquisiciones de bienes y servicios

Art. 74.- Las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios que se realicen en el Hospital Nacional de Suchitoto, se efectuarán a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), en cumplimiento con las disposiciones ya establecidas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento; así como, el Manual de Procesos de Adquisiciones y Contrataciones, conformado por políticas, métodos, y procedimientos.

Art. 75.- Para el proceso de adquisición de bienes o servicios, se llevará expediente con toda la documentación generada en dicho proceso hasta su liquidación, debidamente foliado.

Art. 76.- Los administradores de contratos deberán elaborar informes de seguimiento efectuado y remitirlos oportunamente a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

Recursos humanos

Normas y procedimientos sobre administración de recursos humanos

Art. 77.- La Dirección, Departamento de Administración y la Unidad de Recursos Humanos, serán los responsables de cumplir y hacer cumplir los lineamientos y procedimientos emitidos por el Nivel Central del Ministerio de Salud para los procesos de: reclutamiento, selección, contratación e inducción de recursos humanos, siempre teniendo en cuenta el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y demás normativa vigente.

Control de asistencia y uso de uniforme

Art. 78.- La Unidad de Recursos Humanos será responsable de implementar los mecanismos de control de asistencia necesarios en forma mecanizada o manual, de tal



manera que estos ofrezcan una razonable seguridad para el resguardo y verificación posterior de la información.

Art. 79.- El jefe inmediato será responsable de la asistencia, permanencia y puntualidad de los recursos humanos bajo su responsabilidad; así como, del uso adecuado del uniforme.

Art. 80.- Las licencias, permisos y misiones oficiales deberán ser tramitados por cada empleado oportunamente, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Interno de la Unidad y departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; de manera que demuestren un respaldo razonable para el resguardo y verificación posterior de la información.

Expedientes de inventario de personal

Art. 81.- El Hospital a través de la Unidad de Recursos Humanos, mantendrá actualizados y foliados los expedientes e inventarios de todo su personal, de manera que esto sirva para la adopción de decisiones; los expedientes, deberán elaborarse independientemente de la forma de contratación o fuente de financiamiento.

Art. 82.- Los expedientes deberán mantenerse clasificados, ordenados, actualizados y foliados; será responsabilidad de cada funcionario público remitir títulos, diplomas o modificaciones para la actualización de su expediente a la Unidad de Recursos Humanos, con el propósito de controlar el contenido de los mismos.

Rotación de personal

Art. 83.- En los casos que proceda, se justifique y se autorice por la Dirección o por el funcionario que delegue la Dirección, se realizará la rotación de los servidores públicos, siempre y cuando sus tareas sean afines, dando así la respectiva inducción para el desempeño eficiente del recurso en rotación para conveniencia de la institución.

Rotación de personal en las tareas claves

Art. 84.- El director ha definido procedimientos de rotación de personal en áreas claves, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

El proceso de rotación de personal se desarrolla en el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo.

Garantías y cauciones

Art. 85.- La Unidad de Recursos Humanos es la responsable de la gestión de garantías o fianza de fidelidad, para los empleados y funcionarios responsables de la recepción, control, custodia, administración y autorización de fondos, valores o bienes del Hospital.



La gestión de las pólizas de seguros de bienes muebles e inmuebles y la definición de los riesgos a cubrir, es responsabilidad de los funcionarios o jefes de las unidades que se detallan a continuación: Edificaciones, Mobiliario y Equipo Crítico, Unidad de Mantenimiento y Activos Fijos y Patrimonio, Inventario de Existencias, Almacén, Vehículos y jefe de Transporte; todos con la supervisión de la Administración General; tomando en cuenta el costo-beneficio de asegurar los bienes y la disponibilidad presupuestaria.

Laboratorio clínico

Art. 86.- El responsable del Laboratorio Clínico vigilará el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos para su actuación, los que incluirán: toma, manejo, procesamiento y envío de muestras al Laboratorio Central, controles de calidad, cumplimiento de las normas de bioseguridad, entre otras funciones propias de la Unidad.

Seguimiento a resultados

Art. 87.- El jefe de Laboratorio Clínico será el responsable de dar seguimiento a los resultados de las muestras que se envían al Laboratorio Central de Referencia y a reportar los resultados de interés epidemiológico, cumpliendo los canales de comunicación.

Confidencialidad de la información

Art. 88.- Todo el personal del Área de Laboratorio Clínico estará obligado a garantizar la confidencialidad de los resultados de los exámenes que procesan.

Resguardo de la información

Art. 89.- El jefe de Laboratorio es el responsable del resguardo de la información que se genera en el área por un período de 5 años.

Responsabilidad de activos fijos

Art. 90.- El jefe de Laboratorio Clínico será el responsable de los activos fijos que se encuentren en la Unidad.

Reactivos

Art. 91.- Los reactivos de Laboratorio serán descargados desde su ingreso al Área de Laboratorio Clínico, para el resguardo y vigilancia de la cadena de frío. El jefe de Laboratorio será el responsable de mantener actualizado el kárdex y vigilar el uso adecuado de reactivos, quien deberá reportar a la Dirección cualquier faltante.



Personal

Art. 92.- El personal de Laboratorio Clínico que labora por turnos, estará obligado a realizar el reporte de novedades y de velar por la seguridad del área.

Art. 93.- Queda estrictamente prohibido el ingreso de alimentos al área; así como, el ingreso de personas no autorizadas.

Art. 94.- Los empleados públicos o funcionarios de esta institución que soliciten exámenes para uso personal, deberán presentar su expediente clínico, en el cual conste que ha pasado consulta y que tiene indicado el examen que solicita y se llevará un registro de ello.

Odontología

Art. 95.- El responsable del Área de Odontología, velará por el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad Universales y de Atención Odontológica, basado en los instrumentos técnicos proporcionados por el nivel central a través de la Dirección de Regulación y el Departamento de Salud Bucal.

Control de inventario

Art. 96.- El jefe de Área deberá llevar un control de inventario de insumos a través de un kárdex, Manual o en un Sistema, supervisándolo semanalmente para constatar las entradas y salidas.

Art. 97.- El jefe de Odontología es el responsable de los activos fijos que se encuentren en la Unidad.

Farmacia

Art. 98.- El jefe y auxiliares de farmacia están obligados a cumplir con todas las leyes, normas, lineamientos, instructivos y demás disposiciones propias del área y otras de orden general.

Solicitud de expediente clínico

Art. 99.- Todas las áreas hospitalarias, emergencia y anestesia, que soliciten medicamentos narcóticos, deberán presentar receta de medicamentos controlados debidamente llena, sellada y firmada por el médico que la indica, expediente clínico de paciente con la correspondiente indicación y el envase vacío.

Art. 100.- Los empleados públicos o funcionarios de esta institución, que soliciten medicamentos para uso personal, deberán presentar su expediente clínico en el cual

21



conste que ha pasado la consulta y que tiene indicado el medicamento que solicita y se llevará un registro de ello.

Registro de despacho de medicamentos

Art. 101.- El jefe y los auxiliares de Farmacia deberán llevar un libro de registro del despacho de los medicamentos controlados, el cual será firmado por la persona que recibe el medicamento.

Art. 102.- El jefe de Farmacia en coordinación con el director del Hospital o a quien se delegue su representación, deberán establecer los controles necesarios y el proceso de entrega que realizarán los empleados de dicha Unidad, al efectuar los cambios de turno.

Tipos de actividades de control

Autorizaciones y aprobaciones

Art. 103.- El director a través del Manual de Organización y Funciones, ha definido niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y garantizar un control razonable, sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

Verificaciones

Art. 104.- El director a través de las jefaturas de los departamentos y unidades administrativa, financiera y operativa, nombrará comisiones que se encarguen de la verificación física de existencias de bienes de consumo y de activos fijos, al menos una vez al año. Los miembros de dichas comisiones serán independientes al registro, custodia y control de los bienes.

Administración de fondos y bienes

Art. 105.- El director nombrará mediante Acuerdo, a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los procedimientos establecidos en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Revisión de informes

Art. 106.- El director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, efectuarán revisión de los informes generados en las diferentes áreas de la institución, según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

Comprobación de datos

Art. 107.- El director y jefaturas de las unidades administrativas, financieras y operativas, deberán asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles están debidamente sustentados.



Controles físicos

Art. 108.- El director nombrará mediante Acuerdo a una Comisión que se encargará de realizar la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo, quien efectuará el levantamiento de inventario, por lo menos una vez al año. Los resultados de las verificaciones físicas serán conciliados con los registros contables, y de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo y normativa aplicable.

Rendición de fianzas

Art. 109.- Previo al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de bienes, fondos y valores, el director verificará que estos rindan fianza a favor de la institución. En el Acuerdo de nombramiento se definirá las personas que de conformidad a la función asignada deban rendir fianza y el monto de la misma.

Indicadores de rendimiento

Art. 110.- El director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, tomarán las medidas necesarias para el cumplimiento de los indicadores de rendimiento establecidos por el Ministerio de Salud.

Segregación de funciones incompatibles

Art. 111.- El director y jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, evitarán la asignación de funciones incompatibles en las unidades y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto internas como externas.

Asistencia y permanencia de personal

Art. 112.- El Ministerio de Salud ha emitido el Reglamento Interno para la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, que establece el mecanismo de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en el lugar de trabajo. Los jefes de las diferentes unidades, serán los responsables de verificar su cumplimiento.

Documentación de actividades

Art. 113.- Las actividades realizadas en los diferentes departamentos y unidades, deberán estar debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, validar los resultados y facilitar la supervisión y verificación posterior.

23



Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos

Art. 114.- Los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán remitir oportunamente al contador institucional la documentación relacionada con las operaciones financieras que generan, para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

Acceso restringido a los recursos, activos y registros

Art. 115.- En los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, se define la restricción en el acceso a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Conciliaciones

Art. 116.- En los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, se define los procedimientos de conciliación periódica de los registros administrativos de fondos, bienes y derechos con los registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo, para asegurar la congruencia de las cifras y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias.

Art. 117.- Las conciliaciones bancarias se efectuarán dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró.

Función de Auditoría Interna Independiente

Art. 118.- El director garantizará que la función de Auditoría Interna se desarrolle de manera independiente, para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas para mitigar los riesgos existentes.

Autoevaluación y actualización de los controles establecidos

Art. 119.- Las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, deberán implementar, ejecutar y supervisar controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno y verificar cada semestre que los controles establecidos sean funcionales o si ameritan ser actualizados.

Informes de resultados

Art. 120.- Las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, con la



periodicidad que establece el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, los que deberán ser presentados al director, quien delegará a los encargados de su consolidación y medición de resultados.

Planes de contingencia

Art. 121.- El director a través del Departamento Administrativo, y con la participación de la Unidad de Saneamiento Ambiental, formulará y mantendrá actualizado el Plan Hospitalario de Preparativos e Intervención en Emergencias y Desastres del Hospital Nacional de Suchitoto, para el resguardo y protección de personas, bienes e información, asegurando la continuación de las operaciones ante eventos que podrían alterar el normal funcionamiento, para la minimización de los riesgos no prevenibles, críticos o de emergencia y facilitar la recuperación de las actividades normales.

Art. 122.- El director en coordinación con la jefatura del Departamento Administrativo, serán responsables de la implementación de señalización diversa, en todas las áreas del Hospital, con fines informativos y preventivos.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 123.- El administrador de cada Sistema Informático será el responsable de la veracidad y oportunidad de la información que deberá digitar; así como, del resguardo de la clave de acceso al Sistema y del resguardo y protección de la información.

Art. 124.- Los sistemas de información implementados por el Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, darán apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que han establecido desde los niveles centrales de ambos Ministerios, los controles necesarios que aseguren su correcto funcionamiento y confiabilidad del procesamiento de transacciones y procedimientos.

Art. 125.- Los usuarios de los sistemas informáticos son responsables de las claves de acceso, y consecuentemente responsables de la confidencialidad y confiabilidad de los datos que en ellos se registran.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Controles generales

Art. 126.- El director a través de las jefaturas del Departamento Administrativo y Unidad de Informática y de acuerdo a los lineamientos e instrumentos técnicos definidos por el Ministerio de Salud, ha establecido los controles generales para la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas, que incluyen las medidas, políticas y procedimientos para garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información.



Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 127.- El Hospital para el cumplimiento de sus objetivos y procesos, utiliza Tecnologías de Información y Comunicación, estableciendo actividades de control para mitigar el riesgo que su uso genera.

Políticas de seguridad

Art. 128.- El director a través de jefaturas del Departamento Administrativo y Unidad de Informática, ha establecido políticas de seguridad de la información, que contienen los requisitos de control de acceso a la información y las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad, confidencialidad y no repudio de la información, que consisten en:

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

Art. 129.- Los sistemas de información implementados por el Ministerio, dan apoyo a los procesos administrativos, financieros y operativos, para los que se han establecido los controles necesarios que aseguran su correcto funcionamiento y la confiabilidad del procesamiento de transacciones.

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

Principio 12: Emisión de políticas y procedimiento de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 130.- El director ha establecido actividades de control aplicables a los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que permiten su implementación.



Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, las que están documentadas en los instrumentos técnicos debidamente autorizados, emitidos por el Hospital Nacional de Suchitoto y el Ministerio de Salud. Los procedimientos son las actividades definidas para cumplir las políticas establecidas. Las políticas y procedimientos cumplen con los aspectos siguientes:

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

CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información

Art. 131.- La información es necesaria para que el Hospital ejecute sus responsabilidades de control interno y documente el logro de sus objetivos; por lo que, será relevante y de calidad, tanto la que proviene de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del Sistema de Control Interno.

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

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

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



Comunicación

Art. 132.- La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad; tanto interna, que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles; como externa, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés. Puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por el Hospital.

Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 133.- El director en coordinación con las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, ha desarrollado e implementado controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información es obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por las jefaturas y demás personal para que contribuya a la consecución de los objetivos del Hospital.


Sistema de información

Art. 134.- El Hospital ha desarrollado sistemas de información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes tanto internas como externas, para convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

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

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

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

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

Art. 135.- El director del Hospital realizará las gestiones necesarias para garantizar el resguardo de la información en el archivo institucional, en un espacio adecuado para tal fin.

Principio 14: Comunicación interna

Comunicación interna

Art. 136.- El director en coordinación con las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, ha establecido e implementado políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva, con el propósito de apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para esos efectos, la comunicación interna permite:

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

Niveles de comunicación

Art. 137.- La comunicación entre el director, jefaturas y demás servidores, está orientada a proporcionar la información necesaria para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno.

Las comunicaciones se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema de Control Interno y deberán ser frecuentes, a fin de que el director, en coordinación con las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, analicen el impacto de sus resultados sobre la consecución de los objetivos institucionales, para que se tome las decisiones adecuadas y oportunas, en caso de un control interno inefectivo.

Art. 138.- Los generadores de información deberán enviar informes mensuales, trimestrales o semestrales, según corresponda, a la dirección y jefaturas inmediatas, para que se tomen las medidas correctivas en caso de ser necesario, orientadas al cumplimiento de objetivos institucionales.

Art. 139.- La vigilancia del Hospital deberá enviar informe mensual a la Administración e informar inmediatamente sobre hechos relevantes que pongan en riesgo el Sistema de Control interno.



Canales de comunicación

Art. 140.- El director para que la información fluya a través de la Organización, de acuerdo a instrumentos técnicos y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, ha establecido canales adecuados de comunicación a través de medios escritos y de Tecnologías de Información y Comunicación.

Se ha colocado buzones de sugerencias en el área de atención a usuarios, los cuales permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan hacer sugerencias para mejorar la prestación de los servicios y reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la comunicación

Art. 141.- El director y las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, trasladarán la información de interés para empleados y funcionarios a través de métodos adecuados de comunicación, tomando en cuenta el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. Los métodos adoptados son:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.
- c. Correo electrónico.
- d. Acuerdos.
- e. Actas.
- f. Carteleras.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Noticias.
- i. Mensajes de texto.
- j. Intranet.
- k. Transmisiones vía Internet.
- l. Sitio Web institucional.
- m. Publicaciones.
- n. Video conferencias.

Art. 142.- Se establecerá un formato único de memorándum y oficio, tanto para uso interno como externo.

Art. 143.- El director del Hospital y jefaturas deberán realizar divulgación de la normativa aplicable para el funcionamiento del Hospital y las actualizaciones que se realice a la misma, aplicando controles para dejar constancia de recepción de dicha información por parte del talento humano.

Principio 15: Comunicación externa

Comunicación externa

Art. 144.- El director ha establecido que la comunicación externa se realizará a través de memorándum, oficios y correos electrónicos, dejando evidencias que el mensaje se envió en realidad.



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

Los servicios soportados con Tecnologías de Información y Comunicación, deberán asegurar el no repudio, y aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad.

Art. 145.- La solicitud de información por parte de particulares, deberá realizarse cumpliendo con lo establecido en la Ley de Acceso a la Información Pública.

Art. 146.- Los usuarios de los servicios institucionales cuentan con buzones de sugerencias, donde pueden expresar sus opiniones y serán aperturados cada dos meses bajo la vigilancia del Comité de Contraloría Social.

CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN



Supervisión

Art. 147.- La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e independientes a todos los procesos, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

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

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

- a. Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas; y por los ejecutores de los procesos, en el curso ordinario de las operaciones.
- b. Implementación de evaluaciones independientes.
- c. Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.
- d. Rol asumido por cada miembro de la organización en los niveles de control.
- e. Las deficiencias detectadas que afecten al Sistema de Control Interno, deberán ser informadas oportunamente para garantizar una adecuada toma de decisiones.

Disponibilidad de información

Art. 148.- La Dirección y las jefaturas de los diferentes servicios, colaborarán y realizarán las gestiones necesarias para que tanto la Unidad de Auditoría Interna y la Corte de Cuentas de la República, puedan disponer de la información y condiciones necesarias para realizar sus funciones; será responsabilidad de las jefaturas y demás personal, proporcionar la colaboración oportuna e información adecuada a los auditores para que ejecuten su trabajo.

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

Evaluaciones continuas e independientes

Art. 149.- El Hospital desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 150.- El director ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones continuas que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

Evaluaciones independientes

Art. 151.- El Hospital será sujeto a evaluaciones independientes por parte de la Unidad de Auditoría Interna y de la Corte de Cuentas de la República; estas evaluaciones se ejecutan periódicamente y determinan si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es desarrollado de manera efectiva. El alcance y frecuencia de las acciones de control que realiza la Unidad de Auditoría Interna, dependerán de los resultados de la evaluación de riesgos y de la efectividad de las evaluaciones continuas.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Evaluación y comunicación de deficiencias

Art. 152.- El director en coordinación con las jefaturas de los departamentos y unidades administrativas, financieras y operativas, evaluará y comunicará las deficiencias de control interno, de forma oportuna a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.



Monitoreo sobre la marcha

Art. 153.- El director en coordinación con las jefaturas, deberá revisar y evaluar el cumplimiento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Suchitoto, de forma anual, a fin de identificar irregularidades e implementar acciones de control; así como, planes de mejora, en caso de ser necesario. Las deficiencias detectadas que afecten el Sistema de Control Interno, deberán ser informadas oportunamente para garantizar una adecuada toma de decisiones y acciones.

Art. 154.- Los jefes de los distintos departamentos y unidades organizativas del Hospital, deberán monitorear la ejecución de los planes operativos anuales y presentarán informe ante la Dirección; consolidando la información sobre la ejecución de los planes de las distintas áreas bajo su mando, cada dos meses.

Comunicación de los resultados de monitoreo

Art. 155.- Los resultados de las actividades de monitoreo al Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados a la Dirección del Hospital y a cada uno de los involucrados, según corresponda, a efecto de tomar las acciones y/o medidas pertinentes.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 156.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital Nacional de Suchitoto, las unidades organizativas deberán revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

Art. 157.- La Dirección del Hospital será responsable de la revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, cuando lo considere conveniente, o dependiendo de los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno. Esta labor estará a cargo de una Comisión, nombrada por el director.

Art. 158.- Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

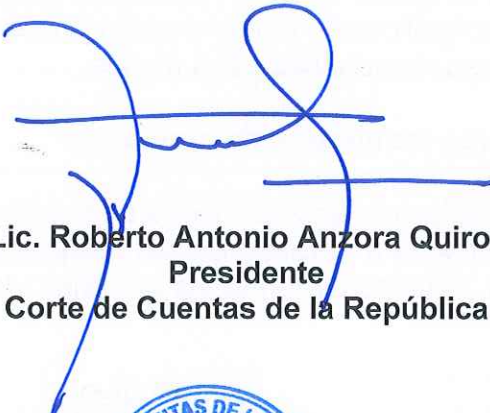
Art. 159.- El director del Hospital Nacional de Suchitoto será responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas a sus funcionarios y empleados; así

como, de la verificación de la aplicación de las mismas, a través de la Comisión encargada de elaborar el Proyecto.

Art. 160.- Derógase el Decreto No. 12, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 8 de febrero del año 2013, publicado en el Diario Oficial Número 51, Tomo No. 398, de fecha 14 de marzo del año 2013.

Art. 161.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, entrarán en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los trece días del mes de marzo de dos mil veintitrés.



Lic. Roberto Antonio Anzora Quiroz
Presidente
Corte de Cuentas de la República



Licda. María del Carmen Martínez Barahona
Primera Magistrada



Lic. Julio Guillermo Bendek Panameño
Segundo Magistrado